

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE
ASUR
N. DEL**

Oggetto: Rete Hospice/Cure Palliative Domiciliari ASUR Marche

**IL DIRETTORE GENERALE
ASUR**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore Responsabile dei Servizi di Integrazione Socio-Sanitaria, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

- D E T E R M I N A -

1. Di prendere atto che con ASUR DG 361/17 è stato adeguato l'assetto organizzativo definito con ASUR DG 481/2016;
2. Di prendere atto che con ASUR DG 471/18 «Rete delle cure palliative ASUR – Modalità funzionali ed organizzative» è stato avviato il lavoro di rete Cure Palliative/Hospice ASUR Marche;
3. Di prendere atto che con nota del Direttore Generale ASUR n. 33623 del 6/08/2019 è stato aggiornato il tavolo tecnico Rete Cure palliative ASUR (in allegato 9 i nomi dei componenti del tavolo tecnico);
4. Di prendere atto del Decreto del dirigente della P.F. territorio ed integrazione ospedale territorio – ARS n.11 del 5 luglio 2021, con il quale sono stati aggiornati i componenti del Gruppo di coordinamento Cure Palliative/Hospice, ai sensi dell'Accordo stato Regioni del 16 dicembre 2010”;
5. Di prendere atto della DGRM n. 1165 del 4 ottobre 2021: Art. 3 decreto Ministero della salute 30 giugno 2021, indicazioni operative per la certificazione dei requisiti di idoneità al fine di operare nelle reti pubbliche o private accreditate dedicate alle cure palliative;
6. Di prendere atto della DGRM n.1238 del 18 ottobre 2021che recepisce l'Accordo Stato Regioni 30/CSR del 25 marzo 2021 “Accordo, sul documento “Accreditamento della rete regionale di cure

palliative e terapia del dolore pediatrica” e DGR 1468/2014 “Nomenclatore delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale correlate alla “Terapia del Dolore” e alle “cure Palliative”;

7. Di prendere atto della L.R. n.7 del 1 aprile 2019 che detta le “disposizioni per garantire una buona vita fino all’ultimo e l’accesso alle cure palliative nella regione Marche”, che all’art. 4, comma 3 e 4, affida il coordinamento della rete all’UCPH (unità di Cure palliative Hospice) presente sul territorio di Area vasta di riferimento;
8. Di provvedere, per le motivazioni riportate nel documento istruttorio, alla adozione del documento Rete Hospice/Cure Palliative Domiciliari ASUR Marche elaborato dal tavolo tecnico Rete Cure Palliative ASUR composto da professionisti esperti di settore;
9. Di dare atto che la Rete di Terapia del Dolore e la Rete Hospice Cure Palliative Domiciliari, seppure strettamente integrate, non sono coincidenti e quindi ognuna dotata di personale adeguato ed apposito centro di costo;
10. Di precisare che tale documento ha finalità di rispondere alla normativa vigente e di standardizzare le principali fasi del percorso della Rete Cure palliative, definendo modalità operative e funzioni omogenee in tutte le Aree Vaste dell’ASUR;
11. Di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico del Bilancio ASUR;
12. Di trasmettere copia del presente atto ai Direttori di Area Vasta, ai Direttori di Distretto, ai Direttori dei Servizi Professioni Sanitarie per il relativo seguito di competenza;
13. Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell’art. 4 della Legge 412/91 e dell’art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
14. Di trasmettere il presente atto al collegio sindacale a norma dell’art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Pierluigi Ghignucci)

IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott. Remo Appignanesi)

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott.ssa Nadia Storti)

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

(STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA)

□ **Normativa di riferimento**

Legge n. 38 del 15 marzo 2010: ha sancito il diritto di tutti i cittadini ad accedere alle Cure Palliative, a tutela della dignità del malato e a garanzia della qualità della vita fino al suo termine. La stessa legge 38/2010 ha istituito le reti locali di cure palliative per assicurare la continuità nel percorso di cura del paziente in ospedale, nella struttura residenziale (Hospice) e in ambito domiciliare, per mezzo dell'integrazione di queste strutture sul territorio. I Sistemi Sanitari Regionali hanno dovuto adeguarsi al nuovo assetto organizzativo delle strutture delle Reti di Cure Palliative, che hanno trovato una definizione puntuale nell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012.

Accordo della Conferenza tra Stato e Regioni del 16 dicembre 2010: ha definito le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito delle cure palliative e della terapia del dolore. Questo documento ha identificato per la prima volta la struttura organizzativa delle Reti di cure palliative e delle Reti di terapia del dolore, articolate in strutture regionali e aziendali. Questi principi sono poi stati ripresi e ampliati nell'Intesa tra Stato e Regioni del 25 luglio 2012.

Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 10 luglio 2014: ha dato attuazione al comma 2 dell'articolo 5 della L.38/2010 sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore. L'assistenza nelle reti di cure palliative può essere garantita da specialisti che collaborano con il mmg, quali il medico specialista in anestesia e rianimazione, in oncologia, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia e radioterapia.

Decreto del Ministero della Salute del 4 giugno 2015: ha previsto che i medici che hanno svolto la loro attività professionale per almeno 3 anni, dall'entrata in vigore della legge 147/2013 in una struttura pubblica o privata accreditata dalla Regione, possano chiedere la certificazione dell'esperienza professionale alla Regione/Provincia Autonoma di riferimento. Lo stesso decreto ha previsto che i medici che hanno svolto la loro attività professionale per almeno 3 anni, dall'entrata in vigore della legge 147/2013 in una struttura pubblica o privata accreditata dalla Regione, possono chiedere la certificazione dell'esperienza professionale alla Regione/Provincia Autonoma di riferimento.

DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza: ha completato il quadro dei principali provvedimenti normativi in materia di cure palliative recependo la normativa progressivamente adottata e definendo i seguenti livelli di assistenza nell'ambito della Rete Locale di Cure Palliative:

- all'art. 15 Assistenza Specialistica Ambulatoriale: il nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale prevede per la prima volta la "Prima visita multidisciplinare per cure palliative - incluso: stesura del PAI" e la "Visita di controllo per cure palliative - incluso: rivalutazione del PAI" (rispettivamente codici 89.07.A; 89.01. R);
- all'art. 21 Percorsi Assistenziali Integrati: è garantito l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona attraverso la Valutazione Multi Dimensionale dei bisogni (VMD), sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un Progetto di Assistenza Individuale (PAI). Si tratta una novità importante l'approccio per percorso, con la VMD, che concorre ad identificare il malato cui necessitano le Cure Palliative. Le Cure

Palliative confermate dai LEA in questa cornice escono dall'orizzonte temporale dell'end stage e si estendono l'ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile ad evoluzione sfavorevole;

- art. 23 **Cure Palliative Domiciliari: sono erogate dalle strutture Unità di Cure Palliative-UCP e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata:** sono le UCP che erogano sia le cure palliative di base che quelle specialistiche garantendo l'unitarietà e l'integrazione dei percorsi di cura con un'equipe curante di riferimento sul percorso e non sul setting assistenziale. **Il coordinamento delle cure è puntualmente caratterizzato, all'art. 23, comma 1, lettere a) e b) e all'art. 21 comma 3, contribuendo a chiarire la responsabilità del rapporto di cura;**
- art. 38 Ricovero Ordinario per acuti. Le cure palliative sono per la prima volta espressamente citate come prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali, necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico, che **devono essere garantite durante l'attività di ricovero ordinario.** Il comma 2 stabilisce, infatti, che nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni (..) incluse la terapia del dolore e le cure palliative;

Decreto Legislativo n.117, 3 luglio 2017 - Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n.106;

DM 12 marzo 2019 - "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è **operativo a partire dal 1 gennaio 2020.**

Accordo della Conferenza tra Stato e Regioni del 9 luglio 2020: chiarisce l'intesa ai sensi dell'articolo 8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 sul documento "Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n.38"; (rep.Atti n.103);

Accordo della Conferenza tra Stato e Regioni del 27 luglio 2020: stabilisce i criteri di "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n.38"; (rep.Atti n.119);

Accordo della Conferenza tra Stato e Regioni del 27 luglio 2020 stabilisce i criteri di "Accreditamento delle reti di terapia del dolore, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n.38"; (rep.Atti n.119);

Decreto n.72/2021 – detta le Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore negli articoli 55-57 del Decreto legislativo N.117 del 2017;

Il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), convertito in legge il decreto che istituisce il Fondo complementare al Piano di Ripresa e Resilienza, entrato in vigore il 7 luglio 2021 (Legge n. 101 del 1° luglio 2021 di conversione del Decreto Legge 59/21: prevede 1 hospice a 10 PL ogni 100.000 abitanti

DGRM 676/2014: recepisce l'Accordo Stato-Regioni;

DGRM 846/2014: produce le linee guida;

DGRM 471/2018: **ha sancito** l'obbligo per i Direttori Generali di garantire il flusso hospice

DGRM n. 803 del 18 maggio 2009 hanno dettato le "Linee di indirizzo per il modello organizzativo hospice della Regione Marche";

DGRM n. 645 del 6 maggio 2013: “Recepimento intesa del 25 luglio 2012, ai sensi dell’articolo 8 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le P.A. di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute, di cui all’art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore – Indicazione operative”;

DGRM n. 846 del 12 luglio 2014: «Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale di cure palliative»;

DGRM n. 1285 del 17 novembre 2014: “Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale di cure palliative e terapia del dolore pediatrica”;

DGRM n. 325 del 20 aprile 2015: “Linee di indirizzo per la definizione della Rete Regionale della Terapia del Dolore”;

L.R. n. 26 del 7 agosto 2017: «Uso terapeutico della cannabis»;

L.R. n.7 del 1 aprile 2019: «Disposizioni per garantire una buona vita fino all’ultimo e l’accesso alle cure palliative nella Regione Marche»;

DGRM n. 1572 del 16 dicembre 2019: “Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie previste all’art. 7, comma 1, lettere a),b),c),d), e comma 2;

DGRM 938 del 20 luglio 2020: “Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliera e sociosanitaria requisiti specifici Anziani/fragilità, Adulti (Hospice – Malati HIV);

Decreto del dirigente della P.F. territorio ed integrazione ospedale territorio – ARS n.11 del 5 luglio 2021: “costituzione del Gruppo di coordinamento dell’Accordo stato Regioni del 16 dicembre 2010” aggiornamento componenti;

DGRM n. 1165 del 4 ottobre 2021: Art. 3 decreto Ministero della salute 30 giugno 2021, indicazioni operative per la certificazione dei requisiti di idoneità al fine di operare nelle reti pubbliche o private accreditate dedicate alle cure palliative;

DGRM n.1238 del 18 ottobre 2021: recepimento Accordo Stato Regioni 30/CSR del 25 marzo 2021 “Accordo, sul documento “Accreditamento della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore pediatrica” e DGR 1468/2014 “Nomenclatore delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale correlate alla “Terapia del Dolore” e alle “cure Palliative”;

ASUR DG 916/16, tra le Reti Cliniche ASUR declina la «Rete del Dolore e delle Cure Palliative»;

ASUR DG 471/18 «Rete delle cure palliative ASUR – Modalità funzionali ed organizzative»;

□ Motivazione

Sul sito del Ministero della Salute leggiamo che “la legge 15 marzo 2010, n. 38 identifica le **Reti Regionali** e le **Reti Locali di Cure Palliative (RLCP)** quali strumenti fondamentali per garantire

l'accesso a Cure Palliative (CP) di qualità attraverso meccanismi di *governance* e forme di integrazione tra i soggetti coinvolti nel percorso di cura”.

La Rete Locale Cure Palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di CP erogate in un ambito territoriale definito a livello regionale, che nella Regione Marche corrisponde all'Area Vasta, attraverso diversi setting assistenziali:

- le CP Domiciliari specialistiche, che garantiscono l'assistenza a domicilio e nelle Residenze per anziani;
- le CP in Hospice;
- le CP in Ospedale, con attività di consulenza nei reparti e negli ambulatori;
- l'integrazione con gli altri servizi presenti nel territorio (Assistenza Domiciliare Integrata – ADI) e nelle strutture ospedaliere.

La normativa vigente prevede che la RLCP promuova l'identificazione precoce di persone con necessità di CP, garantisca un livello assistenziale adeguato nel setting più appropriato, attraverso la definizione di percorsi di cura modulati sui bisogni della persona e della sua famiglia/caregiver, in relazione allo sviluppo della malattia. Tale rete assicura la formazione continua del personale e opera attraverso lo sviluppo di regole, protocolli, PDTA condivisi tra gli attori della Rete, al fine di assicurarne l'unitarietà e l'appropriatezza.

I nodi della Rete Locale Cure Palliative sono le strutture di degenza: gli hospice.

Le CP domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

a) livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale (MMG) ed ADI, (come previsto dall'art. 2, comma 1, lettera f della legge 15 marzo 2010, n. 38), che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogati da professionisti con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;

b) livello specialistico: costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti alle persone con bisogni complessi, che richiedono un elevato livello di competenza, per i quali gli interventi di base sono inadeguati. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 e definiti dal progetto di assistenza individuale (PAI) nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

Modello organizzativo della Rete Regionale CP/Hospice
coerente con la L. 38/2010 e la DGRM 846/2014



La qualità della Rete delle CP costituisce uno degli indicatori di qualità complessiva di un Servizio Sanitario Regionale. La normativa di settore, compresa quella della Regione Marche, è esaustiva sulle modalità attuative di questo servizio sanitario.

Il DM 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) - pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed operativo a partire dal 1 gennaio 2020 è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000. Gli indicatori individuati sono 88, di cui 33 per l'assistenza distrettuale, 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario ed 1 di equità sociale.

Le norme e gli atti talora riguardano contemporaneamente terapia del dolore e CP, due temi correlati ma non coincidenti.

Le principali problematiche della Rete Hospice/CP marchigiana sono riassumibili in 5 punti:

1. una elevata mortalità ospedaliera
2. una metodologia proattiva poco applicata
3. lo sbilanciamento verso le cure palliative oncologiche
4. la necessità di formazione specifica del personale
5. una diversità di operatività territoriale e la necessità di integrazione tra pubblico e privato.

La **DGRM 1105/2017** stabilisce il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali: a fronte dei 9 hospice con 77 posti letto (PL), ne prevede come autorizzabili 123 e 111 come "contrattualizzabili". La DGRM 1622 del 27/11/2018 "Attivazione dei PL Hospice previsti dalla DGR 1105/17 relativa al fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale" dà mandato all'ASUR di procedere all'implementazione dei PL Hospice arrivando ai 100 complessivi. Il PNRR prende atto dei cambiamenti della società, tra i quali progressivo invecchiamento ed aumento delle patologie croniche e dei bisogni sanitari e socio sanitari di popolazione, con conseguente necessità di abbandonare il modello di sanità ospedalocentrica.

□ Esito dell'istruttoria

Tutto ciò premesso, con il presente atto si costituisce la Rete Cure Palliative Hospice ASUR - Marche. La rete dovrà lavorare in stretta integrazione con la Rete di Terapia del Dolore, con i servizi ADI afferenti ai servizi distrettuali e con le Associazioni che erogano Cure Palliative Domiciliari nelle Marche.

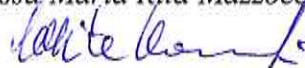
□ Esito dell'istruttoria:

Stante quanto sopra esposto, si propone al Direttore Generale di determinare:

1. Di prendere atto che con ASUR DG 361/17 è stato adeguato l'assetto organizzativo definito con ASUR DG 481/2016;
2. Di prendere atto che con ASUR DG 471/18 «Rete delle cure palliative ASUR – Modalità funzionali ed organizzative» è stato avviato il lavoro di rete Cure Palliative/Hospice ASUR Marche;
3. Di prendere atto che con nota del Direttore Generale ASUR n. 33623 del 6/08/2019 è stato aggiornato il tavolo tecnico Rete Cure palliative ASUR (in allegato 9 i nomi dei componenti del tavolo tecnico);
4. Di prendere atto del Decreto del dirigente della P.F. territorio ed integrazione ospedale territorio – ARS n.11 del 5 luglio 2021, con il quale sono stati aggiornati i componenti del Gruppo di coordinamento Cure Palliative/Hospice, ai sensi dell'Accordo stato Regioni del 16 dicembre 2010”;
5. Di prendere atto della DGRM n. 1165 del 4 ottobre 2021: Art. 3 decreto Ministero della salute 30 giugno 2021, indicazioni operative per la certificazione dei requisiti di idoneità al fine di operare nelle reti pubbliche o private accreditate dedicate alle cure palliative;
6. Di prendere atto della DGRM n.1238 del 18 ottobre 2021 che recepisce l'Accordo Stato Regioni 30/CSR del 25 marzo 2021 “Accordo, sul documento “Accreditamento della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore pediatrica” e DGR 1468/2014 “Nomenclatore delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale correlate alla “Terapia del Dolore” e alle “cure Palliative”;
7. Di prendere atto della L.R. n.7 del 1 aprile 2019 che detta le “disposizioni per garantire una buona vita fino all’ultimo e l’accesso alle cure palliative nella regione Marche”, che all’art. 4, comma 3 e 4, affida il coordinamento della rete all’UCPH (unità di Cure palliative Hospice) presente sul territorio di Area vasta di riferimento;
8. Di provvedere, per le motivazioni riportate nel documento istruttorio, alla adozione del documento Rete Hospice/Cure Palliative Domiciliari ASUR Marche elaborato dal tavolo tecnico Rete Cure Palliative ASUR composto da professionisti esperti di settore;
9. Di dare atto che la Rete di Terapia del Dolore e la Rete Hospice Cure Palliative Domiciliari, seppure strettamente integrate, non sono coincidenti e quindi ognuna dotata di personale adeguato ed apposito centro di costo;
10. Di precisare che tale documento ha finalità di rispondere alla normativa vigente e di standardizzare le principali fasi del percorso della Rete Cure palliative, definendo modalità operative e funzioni omogenee in tutte le Aree Vaste dell’ASUR;

11. Di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico del Bilancio ASUR;
12. Di trasmettere copia del presente atto ai Direttori di Area Vasta, ai Direttori di Distretto, ai Direttori dei Servizi Professioni Sanitarie per il relativo seguito di competenza;
13. Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i;
14. Di trasmettere il presente atto al collegio sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

Il Dirigente
Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Maria Rita Mazzocanti



- ALLEGATI -

ALLEGATO 1: Rete Regionale Cure Palliative Hospice

ALLEGATO 2: Normativa di riferimento

ALLEGATO 3: Principali problematiche della Rete Hospice/CP marchigiana

ALLEGATO 4: Il testo contenuto nel PNRR relativo agli investimenti territoriali

**ALLEGATO 5: Perché è necessario abbandonare il modello di sanità ospedalocentrica:
invecchiamento e cronicità**

ALLEGATO 6: Dati di attività delle degenze Hospice ASUR Marche

ALLEGATO 7: Legenda

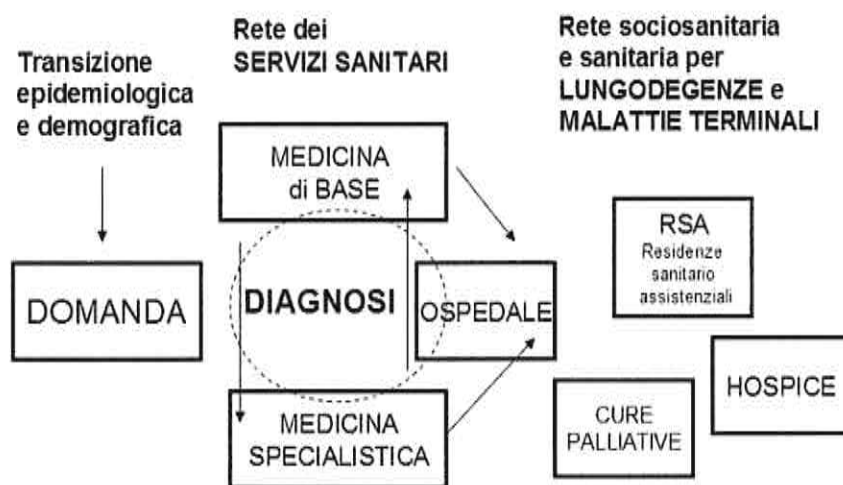
ALLEGATO 8: Bibliografia

**ALLEGATO 9: Componenti del Tavolo Tecnico Rete Cure Palliative ASUR, aggiornato con
note del Direttore Generale ASUR e del Direttore Sanitario ASUR n. 19597
del 28/05/2021 e n. 22207 del 18/06/2021**

ALLEGATO 1

Rete Regionale Cure Palliative Hospice

Le cure palliative sono state definite dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come “... *un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale*”.



PRESENTAZIONE

Il presente programma, in coerenza con il Programma Nazionale di Ripresa e Resilienza e la normativa vigente, disegna un modello di Rete Regionale Cure Palliative/Hospice (RRCP).

La raccomandazione dell'OMS “*Un'assistenza di buona qualità alla fine della vita deve essere riconosciuta come un fondamentale diritto dell'uomo*” (WHO 2004) nasce dal fatto che esiste una notevole discrepanza tra i bisogni delle persone a fine vita e l'assistenza che viene loro offerta.

La qualità di vita di cui parla l'OMS considera anche la possibilità per la persona di vivere nel suo abituale contesto sociale, riducendo l'istituzionalizzazione.

ANALISI DI CONTESTO E DELLA SITUAZIONE DI PARTENZA

La qualità della Rete delle CP costituisce uno degli indicatori di qualità complessiva di un Servizio Sanitario Regionale. La normativa di settore, compresa quella della Regione Marche, è esaustiva sulle modalità attuative di questo servizio sanitario. Le norme e gli atti talora riguardano contemporaneamente terapia del dolore e CP, due temi correlati ma non coincidenti (in allegato 2 la normativa di riferimento).

L'attuale RRCP ASUR è disegnata dall'ASUR DG 361/2017 (poichè l'ASUR DG 472/19 è in corso di revisione e modifica) e descritta dall'ASUR DG 471/2018, la quale fornisce dati sul numero degli hospice e dei Posti Letto regionali (nel 2018 ne risultavano operativi 7 per 61 PL), oggi sono 9 hospice per 77 PL.

L'hospice di Fossombrone sta raddoppiando la dotazione di posti letto dal 10 a 19, i PL di Macerata entro i primi mesi 2022 saranno 10 ed anche i PL di Offida aumenteranno a 10, portando i posti letto complessivi di hospice nelle Marche ad 95.

Le principali problematiche della Rete Hospice/CP marchigiana sono riassumibili in 5 punti, documentati in allegato 3:

- una elevata mortalità ospedaliera
- una metodologia proattiva poco applicata
- lo sbilanciamento verso le cure palliative oncologiche
- la necessità di formazione specifica del personale
- una diversità di operatività territoriale e la necessità di integrazione tra pubblico e privato.

La DGRM 1105/2017 ha stabilito il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali: a fronte dei 9 hospice con 77 posti letto (PL), ne prevede come autorizzabili 123 e 111 come "contrattualizzabili". La DGRM 1622 del 27/11/2018 "Attivazione dei PL Hospice previsti dalla DGR 1105/17 relativa al fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale" ha dato mandato all'ASUR di procedere all'implementazione dei PL Hospice arrivando ai 100 complessivi.

La DGRM 1105/17 e la DGRM 1622/18 superano, di fatto la DGRM 803/2009, dove il parametro era 1 PL per ogni 56 morti oncologiche, ovvero 20 PL per ogni AV. Il problema fondamentale dell'assistenza di cure palliative marchigiana non è la carenza di PL hospice ma la quasi totale mancanza (ad eccezione del distretto di Jesi) di UCPD che lavorino H24.

- La DGRM 846/2014 detta le linee di indirizzo per la definizione della RRCP.
- La DGRM 938/20 luglio 2020 (manuale autorizzazione) stabilisce i nuovi standard assistenziali e descrive la composizione minima dell'equipe multiprofessionale:
 - 180 minuti pro die/pro capite Infermieri
 - 180 minuti pro die/pro capite OSS
 - Coordinatore Infermieristico 360 min/die
 - Assistenza medica 40 min/die pro capite 6gg/7
 - Reperibilità di personale medico, con riferimento alle indicazioni per la costituzione di UCPH di Area Vasta, anche nell'ambito del presidio ospedaliero o servizio territoriale

L'equipe multiprofessionale è composta da: Responsabile clinico, Responsabile medico con competenze gestionali organizzative, Personale infermieristico di coordinamento, Medico di medicina generale, Infermiere, Psicologo, OSS, Assistente sociale, Assistente spirituale, Volontari, Altre figure professionali individuate in base alle esigenze, tra le quali importanti il fisiatra ed il fisioterapista.

Nel PNRR gli hospice sono inseriti nelle Case di Comunità e sono previsti 10 PL ogni 100.000 abitanti (allegato 4). Il PNRR prende atto dei cambiamenti della società, tra i quali progressivo invecchiamento ed aumento delle patologie croniche e dei bisogni sanitari e socio sanitari di

popolazione, con conseguente necessità di abbandonare il modello di sanità ospedalocentrica (allegato 5).

I dati di attività Hospice ASUR Marche: numero ricoveri e numeri giornate di degenza negli anni 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021 vengono riportati in allegato 6. In allegato 7 ed 8 rispettivamente la legenda e la bibliografia.

ANALISI COMPARATIVA E MODELLI APPLICATI IN ALTRI CONTESTI NAZIONALE ED INTERNAZIONALI

L'emergenza pandemica ha evidenziato l'importanza di un sistema di prevenzione, diagnosi e assistenza ben radicato sul territorio e quindi la necessità di potenziare la sanità territoriale. Le risorse stanziare per la missione "Salute" del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) dovrebbero servire a rafforzare la nostra sanità negli ambiti in cui ha mostrato le maggiori criticità. I dati del Ministero della Salute evidenziano come la sanità territoriale mostra mancanze rilevanti, soprattutto per quanto riguarda la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), l'ADI e le CP.

La Missione 6 (M6C1) del PNRR si occupa di Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: "Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari".

Nel PNRR relativamente agli investimenti territoriali, a favore del Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale, vengono assegnati fondi da suddividere in tre diversi investimenti:

- Case della Comunità,
- Assistenza domiciliare
- Ospedale di Comunità.

La struttura organizzativa naturale delle tre linee di investimento sopra riportate è il Distretto, come disegnato dalla legge 299/99, dotato di una autonomia gestionale, baricentro e motore per l'assistenza territoriale, da cui dipendono strutture e professionisti sanitari, compresi i MMG. In allegato 4 le caratteristiche richieste dal PNRR alla Rete delle CP.

Una ricerca effettuata in Italia in merito alla copertura, al bisogno e all'offerta di CP, dal CERGAS-Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi, indaga la complessità del sistema delle CP Italia, offrendo sia una stima del bisogno complessivo, sia una fotografia della rete di offerta, basandosi sui dati relativi al 2017.

Dall'indagine emerge che ogni anno in Italia oltre 543mila persone adulte necessiterebbero di CP. A fronte di questa richiesta però, si stima che l'offerta complessiva, che tiene conto dei pazienti assistiti a domicilio (79.648), in hospice (42.572) e in day hospital (1.843 accessi), sia di sole 124.063 unità, con un tasso di copertura del bisogno pari al 23% (circa 1 persona su 4 tra chi ne ha bisogno). Un dato che, ormai a 10 anni dalla Legge 38/2010, la quale sancisce il diritto per tutti i cittadini di accedere alle CP, è ancora troppo basso, soprattutto se paragonato a quello di Germania e Regno Unito che raggiungono rispettivamente il 64% e il 78%.

La ricerca conferma che attualmente la stragrande maggioranza dei pazienti che ne avrebbe diritto non accede alle CP. La copertura del territorio inoltre è lacunosa e disomogenea. C'è da considerare

che con l'esplosione della pandemia da Covid-19 il bisogno di assistenza domiciliare in CP è cresciuto, a fronte della situazione drammatica all'interno degli ospedali che, nella difficoltà di gestire l'emergenza, si sono trovati a dover dimettere il maggior numero possibile di pazienti, compresi gli eleggibili alle CP.

Sul sito del Ministero della Salute leggiamo che “la legge 15 marzo 2010, n. 38 identifica le **Reti Regionali** e le **Reti Locali di Cure Palliative (RLCP)** quali strumenti fondamentali per garantire l'accesso a Cure Palliative (CP) di qualità attraverso meccanismi di *governance* e forme di integrazione tra i soggetti coinvolti nel percorso di cura”.

La RRCP:

- promuove lo sviluppo delle RLCP e ne assicura il coordinamento e il monitoraggio;
- definisce gli indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza attraverso lo sviluppo di regole, protocolli, percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), condivisi tra gli attori della Rete, al fine di assicurare l'unitarietà e l'appropriatezza dei percorsi di cura;
- definisce gli indicatori quali-quantitativi;
- promuove programmi di formazione continua del personale;
- promuove attività di ricerca;
- promuove programmi di informazione per i cittadini a livello regionale.

La RLCP è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di CP erogate in un ambito territoriale definito a livello regionale, che nella Regione Marche corrisponde all'Area Vasta, attraverso diversi setting assistenziali:

- le CP Domiciliari specialistiche, che garantiscono l'assistenza a domicilio e nelle Residenze per anziani;
- le CP in Hospice;
- le CP in Ospedale, con attività di consulenza nei reparti e negli ambulatori;
- l'integrazione con gli altri servizi presenti nel territorio (Assistenza Domiciliare Integrata – ADI) e nelle strutture ospedaliere.

La normativa vigente prevede che la RLCP promuova l'identificazione precoce di persone con necessità di CP, garantisca un livello assistenziale adeguato nel setting più appropriato, attraverso la definizione di percorsi di cura modulati sui bisogni della persona e della sua famiglia/caregiver, in relazione allo sviluppo della malattia.

Tale rete assicura la formazione continua del personale e opera attraverso lo sviluppo di regole, protocolli, PDTA condivisi tra gli attori della Rete, al fine di assicurarne l'unitarietà e l'appropriatezza.

Le strutture che costituiscono la RLCP sono soggette ad accreditamento istituzionale, ai sensi dei d.lgs. 502/92 come modificato dal d.lgs. 229/99 e dell'intesa 25 luglio 2012.

Con l'**Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020** (Rep. Atti n. 118 /CSR), recepito dalla Regione Marche con DGRM 1238 del 18 ottobre 2021, sono stati definiti i requisiti di accreditamento della rete regionale e locale di cure palliative, ovvero i requisiti organizzativi generali, le responsabilità, le interfacce, le modalità di verifica e controllo, al fine di assicurare l'integrazione tra i componenti della Rete, la continuità e l'appropriatezza dei percorsi sulla base di indicatori di processo e di risultato. Tale accordo rappresenta una ulteriore opportunità, in quanto prevede un cambio di paradigma, dalla cura della malattia alla presa in carico della persona, attraverso il governo clinico del suo percorso di cura.

I nodi della RLCP sono le strutture di degenza, gli hospice.

Le CP domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

a) livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale (MMG) ed ADI, (come previsto dall'art. 2, comma 1, lettera f della legge 15 marzo 2010, n. 38), che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogati da professionisti con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;

b) livello specialistico: costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti alle persone con bisogni complessi, che richiedono un livello di competenza specialistico, per i quali gli interventi di base sono inadeguati. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 e definiti dal progetto di assistenza individuale (PAI) nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

MODELLO ORGANIZZATIVO della Rete CURE PALLIATIVE/ HOSPICE ASUR Marche

Le CP devono essere erogate in base alla normativa nazionale e regionale che ne stabiliscono l'organizzazione nel rispetto dei principi di:

- globalità della presa in carico della persona malata e dei suoi famigliari
- tutela della dignità del paziente e rispetto della sua volontà
- salvaguardia e valorizzazione della qualità di vita nella fase terminale della malattia.

Fondamentale è la programmazione del potenziamento dell'approccio palliativo, **la presa in carico precoce e la continuità dell'assistenza, garantendo le CP in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive. Tale prospettiva è coerente con quanto previsto dal "Decreto rilancio" che all'art. 1 investe nello sviluppo e nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale, agendo in particolare, sulle cure domiciliari e sull'assistenza infermieristica territoriale.**

Al fine di completare la realizzazione della rete, **è necessario prevedere che i servizi di consulenza di CP siano presenti in tutti gli ospedali e in tutti i distretti, in modo da far crescere la capacità del nostro sistema di rispondere alla sofferenza delle persone in stadio terminale e dei loro familiari, effettuando una presa in carico precoce che accompagni l'assistito in tutto il percorso di malattia, sia in ambiente ospedaliero che domiciliare.**

La Rete Regionale Cure Palliative ha quindi l'obiettivo primario di gestire in modo unitario il sistema cure palliative e di garantire ai malati e alle loro famiglie continuità terapeutica e assistenziale attraverso l'ospedale, la residenzialità, il domicilio e l'hospice.

L'ambito di competenza è il territorio della regione Marche.

Gli hospice sono i nodi strategici della rete delle CP, i luoghi di cura sono:

- **l'ambulatorio** - dedicato ai pazienti in grado di accedere autonomamente al servizio, è il luogo di cura adatto per avviare le CP; l'attività è garantita dall'equipe multiprofessionali (almeno 7 ambulatori diffusi nel territorio marchigiano);
- **l'ospedale** - le CP sono erogate attraverso la consulenza specialistica dell'equipe multiprofessionali;
- **il domicilio** - luogo privilegiato per mantenere i propri ritmi di vita ed il contatto con le persone care. A domicilio le CP sono erogate dall'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD), composte dal medico di famiglia, infermiere, medico palliativista e dalle figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni della persona e della sua famiglia attraverso l'attuazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Le CP Domiciliari garantiscono anche la consulenza ed il supporto assistenziale nelle Residenze per anziani;
- **le R.P., R.S.A.** – equiparabili al domicilio e riservate a pazienti già ricoverati nelle stesse in quanto privi di caregiver e/o con condizioni di criticità socio/assistenziali che non permettono adeguata assistenza a domicilio;
- **l'hospice** (nodo strategico della rete) – garantisce l'assistenza a livello residenziale con l'equipe specialistica multiprofessionali; accoglie, in un ambiente confortevole e simile alla casa, pazienti che richiedono CP continue per il trattamento di sintomi e fasi critiche della malattia non gestibili nella propria abitazione e con impossibilità dei familiari a rispondere alle necessità dell'assistenza. Il ricovero può essere temporaneo con riaffido all'equipe domiciliare. Viene prevista l'attività di hospice diurno.

La RRCP ASUR, in base alle indicazioni del PNRR (10 PL ogni 100.000 abitanti) potrebbe arrivare ad essere dotata di 150 PL di Hospice, tuttavia il presente programma prevede, a tendere (2025), 114 posti Letto:

			Attuale	A tendere 31 dicembre 2022	A tendere 31 dicembre 2025	
	AV	HOSPICE	PL	PL	PL	Note:
1	1	Fossombrone	10	19	19	I lavori per i nuovi 9 PL sono iniziati ad ottobre 2021
2	2	Loreto	8	8	8	
3		Chiaravalle	10	10	10	
4		Fabriano	8	8	8	
5	3	Macerata	8	10	10	dal 1 semestre 2022
6		San Severino	12	12	12	entro 2025
		Ulteriore struttura da individuare			10	
7	4	Montegranaro	10	10		
8	5	Offida	3	3	9	
9		San Benedetto	8	8	8	
		Ulteriore struttura da individuare			10	Entro 2025
	Tot.	9 strutture	77	88	114	

Il programma regionale Rete CP prevede:

- **9 strutture Hospice** (11 a tendere 2025);
- **13 Ambulatori di Cure Palliative** (con apertura almeno 2 volte/sett.), almeno 5 dei quali da attivare entro 2022, 1 in ogni AV.
- **5 Unità Cure Palliative Domiciliari (UCPD) H12** + reperibilità notturna e festiva:

- una prima attivazione di 1 UCPD 1 in AV1 nel primo semestre 2022;
- ulteriori tre UCPD, 1 in AV2, 1 in AV3 ed 1 in AV4 ed AV5 entro il secondo semestre 2022;
- per arrivare a 5 UCPD, una in ogni Area Vasta.

L'attività delle UCPD è strettamente integrata con l'attività svolta nel territorio dalle ONLUS convenzionate con il sistema sanitario della Regione Marche e con l'ADI.

Le UCPD saranno integrate con l'attività delle ONLUS convenzionate con il SSN, che attualmente sono:

- AV1: ANT, ADAMO, IOPRA, AIL;
- AV2: IOM Jesi, IOM Ancona, AOS, AOF;
- AV3: ANT, AOM;
- AV4: ANT, IOM;
- AV5: IOM Ascoli, ASMO, AIL, ASMO.

L'équipe specialistica: l'équipe che effettua le CP è composta da personale dotato di specifica formazione ed esperienza professionale. Tutti gli operatori che entrano a far parte dell'équipe condividono un progetto terapeutico il cui obiettivo non consiste nella guarigione, ma nella cura, nella presa in carico della persona malata, rispondendo al bisogno primario di contenimento dei disturbi fisici così come delle problematiche emotive e sociali. L'équipe opera sotto la responsabilità del medico responsabile clinico. Il coordinatore infermieristico ha la responsabilità dell'organizzazione della attività assistenziale. Per la natura stessa delle CP l'équipe medico/infermieristica/OSS si integra con altre figure professionali, psicologi, assistenti sociali, fisiatristi, fisioterapisti, logopedisti e con i volontari.

Riassumendo:

**Modello organizzativo della Rete Regionale CP/Hospice
coerente con la L. 38/2010 e la DGRM 846/2014**

Hospice/UCPD/Ambulatorio CP

Forniscono attività assistenziale domiciliare, ambulatoriale, di consulenza a tutti i luoghi di cura e di hospice diurno

ospedale	hospice	domicilio	residenze	
Entro secondo semestre 2022				
AV1	AV2	AV3	AV4	AV5
Hospice Fossombrone 19PL	Hospice Chiarav. (10 PL) Loreto (8PL) Fabriano (8PL)	Hospice S.Severino (12 PL) MC (10 PL)	Hospice Montegranaro (10PL)	Hospice S. Benedetto (8 PL) Offida (3 PL)
1 UCPD H24				
1 Ambulatorio CP	1 Ambulatorio CP	1 Ambulatorio CP	1 Ambulatorio CP	1 Ambulatorio CP
Attività di consulenza CP presso ospedale e residenze	Attività di consulenza CP presso ospedale e residenze	Attività di consulenza CP presso ospedale e residenze	Attività di consulenza CP presso ospedale e presso residenze	
Entro primo semestre 2023				
1 UCPD H24	1 UCPD H24	1 UCPD H24	1 UCPD H24	
Entro 2025				
AV1	AV2	AV3	AV4	AV5
Hospice	Hospice	Hospice	Hospice	Hospice

Fossombrone 19PL	Chiarav. (10 PL) Loreto (8PL) Fabriano (8PL)	S.Sever. (12 PL) MC (10 PL) Recanati (10PL)	Montegr (10PL)	Offida (9 PL) S. Bened (8 PL) Ascoli (10 PL)
1 UCPD H24	1 UCPD H24	1 UCPD H24	1 UCPD H24	1 UCPD H24
1 Ambulatorio CP	2 Ambulatori CP	2 Ambulatori CP	1 Ambulatorio CP	1 Ambulatorio CP
Attività di consulenza CP presso ospedale e residenze	Attività di consulenza CP presso ospedale e residenze	Attività di consulenza CP presso ospedale e residenze	Attività di consulenza CP presso ospedale e residenze	Attività di consulenza CP presso ospedale e residenze

MODELLO ORGANIZZATIVO CURE PALLIATIVE/HOSPICE/AMBULATORIO CP:

La Rete ha un Responsabile medico con competenze gestionali organizzative

Personale Necessario: EQUIPE MINIMA di Area Vasta con HOSPICE 8 PL + UCPD H12 con reperibilità notturna e festiva + AMBULATORIO CP

	Coordi na tore infermi eristico	Infermieri	OSS	Medico responsa bile clinico	medici	psicologo	Ass. soc	Medico Responsabile Organizzativo della rete
HOSPICE (es: con 8 PL)	1	6 (o più in base al numero PL in base ai criteri autorizzativi (DGRM 938/20))	6 (o più in base al numero PL in base ai criteri autorizzativi (DGRM 938/20))	1 per AV	4 per AV compreso responsabile clinico (o più in base al numero PL, in base al numero di assistiti con UCPD e all'attività ambulatoriale) – di cui almeno 2 Dipendenti + mmg	1 per AV dedicato (o più in base al numero PL, in base al numero di assistiti con UCPD e all'attività ambulatoriale)*	1 per AV non dedicato (distretto)	1 ASUR
UCPD		6 (o più in base al numero di assistiti con UCPD e all'attività ambulatoriale)						
TOT.	1	12	6	1	4	1	1	1 ASUR

*1 Psicologo clinico in ogni Area Vasta, da integrare con i PDTA regione Marche SLA e SM

Altre figure professionali sanitarie individuate in base alle esigenze, tra le quali molto importanti i fisiatristi, fisioterapisti e logopedisti (in consulenza);

Si considera necessaria la presenza di:

- Assistente spirituale (al bisogno);
- Volontari/Terzo Settore (Associazione Gigi Ghirotti, Fondazione Anello della Vita ONLUS, ANT, IOM, AIL, AOM, AOS, AOF, e quante altre associazioni con le caratteristiche previste dall' Accordo della Conferenza tra Stato e Regioni del 9 luglio 2020 che definisce i profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore);
- Altro personale la cui presenza è auspicabile sono gli arte-terapeuti, il mediatore culturale, e qualsiasi altro professionista utile a migliorare il percorso di vita della persona in fase di terminalità e della sua famiglia.

Vengono garantiti i seguenti servizi (2022):

- Degenza Hospice (88 PL);
- Almeno 4 equipe UCPD H12 + reperibilità notturna e festiva (collaborazione ed integrazione con associazioni presenti nel territorio e con ADI);
- Consulenze di Cure Palliative presso le strutture ospedaliere e territoriali;
- Ambulatorio Cure Palliative in 5 sedi;
- Attività di formazione e supporto per le cure palliative di primo livello;
- Programma pilota AV3 Cure Palliative nelle R.S.A. e nelle R.P.;

Vengono garantiti a tendere i seguenti ulteriori servizi (2025):

- Degenza Hospice Recanati 10 PL (struttura da individuare);
- Degenza Hospice Ascoli Piceno 10 PL (struttura da individuare);
- Degenza Hospice Offida implementata a 9 PL;
- Almeno 1 ulteriore equipe UCPD H12 + reperibilità notturna e festiva (collaborazione ed integrazione con associazioni presenti nel territorio e con ADI);
- Ulteriori 8 ambulatori CP.

Ogni Area Vasta formalizzerà la Rete Locale Cure palliative (RLCP).

La RLCP ASUR deve:

- garantire un'accoglienza tempestiva
- valutare i bisogni sanitari e sociali
- definire il percorso assistenziale appropriato
- favorire il più possibile l'integrazione dei servizi di cura e assistenza coniugando al meglio gli interventi ospedalieri, domiciliari e ambulatoriali.

rete cure palliative ASUR tempo 0									
	PL hospice			ambulatori cure palliative			UCPD ***		
	Dic 2021	standard minimo	Δ	Dic 2021	standard minimo	Δ	Dic 2021	standard minimo	Δ
AV1	10	19 PL entro 2022		1	1	0	0	1	-1
AV2	26	26	0	1	1	0	1*	1	0
AV3	20	22 PL entro 2022		0	1	-1	1**	1	-1
AV4	10	10	0	0	1	-1	0	1	-1
AV5	11	17 PL entro 2025		0	1	-1	0	1	-1
ASUR	77	94	-77	2	5	-3	1* + 1**	6	-4

AV2- 1*: UCPD H24 solo nel distretto di Jesi e limitatamente ai pazienti oncologici, con infermieri dipendenti ed il coordinamento dello IOM

AV3 - 1**: UCPD h6 per 6 giorni alla settimana, con 1 infermiere

*** sul territorio marchigiano operano ONLUS, con convenzioni dedicate ai pazienti oncologici, con attività non h24, ad esempio ANT nel distretto di Civitanova.

REQUISITI MINIMI PERSONALE* RETE CURE PALLIATIVE PER GARANTIRE SETTING HOSPICE, AMBULATORIO CURE PALLIATIVE, UCPD

	coordinatori			infermieri**			OSS			Medici *			medico responsabile clinico			Psicologo****			ass sociale*****		
	dic-20	standa rd minim o	Δ	dic-20	standa rd minim o	Δ	dic-20	standard minimo	Δ	dic-20	standa rd minim o	Δ	dic-20	standa rd minim o	Δ	dic-20	standa rd minim o	Δ	dic-20	standa rd minim o	Δ
AV1 *****	Hospice (10 PL)			6	7,5	-1,5	7	7	0	1,5	4	0,5	1	1	0	0,5	1	-0,5	A chiam ata		
	UCPD			0,5	6	-5,5	0	0	0	2											
	TOT			6,5	13,5	-8	7	7	0	3,5	4	0,5	1	1	0	0,5	1	-0,5			
AV2	Hospice (26 PL)			18	19,5	-1,5	18	19	-1	1***	4		1	1	0	2,5	1	+1,5	A chiam ata		
	UCPD			8	6	+2	1	0	+1			-3	1	1	0						
	TOT			26	25,5	+0,5	19	19	0	1	4	-3	1	1	0		1	+1,5	A chiam ata		
AV3 *****	Hospice (20 PL)			11	13	-2	12	13	-1	1***	4	-3	1	1	0	2	1	+1	A chiam ata		
	UCPD			1	6	-5	0	0	0												
	TOT			12	19	-7	12	13	-1	1	4	-3	1	1	0	2	1	+1			
AV4	hospice (10PL)			6	7,5	-1,5	6	7	-1	0,5	4	-3,5	0	1	-1	0	1	-1	A chiam ata		
	UCPD			0	6	-6	0	0	0												
	TOT			6	13,5	-7,5	6	7	-1	0,5	4	-3,5	0	1	-1	0	1	-1	A chiam ata		
AV5	Hospice (8PL S.B.)			6	6	0	6	6	0				1	1	0	1	1	0			
	UCPD			0	6	-6	0	0	0	1	4	-3	1	1	0	1	1	0			
	TOT			6	12	-6	6	6	0	1	4	-3	1	1	0	1	1	0			
ASUR	TOT			56,5	83,5	-27	50	52	-2	7	20	-13	5	5	0	6	5	+1	0	0	0

* personale espresso in "unità tempo pieno equivalenti" (FTE)

** per hospice considerato standard minimo di 6 ogni 8 posti letto

*** in AV2 un solo medico dipendente e mmg (12); in AV3 un solo medico dipendente e mmg (5)

**** psicologo ed assistente sociale non a tempo pieno, in condivisione con altre attività distrettuali e/o ospedaliere, in alcune realtà a carico delle ONLUS

***** in AV1 ed AV3 sono stati considerati i PL a tendere del 2022: 19 PL a Fossombrone e 10 PL a Macerata

*medici e responsabile clinico: 4 medici, compreso il responsabile clinico, sono lo standard minimo per garantire la reperibilità h24. Nelle nostre realtà di Area Vasta lo standard deve essere calcolato considerando l'apporto orario dei mmg.

Non sono stati calcolati i PL ed il personale di Offida.

Sono stati considerati i PL ed il personale al 31 dicembre 2021.

SCHEDA SINTETICA PROGRAMMA ED INDICATORI RELATIVI ALLA FASE I (2022- 2025)

TITOLO DEL PROGRAMMA	Rete Regionale Cure Palliative: CP Domiciliari/Hospice/ Ambulatorio CP ed attività di consulenza
REGIONE	Marche
Responsabile del Programma: direttore Generale ASUR	
Risorse finanziarie occorrenti alla realizzazione del progetto. Modalità di reperimento risorse	Bilancio della Regione Marche finalizzato alla Rete Cure Palliative in ambito al PNRR (Piano Nazionale Ripresa e Resilienza) Missione 6 (M6C1). (PREGRESSO: Nel 2018, con la Legge nazionale 662/96, art. 1 comma 34 e 34 bis Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario, è stato approvato il progetto COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA , con un finanziamento di : € 2.852.109,00)
INVESTIMENTI NECESSARI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA	
Tipologia di investimento	Note
Formazione	Formazione organizzata in base alle indicazioni del gruppo di coordinamento regionale (decreto 10/AST del 5 luglio 2021)
Personale	Costo annuo infermiere (Cat. D) 33.377 Euro Costo annuo infermiere (Cat. Ds) 35.983 Euro Costo annuo dirigente medico (escl<5) 66.473 Euro
Ai costi dell'investimento in formazione e personale sono da sottrarre i costi in mancati accessi inappropriati in PS, mancate giornate di ricovero inappropriate in strutture per pazienti con patologie acute	
Risorse necessarie per la realizzazione del programma	
disponibili	9 Strutture hospice Sedi ambulatoriali Personale
Da acquisire	Ulteriore personale medico ed infermieristico Nelle tabelle a pag 16 ed 18 dettaglio del personale previsto e del personale attualmente operativo ;
Da acquisire	Attrezzature per sedi ambulatoriali quali ecografi. Solo se le attrezzature non sono già presenti negli hospice (attrezzature richieste dal manuale di autorizzazione)
ANALISI DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO	Da quanto riportato in ASUR DG 471/18, emerge che la distribuzione dell'offerta di CP per età adulta è ancora disomogenea, sbilanciata verso le CP oncologiche. Mancano gli ambulatori territoriali di cure palliative. Il numero di PL è sottodimensionato. Ad eccezione dell'ADO del distretto di Jesi non vi è attivazione di UCPD h24. Manca quasi ovunque l'integrazione con le Unità Operative per acuti e le CP precoci e simultanee. Questo porta ad un numero di ricoveri eccessivi di persone in fase di terminalità in strutture per acuti. Le ONLUS che operano nel territorio non sono accreditate e le loro convenzioni, tutte limitate

		esclusivamente all'assistenza oncologica, sono scadute.	
DURATA COMPLESSIVA DEL PROGRAMMA			
Data inizio prevista: 1 gennaio 2022		Data revisione Ogni 3 mesi	Ulteriore proseguimento ed implementazione Entro 31 dicembre 2025
OBIETTIVO GENERALE	Aumentare la capacità di risposta della Rete CP della Regione Marche, definire e monitorare l'attuazione di protocolli operativi per la presa in carico del paziente con bisogno di CP in continuità assistenziale, definendo percorsi diagnostico terapeutici e procedure clinico-assistenziali che consentano la presa in carico delle persone che necessitano di CP. Rafforzare i nodi della rete di CP aumentando i Posti Letto di Hospice. Istituire le UCPD. Attivare ed implementare gli Ambulatori di Cure Palliative. Favorire la formazione e l'attività di consulenza tra i diversi servizi. Implementare il sistema informativo dedicato.		
OBIETTIVI SPECIFICI	1. Verifica ulteriore dello stato attuale della Rete Cure Palliative, ridefinire la mappa dei servizi territoriali ed individuare le responsabilità organizzative gestionali 2. Formazione multidisciplinare degli operatori coinvolti attraverso corsi specifici dedicati rivolti al personale sanitario (specialisti, mmg, personale di assistenza) e volontariato 3. Aumentare la percentuale di persone seguite dai servizi di Cure Palliative tra gli aventi diritto rispetto dati 2019, dando risposta alla normativa LEA 4. Diminuire la percentuale di ricoveri impropri (persone in fase di terminalità) nelle Unità Operative per acuti rispetto dati 2019 5. Diminuire gli accessi in Pronto Soccorso di persone in cui le cure attive non sono più appropriate		
RISULTATI ATTESI			
Entro 1/04/2022	Formalizzazione della Rete Cure Palliative della Regione Marche, definendo il ruolo dei nodi della rete e le modalità di raccordo Definizione del piano formativo triennale Formalizzazione di accordi e protocolli tra i nodi della rete per la presa in carico degli aventi diritto alle Cure Palliative		
Entro 31/12/2022	Aumentare i PL Hospice a 88 Attivare almeno 5 ambulatori Cure Palliative, uno per AV Attivare almeno 4 UCPD H24 (AV1, AV2, AV3, AV4e5)		
Entro 31/12/2025	Aumentare i PL Hospice a 114 Attivare almeno 13 ambulatori Cure Palliative diffusi sul territorio marchigiano Attivare almeno 5 UCPD, almeno una per ogni AV		

PUNTI DI FORZA			
		Strategie/azioni per l'implementazione	
Esperienze aziendali consolidate di Cure Palliative/Hospice; Atti regionali che definiscono la Rete delle Cure Palliative e la Rete della Terapia del Dolore		Connettere i nodi della rete attraverso una rete regionale di Cure Palliative/Hospice/Terapia del Dolore	
Esistenza di una piattaforma informatizzata ASUR per la cartella informatizzata unica della degenza hospice Esistenza di un flusso dati regionale per la verifica dei dati di attività		Definizione degli indicatori di performance e di valutazione **	
PUNTI DI DEBOLEZZA			
		Strategie/azioni per l'implementazione	
Ridotta interazione tra i nodi della rete e tra i nodi della rete ed il terzo settore		Promozione di training formativi e di tavoli di lavoro per tutto il personale sanitario coinvolto e gli operatori del terzo settore	
Limitato coinvolgimento dei mmg e scarsa integrazione delle UCPD con l'ADI		Promozione di eventi formativi in collaborazione con specialisti delle Cure Palliative, MMG ed operatori dell'ADI	
Carenza di personale per le Cure palliative Domiciliari		Ogni Area Vasta dovrà individuare le equipe dedicate alla Rete delle Cure Palliative/Hospice, garantendo equipe minime di CPD di almeno 4 medici (reperibilità notturna e festiva) e di almeno 12 infermieri (h24, CPD e degenza hospice) + Coordinatore Infermieristico di Area Vasta + 6 OSS per la degenza hospice + 1 psicologo in area vasta.	
DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGRAMMA			
Obiettivi specifici	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Verifica lo stato attuale delle prestazioni erogate	Incontri regolari del gruppo di lavoro regionale, come da decreto n.10 del 5 luglio 2021; Incontri del tavolo tecnico ASUR Cure Palliative	Definire ruoli e funzioni ed attività dei nodi della rete	Indicatori di performance e di valutazione**
Miglioramento ed incremento delle prestazioni	Implementare le equipe specialistiche; definizione di protocolli per la continuità delle cure ed il raccordo tra i nodi della rete di cure palliative e le cure ospedaliere e territoriali di base	Individuare il numero delle equipe di UCPD; definire e monitorare gli obiettivi di incremento delle prestazioni; coordinamento dei nodi della rete ed integrazione con le risorse esistenti nel territorio (ADI, terzo settore) e nella rete ospedaliera	

		(simultaneous care)	
Formazione multidisciplinare degli operatori coinvolti nella Rete delle Cure Palliative	Formazione a cascata coinvolgendo specialisti ospedalieri, MMG, infermieri ed OSS sia ospedalieri che territoriali	Creazione di equipe di formatori nell'ambito dei professionisti afferenti agli hub	Numero di professionisti formati/anno sul numero totale degli operatori da formare (15% entro il primo anno di attivazione del programma);
TRASFERIBILITA': il programma non necessita di trasferibilità in quanto previsto sull'intero territorio regionale			
Indicatori di performance e di valutazione della Rete Regionale Cure Palliative/Hospice **			
Indicatore			Risultato atteso
N. dei malati deceduti per tumore assistiti nella rete delle Cure Palliative a domicilio/numero dei malati deceduti per malattia oncologica.			=> dato 2020
N. annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore.			=> dato 2020
N. annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti per cause non oncologiche			=> dato 2020
N. di accessi al PS di persone decedute nei 6 mesi successivi			< dato 2019
N. giornate di ricovero in ospedale di persone decedute nei 6 mesi successivi			< dato 2019
N° persone con accessi ripetuti (2 o più) al PS negli ultimi 3 mesi di vita			< dato 2019
N° accessi al PS senza successivo ricovero negli ultimi 3 mesi di vita			< dato 2019
N° Reparti ospedalieri per acuti Marche con mortalità >5%			< dato 2019
N. annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati con patologia neurologica in fase avanzata			=> dato 2020
Percentuale di malati oncologici con ricoveri in Hospice > 30 gg			=< 14,07(media regione Marche ultimo rapporto Ministeriale 2015-2017, pubblicato 2019)
N. giorni di attesa tra la valutazione e la data di richiesta di ingresso nelle CP			(≤3)
Rapporto percentuale tra il numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito (dalla Rete di cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale ai 7 giorni e il numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica – anno 2021			=< 23.64% (media nazionale ultimo rapporto Ministeriale 2015-2017, pubblicato 2019)
Numero di eventi formativi organizzati dal nodo della rete di Cure palliative dedicati alla medicina territoriale ed agli operatori delle cure palliative di base			=>3

Sintesi delle fasi del programma, avvio 1 ottobre 2021

Rete Regionale Cure Palliative Adulti		2022		2022		2023		2024		2025	
ATTIVITA'	Responsabilità	Dal 1 aprile		1° sem	2° sem	1° sem	2° sem	1° sem	2° sem	1° sem	2° sem
Formalizzazione con determina ASUR della Rete Regionale Cure Palliative/Hospice	Direttore Generale ASUR										
Formazione rivolta agli operatori hospice/cure palliative, mmg, ADI, terzo settore	Responsabile Rete Cure Palliative/Hospice Ufficio Formazione Direttori Hospice										
Formazione rivolta agli operatori sanitari coinvolti, operatori ospedalieri e del territorio	Responsabile Rete Cure Palliative/Hospice Ufficio Formazione Direttori Hospice										
Informazione rivolta ai cittadini	Responsabile Rete Cure Palliative/Hospice Direttori Hospice										
Organizzazione rete territoriale con ADI e terzo settore	Responsabile Rete CP/Hospice Direttori Hospice Direttori Distretto Direttori SPS										
Aumento PL Hospice Fossombrone	Direttore AV1										
Aumento PL Hospice MC	Direttore AV3										
Aumento PL Hospice AV3	Direttore AV3										
Aumento PL Hospice Off.	Direttore AV5										
Aumento PL Hospice AV5	Direttore AV5										
Organizzazione equipe Cure Palliative Domiciliari AV1 Fossombrone	Direttore Hospice Fossombrone Direttore Distretto Direttore SPS										
Organizzazione equipe Cure Palliative Domiciliari AV2, AV3 ed AV4e5	Direttori Hospice AV2, 3, 4e 5 Direttori Distretto Direttori SPS										
Organizzazione equipe Cure Palliative Domiciliari AV4 ed in AV5	Direttori Hospice AV4 ed AV5 Direttori Distretto Direttori SPS										
Organizzazione ambulatori Cure palliative	Responsabile Rete Cure Palliative/Hospice Direttori Hospice Direttore Distretto Direttore SPS										
Implementazione consulting Cure Palliative ospedaliera	Responsabile Rete Cure Palliative/Hospice Direttori Hospice										
Implementazione consulting Cure palliative strutture territoriali	Responsabile Rete Cure Palliative/Hospice Direttori Hospice										
Valutazione trimestrale dati attività ed indicatori obiettivi	Responsabile Rete Cure Palliative/Hospice										

CONCLUSIONI

La qualità della rete delle CP costituisce uno degli indicatori di qualità complessiva di un Servizio Sanitario Regionale. La normativa di settore, compresa quella della Regione Marche, è esaustiva sulle modalità attuative di questo servizio, tuttavia la RRCP marchigiana è gravata da cinque principali problematiche:

1. una elevata mortalità ospedaliera
2. una metodologia proattiva poco applicata
3. lo sbilanciamento verso le cure palliative oncologiche
4. la necessità di formazione specifica del personale
5. una diversità di operatività territoriale e la necessità di integrazione tra pubblico e privato.

Il presente programma propone:

- la costituzione di una Rete Regionale di CP/Hospice,
- la programmazione del potenziamento dell'approccio palliativo,
- la presa in carico precoce e la continuità dell'assistenza, garantendo cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive,
- l'integrazione dei servizi di cura e assistenza, ospedalieri, domiciliari ed ambulatoriali.

Tale prospettiva è coerente con quanto previsto dal c.d. "Decreto rilancio" che all'art. 1 investe nello sviluppo e nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale agendo, in particolare, sulle cure domiciliari e sull'assistenza infermieristica territoriale, l'integrazione dei servizi di cura e assistenza, ospedalieri, domiciliari ed ambulatoriali.

La rete CP lavora in stretta sinergia con i servizi di Cure Domiciliari Integrate (ADI) e con le ONLUS già operative nel territorio.

La Rete Regionale CP/Hospice ha l'obiettivo di garantire alle persone malate ed alle loro famiglie continuità terapeutica e assistenziale attraverso i luoghi di cura della rete:

- l'ambulatorio;
- l'ospedale;
- il domicilio, le R.P., le R.S.A. le Cure Intermedie;
- l'hospice.

Il nodo strategico della Rete è l'Hospice, cui fanno riferimento le UCPD e gli ambulatori di CP. A fronte di un investimento importante per il personale (1.500.000 di euro circa), si prevede un risparmio in giornate di degenza inappropriate in strutture ospedaliere, di accessi impropri al PS e sicuramente un miglioramento della qualità delle cure erogate.

LE COSE CHE NON FACCIAMO

"Noi stiamo incrementando i costi e fornendo cure di basso livello a causa di cose che non facciamo:

- Iniziare le discussioni sulla possibilità di morire e sulle decisioni di fine vita. Questa discussione è il prerequisito indispensabile per una adeguata pianificazione delle cure.
- L'importanza di queste discussioni è oggi evidente: le persone malate che hanno la possibilità di confrontarsi su questi aspetti manifestano minore ansia e depressione, ricevono cure meno aggressive alla fine della vita, quasi mai muoiono in reparti di rianimazione. In più, questo permette ai familiari di avere una qualità di vita migliore e permette alla nostra società di risparmiare milioni di dollari".

Smith T.J. Hillner B.E. "Bending the cost curve in cancer care" N.E.J.M. 2011;364:2060-65

ALLEGATO 2: NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La legge n. 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” tutela il diritto di tutti i cittadini ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, per ogni età, per ogni patologia, per ogni luogo di cura a tal fine impegna le strutture sanitarie ad assicurare un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, senza alcuna discriminazione, al fine di tutelare la dignità e l’autonomia del malato, promuovendo la qualità della vita fino al suo termine.

Secondo questa legge, le strutture sanitarie devono assicurare un programma di cura individuale per il malato e la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi:

- Tutela della dignità e dell’autonomia
- Tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine
- Sostegno sanitario e socio assistenziale alla persona malata e alla famiglia.

La stessa legge 38/2010 ha istituito le reti locali di cure palliative per assicurare la continuità nel percorso di cura del paziente in ospedale, nella struttura residenziale (Hospice) e in ambito domiciliare, per mezzo dell’integrazione di queste strutture sul territorio. Questa legge ha in qualche modo rivoluzionato il processo culturale dell’assistenza dei malati fragili, affetti sia da neoplasie che da malattie croniche, sancendo il diritto all’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. I Sistemi Sanitari Regionali hanno dovuto adeguarsi al nuovo assetto organizzativo delle strutture delle Reti di Cure Palliative, che hanno trovato una definizione puntuale nell’Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012.

L’Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 10 luglio 2014 ha dato attuazione al comma 2 dell’articolo 5 della L.38/2010 sull’individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore. L’assistenza nelle reti di cure palliative può essere garantita da specialisti che collaborano con il mmg, quali il medico specialista in anestesia e rianimazione, in oncologia, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia e radioterapia.

Il Decreto del Ministero della Salute del 4 giugno 2015 ha previsto inoltre che i medici che hanno svolto la loro attività professionale per almeno 3 anni, dall’entrata in vigore della legge 147/2013 in una struttura pubblica o privata accreditata dalla Regione, possano chiedere la certificazione dell’esperienza professionale alla Regione/Provincia Autonoma di riferimento. Lo stesso decreto ha previsto che i medici che hanno svolto la loro attività professionale per almeno 3 anni, dall’entrata in vigore della legge 147/2013 in una struttura pubblica o privata accreditata dalla Regione, possono chiedere la certificazione dell’esperienza professionale alla Regione/Provincia Autonoma di riferimento.

Il DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza ha completato il quadro dei principali provvedimenti normativi in materia di cure palliative recependo la normativa progressivamente adottata e definendo i seguenti livelli di assistenza nell’ambito della Rete Locale di Cure Palliative:

- all’art. 15 Assistenza Specialistica Ambulatoriale: il nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale prevede per la prima volta la “Prima visita multidisciplinare per cure palliative – incluso: stesura del PAI” e la “Visita di controllo per cure palliative - incluso: rivalutazione del PAI” (rispettivamente codici 89.07.A; 89.01. R);
- all’art. 21 Percorsi Assistenziali Integrati: è garantito l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona attraverso la Valutazione Multi Dimensionale dei bisogni (VMD), sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un Progetto di Assistenza Individuale (PAI). Si tratta una novità importante l’approccio per percorso, con la VMD, che concorre ad identificare il malato cui necessitano le Cure

Palliative. Le Cure Palliative confermate dai LEA in questa cornice escono dall'orizzonte temporale dell'end stage e si estendono l'ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile ad evoluzione sfavorevole;

- art. 23 Cure Palliative Domiciliari: sono erogate dalle strutture Unità di Cure Palliative-UCP e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata: sono le UCP che erogano sia le cure palliative di base che quelle specialistiche garantendo l'unitarietà e l'integrazione dei percorsi di cura con un'equipe curante di riferimento sul percorso e non sul setting assistenziale. Il coordinamento delle cure è puntualmente caratterizzato, all'art. 23, comma 1, lettere a) e b) e all'art. 21 comma 3, contribuendo a chiarire la responsabilità del rapporto di cura;
- art. 38 Ricovero Ordinario per acuti. Le cure palliative sono per la prima volta espressamente citate come prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali, necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico, che devono essere garantite durante l'attività di ricovero ordinario. Il comma 2 stabilisce, infatti, che nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni (..) incluse la terapia del dolore e le cure palliative.

Il D. Lgs. n. 117 del 3 luglio 2017 – Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n.106, emanato “al fine di sostenere l'autonoma iniziativa dei cittadini che concorrono, anche in forma associata, a perseguire il bene comune, ad elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, favorendo la partecipazione, l'inclusione e il pieno sviluppo della persona, a valorizzare il potenziale di crescita e di occupazione lavorativa, in attuazione degli articoli 2, 3, 4, 9, 18 e 118, quarto comma, della Costituzione, il presente Codice provvede al riordino e alla revisione organica della disciplina vigente in materia di enti del Terzo settore”;

Il DM 12 marzo 2019 - "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo a partire dal 1 gennaio 2020. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000. Gli indicatori individuati sono 88, di cui 33 per l'assistenza distrettuale, 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario ed 1 di equità sociale.

L'Accordo della Conferenza tra Stato e Regioni del 9 luglio 2020 definisce i profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore;

L'Accordo della Conferenza tra Stato e Regioni del 27 luglio 2020 stabilisce i criteri di “Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n.38”;

Il Decreto n.7272021 stabilisce le Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore;

Il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, convertito in legge il decreto che istituisce il Fondo complementare al Piano di Ripresa e Resilienza, entrato in vigore il 7 luglio 2021 (Legge n. 101 del 1° luglio 2021 di conversione del Decreto Legge 59/21), istituisce il Piano nazionale per gli investimenti complementari finalizzato ad integrare, con risorse nazionali, gli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza per complessivi 30.622,46 milioni di euro per gli anni dal 2021 al 2026. Il PNRR prevede 1 hospice a 10 PL ogni 100.000 abitanti.

A livello regionale tutti gli atti nazionali sono stati puntualmente ripresi. E' stato istituito un Gruppo di lavoro regionale sulle cure palliative con decreto del Direttore della Agenzia Regionale Sanitaria e sono state assegnate risorse dedicate nell'ambito dei Fondi dei Progetti Prioritari e di Rilievo Nazionale (per il 2017 DGR 1498/2017):

DGRM n.803 del 18 maggio 2009 “ Linee di indirizzo per il modello organizzativo hospice della Regione marche”;

DGRM n. 645 del 6 maggio 2013 “Recepimento intesa del 25 luglio 2012, ai sensi dell’articolo 8 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le P.A. di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute, di cui all’art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore – Indicazioni operative” ;

DGRM n. 846 del 12 luglio 2014 «Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale di cure palliative»;

DGRM n. 676/2014 “Recepimento Intesa del 25 luglio 2012, ai sensi dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore - Indicazioni operative”

DGRM n. 1285 del 17 novembre 2014 “Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale di cure palliative e terapia del dolore pediatrica”;

DGRM n. 325 del 20 aprile 2015 “Linee di indirizzo per la definizione della Rete Regionale della Terapia del Dolore”;

L.R. n.26 del 7 agosto 2017 «Uso terapeutico della cannabis»;

DGRM 1105/2017 Piano Regionale Socio Sanitario 2010-2014 - DGR 289/15 - Revisione del fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale;

L.R n.7 del 1 aprile 2019 «Disposizioni per garantire una buona vita fino all’ultimo e l’accesso alle cure palliative nella Regione Marche»;

DGRM n. 1572 del 16 dicembre 2019 “Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie previste all’art. 7, comma 1, lettere a),b),c),d), e comma 2;

DGRM 938 del 20 luglio 2020 “Manuale di Autorizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliera e sociosanitaria requisiti specifici Anziani/fragilità, Adulti (Hospice – Malati HIV);

DGRM 662 del 24 maggio 2021, Emergenza Covid-19: linee di indirizzo per la continuità terapeutica tra territorio, ospedale e territorio nella Regione Marche nell’ambito delle cure territoriali. Sperimentazione di un modello operativo per la prescrizione, erogazione, somministrazione di farmaci a domicilio e in strutture residenziali extraospedaliere;

Decreto ARS n.10 del 5 luglio 2021 “ Modifica al Decreto n. 3/RAO del 22/03/2016 “Progetto Regionale Rete Cure Palliative. Aggiornamento Gruppo di coordinamento regionale della rete di cure palliative, ai sensi dell’Accordo Stato Regioni del 16 Dicembre 2010” relativamente alla composizione del Gruppo. Aggiornamento;

DGRM n. 1165 del 4 ottobre 2021 “Art.4 decreto Ministero della salute 30 giugno 2021, indicazioni operative per la certificazione dei requisiti di idoneità al fine di operare nelle reti pubbliche o private accreditate dedicate alle cure palliative”.

Gli atti ASUR in tema di Hospice/Cure palliative sono stati:

ASUR DG 916/16, tra le Reti Cliniche ASUR declina la «Rete del Dolore e delle Cure Palliative»

ASUR DG 471/18 «Rete delle cure palliative ASUR – Modalità funzionali ed organizzati.

ALLEGATO 3:

Principali problematiche della Rete Hospice/CP marchigiana

Le principali problematiche della Rete Hospice/CP marchigiana sono riassumibili in 5 punti:

1. una elevata mortalità ospedaliera
2. una metodologia proattiva poco applicata
3. lo sbilanciamento verso le cure palliative oncologiche
4. la necessità di formazione specifica del personale
5. una diversità di operatività territoriale e la necessità di integrazione tra pubblico e privato.

1. Una elevato tasso di mortalità in strutture per acuti, pubbliche o private convenzionate

Lo sviluppo delle RRCP e l'adozione di modelli organizzativi uniformi, sono obiettivi non ancora raggiunti da tutte le Regioni. Il Rapporto 2017 al Parlamento, sullo stato di attuazione della Legge n. 38/10, documenta come in Italia prevalga la mortalità in ospedale a testimonianza dell'insufficiente sviluppo delle alternative offerte dalle RRCP, soprattutto per quanto riguarda le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD), indicate dal DPCM 12 gennaio 2017 (LEA) come unità di offerta distinta dalla tradizionale ADI.

Di seguito è riportata l'analisi dei dati di mortalità nelle strutture per acuti marchigiane, relativa agli anni 2017, 2018, 2019 e 2020. Sono evidenti dati di mortalità alti in alcune strutture, indice dell'inappropriatezza degli accessi di pazienti in condizioni di terminalità presso strutture di ricovero per pazienti acuti e/o lungodegenti. I dati 2020 sono influenzati dalla mortalità per infezione da Covid19.

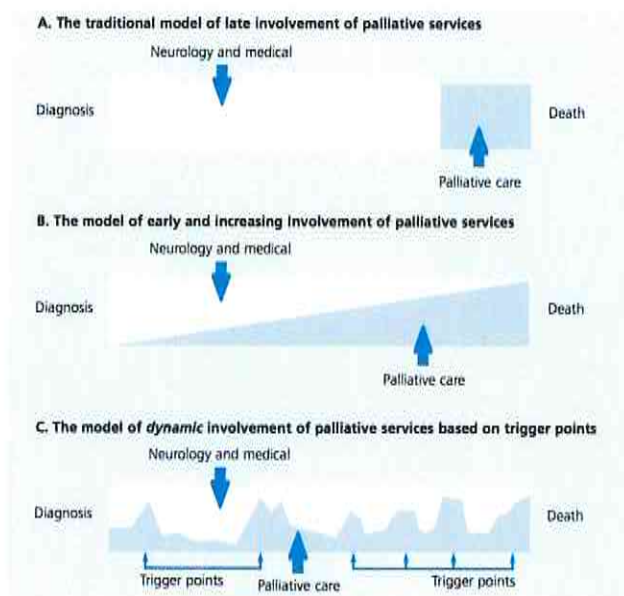
2. una metodologia proattiva poco applicata

I percorsi assistenziali di presa in carico del paziente con bisogni di CP mancano, molto spesso, di una metodologia "proattiva" con il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia. I servizi della RLCP si confrontano ogni giorno con la necessità di fornire risposte nuove e adeguate ai bisogni di una popolazione di malati sempre più anziani, in condizioni di cronicità avanzate e complesse, che sviluppano bisogni di CP. I medici e l'organizzazione, in ospedale e sul territorio, in molti casi, non sono ancora sufficientemente preparati a riconoscere ed affrontare per tempo questi bisogni e ad offrire un intervento precoce ed integrato, in grado di leggere la multidimensionalità dei bisogni sulla base non solo delle patologie che li provocano ma anche delle condizioni cliniche, dei problemi psicosociali e delle fragilità, promuovendo una medicina realistica nei suoi obiettivi che eviti trattamenti gravosi ed inefficaci.

Il documento di consenso intersocietario AIOM-SICP del 2015 "Cure Palliative precoci e simultanee" si pone l'obiettivo di individuare un percorso di cura tra oncologo, medico palliativista ed MMG integrato, capace di garantire l'appropriatezza del percorso di diagnosi e cura in tutte le fasi della malattia, contribuendo a migliorare la qualità di vita ed a facilitare l'eventuale passaggio del paziente verso la sola palliazione e le cure di fine vita.

Nel 2018 è uscito il documento intersocietario SICP-SIN "Le cure palliative nel malato neurologico" che auspica un approccio multidisciplinare e condiviso fra palliativisti e neurologi per affrontare adeguatamente situazioni complesse come quelle delle malattie

neurologiche croniche. Il documento auspica un modello di intervento dinamico in cui le CP possono essere introdotte negli snodi decisionali (figura sottostante):



3. lo sbilanciamento verso le CP oncologiche

Ancora troppo spesso le CP sono rivolte esclusivamente ai malati oncologici, di seguito sono riportate **le cause di ricovero negli Hospice ASUR dal 1 gennaio al 31 dicembre 2020** (721 ricoveri per patologie tumorali e 48 per altre patologie 6.7%).

4. La necessità di formazione specifica del personale:

L'offerta formativa per gli Operatori Sanitari di CP, sia relativamente alla formazione universitaria che al conseguimento dei crediti in Educazione Continua in Medicina (ECM) è ancora abbastanza disomogenea sul territorio nazionale. Nelle Marche non è stato attivato il master di formazione specifica. Solo recentemente è stata riconosciuta a livello nazionale la scuola di specializzazione post laurea in CP, non ancora attiva nelle Marche.

5. Una diversità di operatività territoriale e la necessità di integrazione tra pubblico e privato

L' ASUR DG 471/18 descrive una rete con realtà e risorse diverse nelle varie Aree Vaste, con la presenza di Associazioni diverse per statuto ed atto di convenzionamento.

Analisi dei dati di mortalità nelle strutture per acuti marchigiane, fatta negli anni 2017, 2018, 2019 e 2020 mostra dati di mortalità importanti in alcune strutture, indice dell'inappropriatezza degli accessi di pazienti in condizioni di terminalità presso strutture di ricovero per pazienti acuti e/o lungodegenti. I dati 2020 sono influenzati dalla mortalità per infezione da Covid19.

Prov	Struttura	2018			2017		
		Casi	Decessi	%	Casi	Decessi	%
ASUR AV1	Pergola	1.645	78	4,7%	1.606	85	5,3%
ASUR AV1	Urbino	9.468	366	3,9%	9.487	399	4,2%
ASUR AV1 TOTAL	Total	11.113	444	4,0%	11.093	484	4,4%
ASUR AV2	Cingoli	278	8	2,9%	251	13	5,2%
ASUR AV2	Fabriano	7.747	166	2,1%	7.053	206	2,9%
ASUR AV2	Jesi	12.886	555	4,3%	12.669	452	3,6%
ASUR AV2	Osimo	-	-	-	3.254	189	5,8%
ASUR AV2	Senigallia	9.897	438	4,4%	9.609	523	5,4%
ASUR AV2 TOTAL	Total	30.808	1.167	3,8%	32.836	1.383	4,2%
ASUR AV3	Camerino	2.847	139	4,9%	2.954	166	5,6%
ASUR AV3	Civitanova	8.981	239	2,7%	9.558	288	3,0%
ASUR AV3	Macerata	16.316	532	3,3%	16.035	557	3,5%
ASUR AV3	S.Severino	2.953	66	2,2%	2.877	80	2,8%
ASUR AV3 TOTAL	Total	31.097	976	3,1%	31.424	1.091	3,5%
ASUR AV4	Amandola	443	66	14,9%	519	84	16,2%
ASUR AV4	Fermo	13.204	446	3,4%	13.353	460	3,4%
ASUR AV4 TOTAL	Total	13.647	512	3,8%	13.872	544	3,9%
ASUR AV5	Ascoli Piceno	12.418	561	4,5%	12.388	501	4,0%
ASUR AV5	S.Benedetto	10.579	437	4,1%	10.157	355	3,5%
ASUR AV5	Total	22.997	998	4,3%	22.545	856	3,8%
ASUR TOTAL		109.662	4.097	3,7%	111.770	4.358	3,9%
AA.OO. Marche Nord	Fano	14.581	576	4,0%	14.736	551	3,7%
AA.OO. Marche Nord	SanSalvatore	17.286	529	3,1%	17.372	559	3,2%
AA.OO. Marche Nord	Total	31.867	1.105	3,5%	32.108	1.110	3,5%
AA.OO. Torrette	Salesi	13.003	15	0,1%	13.338	27	0,2%
AA.OO. Torrette	Torrette	35.023	739	2,1%	34.607	761	2,2%
AA.OO. Torrette	Total	48.026	754	1,6%	47.945	788	1,6%
INRCA	Inrca AN	5.405	478	8,8%	5.706	535	9,4%
INRCA	Inrca FE	816	121	14,8%	923	135	14,6%
INRCA	Inrca Osimo	2.517	164	6,5%	-	-	-
INRCA	Total	8.738	763	8,7%	6.629	670	10,1%
Aziende Ospedaliere	TOTAL	88.631	2.622	3,0%	86.682	2.568	3,0%
Strutture Private AV1	Cagli	303	2	0,7%	239	0	0,0%
Strutture Private AV1	Villa Montefeltro	444	0	0,0%	192	0	0,0%
Strutture Private AV1	Total	747	2	0,3%	431	0	0,0%

Strutture Private AV2	VillaAdria AN	367	1	0,3%	380	1	0,3%
Strutture Private AV2	Villalgea AN	5.596	1	0,0%	5.012	0	0,0%
Strutture Private AV2	VillaJolan. MS	203	0	0,0%	204	0	0,0%
Strutture Private AV2	VillaSerena J	859	37	4,3%	876	61	7,0%
Strutture Private AV2	VillaSilvia Sg	620	0	0,0%	557	0	0,0%
Strutture Private AV2	Total	7.645	39	0,5%	7.029	62	0,9%
Strutture Private AV3	DotMarc MC	242	72	29,8%	285	103	36,1%
Strutture Private AV3	S.Stefano	641	9	1,4%	663	7	1,1%
Strutture Private AV3	VillaPini CM	7.922	219	2,8%	8.136	187	2,3%
Strutture Private AV3	Total	8.805	300	3,4%	9.084	297	3,3%
Strutture Private AV4	VillaVerde FE	2.702	90	3,3%	2.780	89	3,2%
Strutture Private AV4	Total	2.702	90	3,3%	2.780	89	3,2%
Strutture Private AV5	S.Giuseppe AP	425	6	1,4%	404	5	1,2%
Strutture Private AV5	S.Stefano AP	341	0	0,0%	313	1	0,3%
Strutture Private AV5	StellaMaris SBT	3.271	57	1,7%	2.645	87	3,3%
Strutture Private AV5	VillaAnna SBT	4.164	44	1,1%	4.903	55	1,1%
Strutture Private AV5	VillaSMarco AP	2.477	45	1,8%	2.463	32	1,3%
Strutture Private AV5	Total	10.678	152	1,4%	10.728	180	1,7%
Strutture Private AV5		30.577	583	1,9%	30.052	628	2,1%
Total		228.870	7.302	3,2%	228.504	7.554	3,3%



		2020			2019		
AV	Struttura	Casi	Decessi	%	Casi	Decessi	%
AV1	Pergola	801	58	7,2%	1.231	73	5,9%
AV1	Urbino	7.594	406	5,3%	9.653	408	4,2%
AV1	Total	8.395	464	5,5%	10.884	481	4,4%
AV2	Chiaravalle	93	9	9,7%	-	-	-
AV2	Cingoli	200	17	8,5%	235	4	1,7%
AV2	Fabriano	5.846	220	3,8%	6.833	200	2,9%
AV2	Jesi	10.016	465	4,6%	12.779	504	3,9%
AV2	Senigallia	7.206	409	5,7%	10.413	452	4,3%
AV2	Total	23.361	1.120	4,8%	30.260	1.160	3,8%
AV3	Camerino	1.665	114	6,8%	2.942	159	5,4%
AV3	Civitanova	6.176	237	3,8%	8.928	236	2,6%
AV3	Macerata	15.651	511	3,3%	16.186	503	3,1%
AV3	S.Severino	2.451	117	4,8%	2.987	117	3,9%
AV3	Total	25.943	979	3,8%	31.043	1.015	3,3%
AV4	Amandola	431	87	20,2%	452	78	17,3%
AV4	Fermo	9.993	413	4,1%	13.014	419	3,2%
AV4	Total	10.424	500	4,8%	13.466	497	3,7%
AV5	Ascoli Piceno	9.326	357	3,8%	12.042	594	4,9%
AV5	S.Benedetto	3.297	145	4,4%	10.452	465	4,4%
AV5	Total	12.623	502	4,0%	22.494	1.059	4,7%

Total		80.746	3.565	4,4%	108.147	4.212	3,9%
AA.OO. Marche Nord	Fano	11.484	548	4,8%	14.246	579	4,1%
AA.OO. Marche Nord	SanSalvatore	11.252	819	7,3%	16.725	561	3,4%
AA.OO. Marche Nord	Total	22.736	1.367	6,0%	30.971	1.140	3,7%
AA.OO. Torrette	Salesi	9.039	18	0,2%	12.243	16	0,1%
AA.OO. Torrette	Torrette	28.029	777	2,8%	35.294	732	2,1%
AA.OO. Torrette	Total	37.068	795	2,1%	47.537	748	1,6%
INRCA	Inrca AN	3.725	455	12,2%	5.534	486	8,8%
INRCA	Inrca FE	433	65	15,0%	885	105	11,9%
INRCA	Inrca Osimo	1.789	115	6,4%	2.434	213	8,8%
INRCA	Total	5.947	635	10,7%	8.853	804	9,1%
Total		65.751	2.797	4,3%	87.361	2.692	3,1%
AV1	Cagli	263	15	5,7%	343	8	2,3%
AV1	Villa Montefeltro	577	0	0,0%	559	0	0,0%
AV1	Total	840	15	1,8%	902	8	0,9%
AV2	VillaAdria AN	302	10	3,3%	330	5	1,5%
AV2	VillaIgea AN	5.784	4	0,1%	5.577	4	0,1%
AV2	VillaJolan. MS	128	0	0,0%	203	0	0,0%
AV2	VillaSerena J	910	43	4,7%	818	26	3,2%
AV2	VillaSilvia Sg	541	0	0,0%	657	0	0,0%
AV2	Total	7.665	57	0,7%	7.585	35	0,5%
AV3	DotMarc MC	172	53	30,8%	231	73	31,6%
AV3	S.Stefano	591	7	1,2%	677	5	0,7%
AV3	VillaPini CM	6.304	195	3,1%	7.208	219	3,0%
AV3	Total	7.067	255	3,6%	8.116	297	3,7%
AV4	VillaVerde FE	2.347	145	6,2%	2.581	95	3,7%
AV4	Total	2.347	145	6,2%	2.581	95	3,7%
AV5	S.Giuseppe AP	332	5	1,5%	413	2	0,5%
AV5	S.Stefano AP	313	0	0,0%	366	1	0,3%
AV5	StellaMaris SBT	2.873	91	3,2%	3.471	51	1,5%
AV5	VillaAnna SBT	3.532	56	1,6%	3.979	40	1,0%
AV5	VillaSMarco AP	2.280	62	2,7%	2.485	42	1,7%
AV5	Total	9.330	214	2,3%	10.714	136	1,3%
Total		27.249	686	2,5%	29.898	571	1,9%
		173.746	7.048	4,1%	225.406	7.475	3,3%

I costi:

Tariffa per giornata di degenza in lungodegenza presso la Clinica Marchetti (MC):154 Euro

Costo medio per giornata di degenza in Area Medica, presso strutture ospedaliere ASUR: 347 Euro

Costo medio per giornata di degenza presso strutture hospice ASUR varia in base all'utilizzo dei PL tra i 260 ai 400 Euro, con una media di circa 300 Euro di degenza media.

Ancora troppo spesso le Cure palliative sono rivolte esclusivamente ai malati oncologici: di seguito **le cause di ricovero negli Hospice ASUR dal 1 gennaio al 31 dicembre 2020** (721 ricoveri per patologie tumorali e 48 per altre patologie 6.7%):

- 1, "Tumori maligni di altre e non specificate parti della bocca"
- 2, "Tumori maligni dell'orofaringe"
- 2, "Tumori maligni della rinofaringe"
- 1, "Tumori maligni della dell'ipofaringe"
- 5, "Tumore maligno dell'esofago"
- 52, "Tumore maligno dello stomaco"
- 5, "Tumori maligni dell'intestino tenue, compreso il duodeno"
- 76, "Tumore maligno del colon"
- 15, "Tumore maligno del retto, della giunzione retto-sigma, e ano"
- 28, "Tumore maligno del fegato e dotti biliari intraepatici"
- 15, "Tumori maligni della colecisti e vie biliari extraepatiche"
- 69, "Tumore maligno del pancreas"
- 5, "Tumori maligni del retroperitoneo e del peritoneo"
- 2, "Tumori maligni di altri e mal definiti siti all'interno degli organi digestivi e del peritoneo"
- 9, "Tumori maligni della laringe"
- 125, "Neoplasia maligna di trachea, bronchi e polmoni"
- 7, "Neoplasia maligna della pleura"
- 1, "Tumore maligno dell'osso e della cartilagine articolare"
- 3, "Tumori maligni del connettivo e di altri tessuti molli"
- 12, "Melanoma maligno della pelle"
- 2, "Altro tumore maligno della pelle"
- 24, "Tumore maligno del seno femminile"
- 2, "Sarcoma di Kaposi"
- 6, "Tumori maligni dell'utero, parte non specificata"
- 4, "Tumori maligni della cervice uterina"
- 10, "Tumori maligni del corpo dell'utero"
- 21, "Tumori maligni di ovaie e altri annessi uterini"
- 5, "Tumori maligni di altri e non specificati organi genitali femminili"
- 36, "Tumori maligni della prostata"
- 2, "Tumori maligni degli organi genitali maschili del pene e altri"
- 32, "Tumori maligni della vescica"
- 27, "Tumori maligni del rene e di altri e non specificati organi urinari"
- 41, "Tumore maligno del cervello"
- 4, "Tumori maligni della tiroide"
- 3, "Tumori maligni di altri e mal definiti siti"
- 5, "Tumore maligno secondario e non specificato dei linfonodi"
- 1, "Tumore maligno secondario del sistema respiratorio e digestivo"
- 5, "Tumori maligni senza specificazione del sito"
- 9, "Linfosarcoma, I reticulosarcoma e altri tumori maligni specifici di tessuto linfatico"
- 1, "Morbo di Hodgkin"
- 7, "Altri tumori maligni del tessuto linfatico ed istiocitario"
- 11, "Mieloma multiplo e neoplasie immunoproliferative"
- 1, "Leucemia linfoide"

- 7, "Leucemia mieloide"
- 1, "Altra leucemia specificata"
- 2, "Leucemia di tipo cellulare non specificato"
- 3, "Tumori neuroendocrini"
- 1, "Leiomioma uterino"
- 1, "Carcinoma in situ di organi digestivi"
- 10, "Carcinoma in situ della mammella e sistema genitourinario"
- 1, "Carcinoma in situ di altre e non specificate sedi"
- 1, "Neoplasie di natura non specificata"
- 1, "Diabete mellito"
- 1, "Difetti della coagulazione"
- 2, "Demenze"
- 5, "Altre psicosi non organiche"
- 1, "Malattia di Parkinson"
- 4, "Malattia delle cellule del corno anteriore"
- 6, "La sclerosi multipla"
- 1, "Altre malattie demielinizzanti del sistema nervoso centrale"
- 1, "Paralisi cerebrale infantile"
- 1, "Neuropatie infiammatorie e tossiche"
- 1, "Vecchio infarto miocardico"
- 2, "Insufficienza cardiaca"
- 3, "Emorragia intracerebrale"
- 1, "Occlusione delle arterie cerebrali"
- 1, "Acuta, ma mal definita, malattia cerebrovascolare"
- 4, "Altra e mal definita malattia cerebrovascolare"
- 1, "Aterosclerosi"
- 1, "Embolia arteriosa e trombosi"
- 1, "Bronchite cronica"
- 2, "Polmonite a causa di solidi e liquidi"
- 1, "Fibrosi polmonare postinfiammatoria"
- 1, "Altre malattie del polmone"
- 1, "Altre malattie del sistema respiratorio"
- 2, "Malattia epatica cronica e cirrosi"
- 1, "Malattie del pene"
- 1, "Ulcera cronica della pelle"
- 1, "Altri disturbi di ossa e cartilagine"
- 1, "Sintomi che coinvolgono le vie respiratorie e altri sintomi toracici"

6,7%

ALLEGATO 4

Il testo contenuto nel PNRR relativo agli investimenti territoriali

Per ciascuno dei 3 “investimenti” riportiamo parte del testo contenuto nel PNRR:

1. Casa della Comunità

Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità deve essere la casa delle cure primarie e lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. La Casa della Comunità è una struttura fisica in cui deve operare un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute, compresi gli assistenti sociali, ed in cui è presente il punto unico di accesso (PUA) alle prestazioni sanitarie. È finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la presa in carico della comunità di riferimento. L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove.

2. Casa come primo luogo di cura: Assistenza Domiciliare

L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare a persone con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. L'obiettivo di raggiungere il 10 per cento riguarda ogni regione italiana, nella consapevolezza che la situazione di partenza è molto differenziata e attualmente tale standard è raggiunto solo in quattro 4 regioni. La presa in carico del paziente si realizza attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura dell'assistito, definisce i livelli di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata. L'investimento mira a:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

3. Sviluppo delle cure intermedie

L'investimento mira ad attivare l'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, di norma dotato di 20 posti letto (con un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, tale da contribuire a una maggiore appropriatezza delle cure e determinare una sostanziale riduzione di accessi impropri ad altre prestazioni (come quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero).

L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari, consentendo alle famiglie e alle strutture di assistenza di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura delle persone assistite. L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di circa 380 Ospedali di Comunità.

La struttura organizzativa naturale delle tre linee di investimento sopra riportate è il Distretto, come disegnato dalla legge 299/99, dotato di una autonomia gestionale, baricentro e motore per l'assistenza territoriale, e da cui dipendono strutture e professionisti sanitari, compresi i Medici di Medicina Generale, e i professionisti sociali, al fine di promuovere e incentivare il lavoro in equipe multiprofessionali.

Riportiamo integralmente dal PNRR: Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice. I servizi della rete garantiscono cure e assistenza a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico, evolutivo e a prognosi infausta per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Standard:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Hospice con almeno 10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

La legge n. 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito il modello di sviluppo delle reti di cure palliative in termini di accreditamento delle strutture e delle reti, di attuazione, gestione e coordinamento dei percorsi assistenziali integrati e riconoscimento delle competenze professionali. Le cure palliative sono state caratterizzate con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale e, in ambito domiciliare, differenziandole dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche Unità di offerta. Nell'ambito della cornice normativa ed in considerazione delle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali appare sempre più necessario implementare e rafforzare l'approccio alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale.

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi livelli assistenziali in un territorio, alla quale corrispondono le seguenti funzioni:

- coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria;
- definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico, favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
- raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
- attiva percorsi formativi aziendali specifici;
- partecipa a iniziative di Ricerca.

La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

- nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso un servizio specialistico di Medicina e Cure palliative che eroga consulenza al letto del paziente, attivazione dei percorsi di cure palliative, attività in ambito specialistico ambulatoriale e ricovero in regime diurno;
- a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale (Unità di Cure Palliative - UCP), a supporto del medico di medicina generale, ogni 100.000 abitanti, per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale équipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con le équipe dell'assistenza domiciliare integrata;
- all'interno di strutture di ricovero dedicate, l'Hospice, con almeno 10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Questi servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo

ALLEGATO 5

Perché è necessario abbandonare il modello di sanità ospedalocentrica: invecchiamento e cronicità

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione sta comportando una crescita esponenziale di soggetti malati cronici e un progressivo allungamento dell'aspettativa di vita in condizioni di cronicità e disabilità. La popolazione dei Paesi ad economia più sviluppata segue un trend di progressivo aumento dell'età media. Si stima che, nel 2050, si verificherà il raddoppio della popolazione over-60, dall'11% al 22% della popolazione totale. Il numero di adulti con più di 65 anni diverrà maggiore di quello dei bambini con età inferiore ai 5, e gli anziani con più di 80 anni arriveranno a quadruplicare. I paesi in via di sviluppo saranno quelli che osserveranno più evidentemente il cambio demografico, ma è nei paesi industrializzati che la fascia d'età over-80 anni subirà un record di tendenza. Da questo punto di vista l'Italia rappresenta uno dei Paesi con più anziani del mondo, la popolazione over-65 rappresenta il 21,2% della popolazione, contro una media europea del 18,2%, e quella degli ultraottantenni è il 6,3% (Dati ISTAT). Parallelamente all'invecchiamento della popolazione si è verificato un cambiamento delle patologie prevalenti. Se nei secoli scorsi, la maggior parte delle persone moriva a causa di infezioni e patologie acute, oggi sono le patologie cronicamente degenerative al primo posto.

Le patologie cronicamente degenerative sono responsabili di circa il 70% delle spese sanitarie nella popolazione generale e la loro prevalenza è in continua ascesa. La frequente comorbidità aumenta il rischio di disabilità, di isolamento, il grado di dipendenza e, di conseguenza, dei bisogni assistenziali della persona, provocando un continuo e progressivo carico assistenziale da parte delle famiglie e della società. Se da una parte l'aumento dell'età media di vita risulta un traguardo per la medicina e la ricerca scientifica, dall'altra rende necessario aumentare l'offerta di cure e assistenza agli anziani, investendo in questa tipologia di spese sanitarie. Per affrontare le esigenze della popolazione è necessario attivare approcci tecnico-organizzativi in ambito sociale e sanitario che rispondano alle richieste di salute, evitando l'ospedalizzazione e privilegiando interventi sul territorio, volti alla prevenzione, alla riabilitazione, al sostegno sociale dell'anziano e della persona fragile e della sua famiglia. Vecchiaia elevata, comorbidità, patologie cronicamente degenerative rendono necessario prevedere trattamenti di gestione della sintomatologia e della sofferenza anche senza prospettiva terapeutica di guarigione ma con l'obiettivo del miglioramento della qualità di vita.

Precedentemente alla pandemia da Covid 19, con il DM 70/2015 e con la Legge di Stabilità 2016 sono stati individuati su tutto il territorio nazionale i nuovi standard qualitativi, tecnologici e quantitativi al fine di portare le reti ospedaliere all'interno di omogenei parametri di sicurezza, efficacia di cura ed efficienza gestionale. Contestualmente, è stato riconosciuto che la riorganizzazione delle reti ospedaliere, necessaria per garantire i predetti standard nella gestione delle malattie tempo dipendenti, non poteva essere sufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei mutati bisogni assistenziali (ad esempio l'aumento della cronicità) in una logica di maggiore integrazione/interazione funzionale tra le strutture ospedaliere e quelle territoriali.

ALLEGATO 6

Dati di attività delle degenze Hospice ASUR Marche

Di seguito vengono riportati i dati di attività Hospice ASUR Marche: numero ricoveri e numeri giornate di degenza negli anni 2017, 2018, 2019 e 2020.

Dati di attività Hospice ASUR Marche:

Numero Giornate di degenza

ANNO	Hospice MC	Hospice S severino	Hospice Fossombrone	Hospice Chiaravalle	Hospice Loreto	Hospice Fabriano	Hospice Monte granaro	Hospice Offida	Hospice S Benedetto
PL	8	12	10	10	8	8	10	3	8
2017	2021	4412	2866	2463	1993	1649	/	40	/
2018	2466	3348	2957	2298	2146	1708	2213	333	/
2019	2225	3640	2826	1945	1719	1618	2291	/	7
2020	1617	2626	2284	1280	1792	1030	929	/	1357
2021	3040	1719	2780		1429	935	1109	/	1892

Numero Ricoveri

ANNO	Hospice MC	Hospice S Severino	Hospice Fossombrone	Hospice Chiaravalle	Hospice Loreto	Hospice Fabriano	Hospice Monte granaro	Hospice Offida	Hospice S Benedetto
PL	8	12	10	10	8	8	10	3	8
2017	140	122	203	140	110	90	139	5	/
2018	123	126	224	129	122	102	141	11	/
2019	189	113	220	123	131	105	162	/	3
2020	109	112	192	77	118	76	97	/	65
2021	153	81	182	54	127	78	113	/	97

*I dati di attività dell'Hospice di San Benedetto non sono disponibili sul flusso Hospice ASUR, ma vengono inviati dall'AV5 direttamente in Regione.

Nell'analisi dei dati di attività 2020 si deve considerare che l'emergenza sanitaria creata dalla pandemia da SARS-Cov2 ha imposto la chiusura di alcune degenze hospice.

L'hospice di Macerata è stato chiuso dal 28 marzo al 4 giugno 2020. I locali precedentemente occupati dall'hospice, presso la palazzina staccata dell'ospedale di Macerata sono stati adibiti a degenza per pazienti COVID positivi ed il personale infermieristico utilizzato per l'area di degenza per pazienti COVID positivi. Questo periodo di chiusura ha comportato la riduzione del numero di pazienti ricoverati, numero tuttavia compensato dal maggior numero di pazienti seguiti in cure palliative domiciliari. Dal 5 giugno al dicembre 2021 l'area di degenza hospice è stata riaperta presso i locali di Montecassiano. Oggi l'hospice è presso il Presidio ospedaliero Unico di AV3, sede di macerata. La stessa situazione emergenziale data dalla pandemia ha determinato la chiusura dell'hospice di San Severino dal 13 novembre ai primi mesi 2021, quindi i dati di San Severino sono riferiti al periodo dal 1 gennaio al 12 novembre 2020. Anche l'hospice di Chiaravalle è stato chiuso sia da marzo a giugno 2020 che durante la seconda ondata pandemica nell'autunno 2021, così come l'hospice di Fabriano perché i PL sono stati utilizzati per la degenza dei pazienti Covid positivi post acuti.

ALLEGATO 7

LEGENDA

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AOUOORRAN	Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona
CP	Cure Palliative
IAHPC	International Association for Hospice e Palliative Care
LEA	Livelli Essenziali Assistenza
MMG	Medici Medicina Generale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PAI	Piano Assistenziale Integrato
PL	Posti letto
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PNRR	Piano nazionale Ripresa e Resilienza
RLCP	Rete Locale Cure palliative
RP	Residenza Protetta
RRCP	Rete Regionale Cure Palliative
RSA	Residenza Sanitaria Assistita
WHO	World Health Organization

ALLEGATO 8

BIBLIOGRAFIA

ARIES P., Essais sur l'histoire de la mort en occident du moyen age a'nos jours, editions su Seuil, Paris, 1975. Tr.it, Storia della morte in occidente, Rizzoli, Milano, 1978.

Badon P., Z. A. (maggio 2002). La gestione del dolore. Seminario sul dolore. Feltre.
Biasco et al, Cure palliative precoci e simultanee. J Pall Med 2013.

Bertolissi S, Miccinesi G, Giusti F. Come si muore in Italia. Storia e risultati dello studio senti-MELC. Rivista SIMG 2012; 2:17-34.

Bonetti, C. e al. (2012, 01). Farmaci adiuvanti nella terapia del dolore. Tratto da Pain Nursing Magazine: www.painnursing.it.

CAMPIONE F., PALMIERI M., Dialoghi sulla morte, Cappelli, Milano, 1982.

Christensen K. et al. "Ageing populations: the challenges ahead" Lancet 374:1196-1208.

Ciampi de Andrade D., e al. (2011). The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient. Arw Neuropsichiatria, 69 (2-B).

Documento di consenso intersocietario AIOM-SICP del 2015 "Cure Palliative precoci e simultanee".

Documento intersocietario SICP-SIN del 2018 "Le cure palliative nel malato neurologico".

Florio M., B. F. (n° 3 maggio-giugno 2011). Il dolore nell'anziano con demenza grave: la scheda Noppain a confronto con la valutazione tradizionale. Tratto da L'infermiere online.

Geroldi, C. (3/2000). La valutazione del dolore nei pazienti dementi. Nursing Oggi Geriatria .

Guerzoni, P. e al. La valutazione del dolore nelle strutture residenziali. VI Congresso Nazionale AGE. Parma.

Guglielmi, L. (2005). La valutazione del dolore in RSA. Gruppo di ricerca geriatrica.

IASP. (1979). A List with definitions and notes on usage recommended by the IASP Subcommiteon Taxonomy. Pain , 6-249-52.

IPASVI, (2012, 12 01). www.ipasvi.it - Un anziano su due soffre di dolore cronico e uno su dieci ha bisogno di assistenza costante.

Lucchi, C. (2001). L'infermiere e le cure palliative. Nursing Oggi , 70-73.

MICCINESI G., CARACENI A., GARETTO F., ZANIETTA G., MALTONI M. in " Il sentiero di Cicely Saunders: la bellezza delle cure palliative", Ricp, a. XIX, vol.1, Primavera 2017, Riflessioni.

Miller S.C., G. P. (2001). Hospice enrolment and hospitalitation of dying nursing home patients. Am J Med , 111: 38-44.

Ministero della Salute (2006) Cure palliative rivolte al neonato, bambino e adolescente. Roma

Monti M., e. a. (2011). Anziani, residenze sanitarie assistenziali e cure palliative. La rivista italiana di cure palliative , n°3-2011 Vol. 13.

Monti M., e. a. (2006). Prevalenza del dolore cronico in anziani istituzionalizzati in residenza sanitaria assistenziale. La Rivista italiana di Cure palliative , num. 2.

Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (università Cattolica) 2016
<https://www.osservatoriosullasalute.it/>

PALUMBO. M., Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare, Franco Angeli, Milano, 2001.

Panza, N. (1999). Il dolore post operatorio: fisiopatologia e trattamento. Urologia Pratica, 113-123.

Prandi, C. (2000). Gli strumenti di misura - Il teorema dolore. Aggiornamenti professionali n°5/2000, L'Infermiere.

Programma Nazionale di Ripresa e resilienza (Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel sistema sanitario Nazionale.

Rapporto 2017 al Parlamento, sullo stato di attuazione della Legge n. 38/10.

Regnard C.F.B., T. S. (1992). Manuale di medicina palliativa. CIS editore.

Romanò M., e. a. (2006). Le cure palliative nel trattamento dell'insufficienza cardiaca avanzata. La Rivista italiana di cure palliative , num. 4.

Rudkin G.E., e. a. (1991). Intra-operative patient controlled sedation. Anesthesia , 46:90-92.

Sarmento V.P et al. "Past trends and projections of hospital deaths to inform the integration of palliative care in one of the most ageing countries in the world' Palliative Medicine 2016;30:363-373.

Salveti A. Le cure simultanee nell'end stage disease, workshop Il portale dell'audit di AFT: aggiornamento e programmazione dei lavori. Firenze, 5 maggio 2018.

SIAARTI. (2006). Linee guida SIAARTI. Minerva Anestesiologica , 72:927-963.

ISCP (ottobre 2007). Raccomandazioni della SICP sulla sedazione terminale/sedazione palliativa.

SICP, Il Core Curriculum in cure palliative. Il Core Curriculum dell'assistente sociale in cure palliative, 2013.

SICP, SIMG, Il core curriculum in cure palliative. Il Core Curriculum del Medico di Medicina Generale per le cure palliative di "base" e il Core Curriculum del Medico di Medicina Generale con "particolare interesse" per le Cure Palliative, 2013.

SICP, Commissione assistenti sociali società italiana cure palliative, Documento di raccomandazioni. L'apporto dell'Assistente Sociale nella valutazione multidisciplinare in cure palliative, 2016.

Smith T.J., Hillner B.E. bending the cost curve in cancer care. N.E.J. of M. 2011;364; 2060-65.

Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al., Early Palliative Care for patient with Metastatic Non-Small- Cell Lung cancer HEJ of Medicine 2010.

Tudini M., C. M. (2012, gennaio). Approccio al paziente con dolore cronico. Tratto da www.painnursing.it.

Valle, A. (2006). Argomenti di approfondimento in cure palliative. Cuneo - 2006.

Venturiero, V. (2000). Cure palliative nel paziente anziano terminale. Giorn. Gerontol., 222-246.

WHO. (2004). Migliori cure palliative per le persone anziane. (S. E. Davis e I. J. Higginson)

ALLEGATO 9

Componenti del Tavolo Tecnico Rete Cure Palliative ASUR, aggiornato con note del Direttore Generale ASUR e del Direttore Sanitario ASUR n. 19597 del 28/05/2021 e n. 22207 del 18/06/2021

Nome e cognome	AV	
Giovanna Diotallevi	ASUR	Dirigente del Servizio Professioni Sanitarie – area della riabilitazione
Carlo Alberto Brunori	AV1	Responsabile UOSD Cure Palliative Hospice
Elisabetta Esposto	AV1	Direttore di Distretto Pesaro
Luciano Giuliodori	AV2	Responsabile UOSD Continuità Assistenziale Oncologica Domiciliare ed Hospice
Lucia Mannello	AV2	Responsabile UOS ADI Distretto Ancona
Maria Paola Gava	AV3	Coordinatrice infermieristica Hospice/Cure palliative/ Terapia del dolore - Macerata
Sergio Giorgetti	AV3	Responsabile UOSD Hospice San Severino
Maria Rita Mazzocanti	ASUR- AV3	Direttore UOC Cure Anziani/Hospice Macerata Coordinatore del Tavolo Tecnico Rete Cure palliative ASUR
Nadia Mosca	AV3	Direttore UOC Ospedale Territorio AV3
Diego Illuminati	AV4	Dirigente medico, UOC Cure Adulti Anziani
Laura Mariani	AV4	Coordinatrice infermieristica Hospice Montegranaro
Romeo Bascioni	AV5	Responsabile UOS Cure Palliative/Hospice San Benedetto
Lucia Mielli	AV5	Coordinatore infermieristico Hospice UCPD AV5/Posizione Organizzativa
Hanno partecipato ai lavori:		
- il dr. Giampiero Di Serafino, Direttore UOC Terapia del Dolore e coordinatore della rete ASUR terapia del Dolore; - la dr.ssa Rita d'Urso, dirigente medico UOSD Cure Palliative Hospice AV1, Coordinatore Regionale SICP marche		