

## Rete Cure Palliative

### Piano di Rete 2022-2025

Il presente Piano di Rete<sup>1</sup> rappresenta la proposta di indirizzo e programmazione, tenendo conto delle criticità rilevate e delle proposte di miglioramento necessarie, con la quale la Rete per le Cure Palliative intende declinare nel contesto territoriale regionale gli interventi individuati.

Nella sua stesura sono state considerate le dinamiche di sviluppo organizzativo e di integrazione professionale in coerenza con i mandati istituzionali nazionali e regionali e delle *best practice*.

<b>1. STRUTTURA DI BASE</b>	
<b>ATTI COSTITUTIVI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– L. 15/3/2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”</li> <li>– Accordo CSR del 16 dicembre 2010: “Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell’ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore”,</li> <li>– Intesa CSR del 25 luglio 2012: “Documento sui requisiti minimi e le 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”</li> <li>– L.R. 14/7/2011, n. 10 “Interventi per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”</li> <li>– Decreto del Ministero della salute 28 marzo 2013 “Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti”.</li> <li>– DGR 11/4/2013 n 650 “Autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali sanitarie assistenziali (RSA) e Hospice. approvazione definitiva requisiti e procedura”.</li> <li>– Accordo CSR 10 luglio 2014: individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore”</li> <li>– L.R. 17/2014 Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria</li> <li>– DGR 30/12/2014 n 2673 LR 17/2014, art 18, comma 3 e art 27 comma 5: approvazione definitiva degli standard</li> </ul>

<sup>1</sup> Piano di Rete - Modello di gestione per le reti cliniche di patologia Det. ARCS n. 502 del 29/07/2022

	<p>dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intesa CSR 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie.</li> <li>- Decreto del Ministero della salute 2/4/2015 n 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.</li> <li>- Decreto del Ministero della salute 4/6/2015 Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425.</li> </ul>
MANDATO della RETE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- definire indirizzi e raccomandazioni per conseguire, nell'intero territorio regionale, livelli uniformi di erogazione delle Cure Palliative;</li> <li>- fornire i supporti tecnici e formativi per il personale dipendente e convenzionato impegnato stabilmente, o prevalentemente, nelle Cure Palliative;</li> <li>- offrire consulenza metodologica alle aziende sanitarie per la stesura e realizzazione di programmi di Cure Palliative;</li> <li>- valutare e monitorare lo stato di attuazione delle reti locali in base alle indicazioni regionali per lo sviluppo delle Cure Palliative sull'intero territorio regionale, dandone adeguata informazione;</li> <li>- definire gli indicatori quali/quantitativi di cure palliative, al fine di supportare tecnicamente la programmazione regionale in materia;</li> <li>- sviluppare e monitorare il sistema informativo regionale in materia di Cure Palliative;</li> <li>- promuovere e monitorare le attività di ricerca in materia di Cure Palliative;</li> <li>- trasmettere annualmente alla cabina di regia ARCS, coerentemente al "Modello di gestione delle Reti Cliniche", una relazione analitica di descrizione sull'esito della gestione dei servizi nonché sui programmi e sulle iniziative inerenti le Cure Palliative a livello regionale e presso strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private accreditate.</li> </ul>
STRUTTURE PRESENTI SUL TERRITORIO	<p>Le reti di Cure Palliative operano attraverso tre setting di cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- strutture sanitarie residenziali (Hospice);</li> <li>- a livello ambulatoriale</li> <li>- a livello domiciliare</li> </ul>
TECNOLOGIE in AMBITO DIAGNOSTICO	Utilizzo ecografi portatili di nuova generazione ( <i>bedside</i> )

TECNOLOGIE in AMBITO TERAPEUTICO	- Utilizzo ecografi portatili di nuova generazione ( <i>bedside</i> ) - Posizionamento accessi vascolari a domicilio
POPOLAZIONE (fascie di età, patologia)	I sistemi attualmente in uso e le modalità di raccolta non permettono una evidenza del dato riferito alla prevalenza ed all'incidenza sulla popolazione
INCIDENZA	
<b>PREVALENZA – STIMATA- Dati ISTAT</b>	<p>La stima del numero di pazienti con bisogni di CP che possiamo ricavare per la Regione FVG (1.201.510 abitanti secondo i dati ISTAT 2021) sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>prevalenza dei pazienti con bisogni di CP (escludendo l'età pediatrica):</b> tra i 10.609 e i 14.852 abitanti (1-1,4% della popolazione dai 15 anni di età, corrispondente a 1.060.884 abitanti – dati ISTAT 2021);</li> <li>• <b>incidenza dei pazienti con bisogni di CP nel loro ultimo periodo di vita (escludendo l'età pediatrica):</b> 8031, il 75% circa del totale dei decessi avvenuti in Friuli nel 2019 nella popolazione dai 15 anni in avanti (10.708, di cui 3072 dovuti a tumore).</li> <li>• considerando che il bisogno di CP specialistiche (presa in carico a casa e/o in hospice + attività consulenziale nell'ambito dei diversi setting della Rete di Cure Palliative) viene stimato in circa il 35%-45% del bisogno totale (5), nella Regione FVG la prevalenza di questa tipologia di bisogno è di circa 4.456 – 5729 pazienti, mentre l'incidenza è di circa 2811 - 3614 pazienti che ogni anno muoiono con bisogni di CP specialistiche<sup>2</sup>.</li> </ul>
<b>ALTRI DATI DI ATTIVITA'</b>	
<b>2. MECCANISMI OPERATIVI</b>	
(Modelli di presa in carico)	La rete locale delle cure palliative è costituita da un'aggregazione

- <sup>2</sup> Peruselli C., Manfredini L. et al "Il bisogno di cure palliative" Riv. It. Cure Palliative 2019;21:67- 74 2
- Dzingina M.D., Higginson I. "Public Health and Palliative Care 2015" Clin. Geriatr. Med. 2015;31:253-63
  - Gomez-Batiste X. e Connors S. "Building Integrated palliative care programs and services" 2017 <http://kehpc.org/wp-content/uploads/Gómez-Batiste-X-ConnorS-Eds.-Building-Integrated-Palliative-Care-Programsand-Services.-2017-b.pdf>
  - WPCA-WHO 2014 Global Atlas of Palliative care at the end of life. [www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)
  - Morin L, Aubry R, Frova L, et al. Estimating the need for palliative care at the population level: a cross-national study in 12 countries. Palliat Med 2017; 31: 526-36.
  - WPCA-WHO 2020 Global Atlas of Palliative Care <http://www.thewhpc.org/resources/globalatlas-on-end-of-life-care>
  - Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, et al. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-base estimates. Palliat Med 2014; 28: 49- 58.
  - Gomez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-orientated, population-based, public health approach. Curr Opin Support Palliat Care 2012; 12: 371-8.

	<p>funzionale ed integrata dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali che erogano attività di cure palliative nei diversi setting assistenziali (Domicilio, Hospice, Strutture Socio-Sanitarie e Ospedale ) in ciascuna Azienda per l'assistenza sanitaria (per ASFO riferimento al DDG n.636 del 29/09/2017).</p> <p>Il coordinamento della rete locale è affidato, ai sensi dell'art 19 comma 14 della legge regionale n 17/2017 al servizio di coordinamento della rete delle cure palliative, relativamente all'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, domiciliare e residenziale, a valenza sovra distrettuale.</p> <p>La rete delle cure palliative nella Regione Friuli Venezia Giulia garantisce in modo uniforme in ciascun ambito territoriale i seguenti livelli assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•assistenza residenziale in Hospice</li> <li>•assistenza a ciclo diurno in Day hospice</li> <li>•assistenza domiciliare: interventi di base e di equipe specialistiche multidisciplinari</li> <li>•assistenza ospedaliera in regime ambulatoriale e di consulenza nei reparti di degenza</li> </ul>		
<p>(Modelli di presa in carico) <b>CENTRI DI RIFERIMENTO</b></p>	ASUFC		Cure palliative domiciliari e Hospice (7 Posti letto Ambulatorio Cure Simultanee Consulenze ospedaliere Hospice di Latisana ( 7 posti letto)
	ASFO	Hospice San Vito	Cure palliative domiciliari e Hospice (10 10 Posti letto) Consulenze ospedaliere
		Hospice Via di Natale	Hospice (10 posti letto convenzionati e 2 non convenzionati)
	IRCCS CRO	Aviano	Ambulatorio Cure simultanee e palliative
	ASUGI	Trieste	Cure Palliative domiciliari e Hospice (convenzionato 20 posti letto) Ambulatorio cure palliative Ambulatorio cure precoci Consulenze ospedaliere
		Gorizia	Cure Palliative domiciliari Consulenze ospedaliere Cure palliative simultanee ospedaliere e domiciliari Ambulatorio cure simultanee
		Monfalcone	Cure Palliative domiciliari Posti letto Hospice ( locati in RSA) Consulenze ospedaliere Ambulatorio cure simultanee Cure palliative simultanee ospedaliere e domiciliari



<p>(Modelli di presa in carico) <b>INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</b></p>	<p>Presso ciascuna Azienda per l'assistenza sanitaria è costituito il Servizio di coordinamento della rete delle cure palliative quale articolazione organizzativa definita nell'ambito dell'Atto Aziendale e ne è attribuita la direzione ad un medico con esperienza nel campo delle cure palliative, certificata con le modalità previste dal Decreto del Ministero della salute 4/6/2015 ovvero in possesso della specializzazione di cui al Decreto del Ministero della salute del 28 marzo 2013. Per ASFO il riferimento è il DDG n.636 del 29/09/2017. La rete degli altri centri .</p> <p>Il servizio di coordinamento rete delle cure palliative, previsto dall'art. 19 comma 14 lettera i della LR 17/2014, ha il compito di assicurare la necessaria continuità terapeutica attraverso il coordinamento e l'integrazione dei diversi livelli assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) nei vari setting di cura (domicilio, Hospice, ospedale).</p> <p>Per i servizi specialistici di cure palliative l'obiettivo più importante è quello di integrarsi con gli altri servizi sanitari e concentrarsi sui pazienti con i bisogni più complessi, sviluppare interventi modulati nel tempo e nell'intensità, intervenire in fase precoce cercando di comprendere meglio le preferenze dei pazienti per attivare una pianificazione anticipata delle cure. Questi modelli organizzativi prevedono che sia la complessità dei bisogni, e non più soltanto la prognosi, il nuovo paradigma per definire l'appropriatezza dell'intervento delle équipe specialistiche di cure palliative. A livello nazionale e internazionale è ormai concorde l'indicazione relativa a tre livelli di complessità, cui corrispondono differenti ruoli e responsabilità per le Unità di CP specialistiche e diversi livelli di erogazione dei servizi.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bassa complessità (cure palliative di 1° livello): caratterizza malati con bisogni di CP a minore complessità (ad es. in fase precoce di malattia e/o con un discreto livello di stabilità clinica). Per questi malati non è solitamente necessario l'intervento di una équipe specialistica.</li><li>- Media complessità: caratterizza malati assistiti da medici/équipe non specialistiche di CP, con bisogni di complessità moderata per i quali può essere utile un percorso di cura condiviso ("shared care") con le équipe specialistiche.</li><li>- Alta complessità (cure palliative di 2° livello): caratterizza malati con bisogni complessi, per i quali è necessario un intervento intensivo e di presa in carico da parte di un'équipe specialistica dedicata di CP</li></ul>
<p>(Modelli di presa in carico) <b>STRUMENTI CONDIVISI</b></p>	<p>La segnalazione all'unità di cure palliative è di norma effettuata dal medico di medicina generale o dal medico ospedaliero nel caso di dimissioni protette; hanno facoltà di segnalazione anche il servizio sociale, lo stesso utente o il suo care giver.</p> <p>La presa in carico ( 1° livello, 2° livello, a domicilio, ambulatorio, hospice), è subordinata alla valutazione dei bisogni da parte del</p>

	medico e dell'infermiere dell'UCP, da effettuarsi entro 72 ore dalla richiesta, condivisa con il MMG del paziente. La valutazione per la presa in carico è effettuata al letto del malato, a domicilio o presso la struttura di ricovero.
<b>PDTA</b>	
(Integrazione tra servizi) <b>SISTEMA INFORMATIVO</b>	Non esiste al momento uno strumento informatico condiviso. Attualmente gli operatori refertano le prestazioni sul sistema informatico aziendale (G2 Clinico) con codifiche e modalità non uniformi nelle varie Aziende . In ASUFC gli operatori refertano sul G2 come Oncologia e Cure Palliative, in ASFO come Terapia del dolore (codice V66.7). In ASUGI attualmente è prevista una doppia classificazione: Hospice e Attività ambulatoriale e domiciliare.
(Integrazione tra servizi) <b>FLUSSO DI DATI</b>	1. Portale continuità per la documentazione clinica prevista 2. Fascicolo Sanitario Elettronico

<b>3. PROCESSI SOCIALI</b>	
<b>esplicitazione degli strumenti di integrazione tra i professionisti e gli operatori</b>	
<b>INDICATORI</b>	<p>Per il monitoraggio della rete delle cure palliative si richiamano gli indicatori classici di cui al Decreto 22 febbraio 2007:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD) cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative domiciliari e /o in Hospice / Numero di malati deceduti per malattia oncologica (&gt; = 65%)</li> <li>2. Numero di posti letto in Hospice (<math>\geq</math> 1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore). Numero posti letto Hospice anche per patologie oncologiche, nella misura di 0,1 PLx1000 abitanti rientranti nell'assistenza distrettuale (delibera n. 1446 del 24 settembre 2021 – pag 24 allegato 1</li> <li>3. Numero di Hospice in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale/ Numero totale di Hospice (100%)</li> <li>4. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore</li> <li>5. Numero di malati per i quali il tempo massimo di attesa tra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati presi in carico a domicilio dalla rete e con assistenza conclusa (&gt; = 80%)</li> <li>6. Numero di malati per i quali il tempo massimo di attesa tra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa (&gt; = 40%)</li> <li>7. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o</li> </ol>

	<p>uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica (<math>&lt; = 20\%</math>)</p> <p>8. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore o uguale a 30 giorni/ numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica (<math>&lt; = 25\%</math>)</p>
<b>IMPLEMENTAZIONE PERCORSO DI RETE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- estensione della applicazione delle cure palliative a tutte le malattie croniche degenerative, con particolare riguardo alle demenze</li> <li>- avvio di cure palliative precoci/simultanee.</li> <li>- applicazione delle cure palliative in tutti i setting di cura (ospedale, domicilio, hospice, strutture residenziali).</li> <li>- Passaggio da uno "specialty approach" a un "national health care system approach".</li> </ul>
<b>VALORIZZAZIONE PERCORSO DI RETE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prima visita di presa in carico in CP domiciliari congiunta MMG e Medico CP,</li> <li>- produzione negli anni di atti di indirizzo regionale, di cui fra i più recenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>- accordo CSR del 16 dicembre 2010 su "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore",</li> <li>- L.R. 14/7/2011, n. 10 "Interventi per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"</li> </ul> </li> </ul>
(volontari, no profit) <b>INIZIATIVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attivazione progetti di formazione dei volontari, con specifico riferimento al "<i>core curriculum</i>" del volontario in cure palliative", organizzati e svolti da personale esperto, in linea con la formazione permanente del personale dedicato all'assistenza di base e con rilascio di certificazione ;</li> <li>- Sostegno alle attività terapeutiche e cliniche non finanziate dalle Aziende;</li> <li>- Attività di volontariato presso gli Hospice e il domicilio</li> <li>- Attività di Fundrasing</li> <li>- Sviluppo percorsi formativi specifici</li> </ul>
(volontari, no profit) <b>COLLABORAZIONI</b>	<p>ASFO – Convenzione con l'Associazione di volontariato "Amici dell'Hospice il Gabbiano"</p> <p>ASUFC- Convenzione con</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Associazione Cure Palliative Mirko Špacapan- Amore per sempre"</li> <li>• "Associazione Oncologica Alto Friuli"</li> <li>• Associazione di volontariato AVO"</li> </ul> <p>ASUGI –" Convenzione con Fondo Carrara"</p>
<b>INFORMAZIONI ai CITTADINI</b>	Da predisporre

<b>CARTA DEI SERVIZI</b>	Da predisporre
<b>4. PIANI DI INVESTIMENTO</b>	
<b>5. RISORSE DEDICATE ALLA RETE</b>	
PIANO DI GOVERNANCE DELLA FARMACEUTICA DI RETE	
<b>6. TELEMEDICINA</b>	
<b>TELEVISITA</b>	
<b>TELECONSULTO</b>	
<b>TELEMONITORAGGIO</b>	
<b>TELECONTROLLO</b>	
<b>TELEASSISTENZA</b>	
<b>7. RISULTATI ESITI</b>	
<b>QUALE SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA RETE</b>	<p>Monitoraggio, attraverso prestazioni traccianti, del livello di aderenza e applicazione alle best practice e al PDTA, utili a migliorare il decorso clinico della malattia e la qualità di vita nei pazienti e loro familiari.</p> <p>Per il monitoraggio e la condivisione dei dati si prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Report periodici per un benchmarking fra strutture regionali.</li> <li>- Audit clinici come leva per il "circolo virtuoso" del miglioramento stimolando professionisti verso l'Accountability e l'aggiornamento continuo delle conoscenze.</li> </ul>
<b>INDICATORI di PROCESSO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di malati per i quali il tempo massimo di attesa tra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati presi in carico a domicilio dalla rete e con assistenza conclusa (&gt; = 80%)</li> <li>- Numero di malati per i quali il tempo massimo di attesa tra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa (&gt; = 40%)</li> <li>- Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore.</li> </ul>
<b>INDICATORI di ESITO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD) cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative domiciliari e /o in Hospice / Numero di malati deceduti per malattia oncologica (&gt; = 65%).</li> <li>- Numero di Hospice in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale/ Numero totale di Hospice (100%)</li> <li>- Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale</li> </ul>

	<p>a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica (<math>\leq 20\%</math>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore o uguale a 30 giorni/ numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica (<math>\leq 25\%</math>)</li> </ul>
(grado di soddisfazione dei cittadini) QUALITA' PERCEPITA	Da programmare
(grado di soddisfazione dei cittadini) UMANIZZAZIONE	Da programmare
<b>8. RICERCA DI RETE</b>	
Proposte-progetti; ambiti prevalenti	
PROGETTI IN CORSO	
PROPOSTE	
PROSPETTIVE A MEDIO LUNGO PERIODO	
<b>ANALISI DI CONTESTO: TEMI APERTI (cantieri)</b>	
Sulla verifica dello stato dell'arte condotta dalla Rete all'interno delle diverse aziende per identificare gli scostamenti rispetto ai criteri stabiliti, si evidenziano alcune criticità utili ad impostare il Piano di lavoro della Rete per il prossimo triennio	
<b>CRITICITA'</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copertura medico-infermieristica nelle 24 h/7gg</li> <li>- Telemedicina attualmente utilizzata in modo disomogeneo nelle diverse strutture e non sempre tracciata</li> <li>- Integrazione con la medicina generale attualmente garantita in modo disomogeneo</li> <li>- Appropriately prescrittiva: attualmente utilizzo non omogeneo della gestione farmaci classificati dall'AIFA come OSP1</li> </ul>
<b>PUNTI DI FORZA</b>	Dalla ricognizione sono emerse delle consuetudini sulla quale la rete si accorderà come <i>consensus</i> fra professionisti. L'obiettivo è quello di elaborare documenti per la standardizzazione delle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche, con particolare riferimento ad un modello di classificazione standard delle priorità.
<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- carenza di risorse umane,</li> <li>- disomogeneità dei criteri di codifica delle prestazioni</li> <li>- disomogeneità nella tracciabilità delle prestazioni per alcune categorie di professionisti</li> <li>- assenza di indicatori validati per tracciare attività di cure palliative rivolte a pazienti non oncologici</li> <li>- assenza di integrazione digitale tra i dossier clinici ospedale- territorio</li> <li>- integrazione clinica specialistica ospedaliera - territoriale</li> </ul>

	<p>non strutturata nelle diverse aziende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carenza di informazione ai cittadini</li> <li>- assenza di integrazione dei volontari a domicilio</li> </ul>
<p>REALE UTILIZZO DELLE TECNOLOGIA</p>	
<p><b>AZIONI</b></p>	<p><b>Verifica e proposte attuative su mandati regionali e mandati istituzionali:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica e proposte attuative relativamente ai criteri per l'accreditamento regionale Hospice e Rete Cure Palliative</li> <li>- Proposte operative per attuazione standard previsti dal PNRR DM 71/2022:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Unità di Cure Palliative domiciliari ogni 100.000 abitanti</li> <li>• Hospice:8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti</li> </ul> </li> <li>- Proposte operative per attuazione standard previsti dal DGR 165 del 2016: in ciascun Distretto Sanitario sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20</li> </ul> <p><b>Presenza della Rete Locale/Provinciale di Cure Palliative:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accordo sull'utilizzo di strumenti standardizzati per garantire la tracciabilità e la trasparenza delle prestazioni dei professionisti coinvolti nell'assistenza al malato suscettibile di Cure Palliative (MMG, Medico CP, Psicologo, Infermiere, Fisioterapista, etc)</li> <li>- Formulazione elenco indicatori tracciabilità attività di cure palliative rivolte a pazienti non oncologici</li> <li>- La creazione di un sistema informatico unico per la rilevazione dei dati (flussi) richiesti dal Ministero</li> <li>- Colloquio strutturato con i famigliari alla presa in carico con procedura formalizzata</li> <li>- Sostegno psicologico attraverso uno psicoterapeuta parte integrante dell'equipe</li> <li>- Fornitura di farmaci classificati dall'AIFA come OSP1 e farmaci in Fascia C, garantita attraverso una procedura formalizzata</li> </ul> <p><b>Sviluppo modelli integrati e coordinati di assistenza di base (MMG) e assistenza specialistica (equipe Cure Palliative):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accordo sull'utilizzo di strumenti standardizzati per garantire la tracciabilità e la trasparenza delle prestazioni dei professionisti coinvolti nell'assistenza al malato</li> <li>- Formazione permanente del personale dedicato all'assistenza di base e all'assistenza specialistica con aggiornamento professionale certificato, specifico per la Cure Palliative (ECM)</li> </ul>

	<p><b>Supporto di organizzazioni No Profit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione attività di volontariato (formazione specifica, Foundraising ,attività volontariato a domicilio e sostegno alle attività terapeutiche e cliniche non finanziate dalle Aziende)</li> <li>- Creazione di convenzioni fra aziende e associazioni di volontariato dove non già esistenti</li> </ul> <p><b>Elaborazione PDTA Regionale di Cure Palliative</b></p>
<p><b>NOTE AD INTEGRAZIONE</b></p>	
<p>L'analisi della normativa prevista sulle reti di Cure Palliative, la mappatura condotta sullo stato dell'arte e l'analisi delle attività necessarie ha permesso di individuare alcune linee di attività oggetto di pianificazione da parte della rete.</p> <p>Nel dettaglio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'Accordo Stato-Regioni n. 119 del 27 luglio 2020 definisce gli elementi caratterizzanti della rete regionale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- coordinamento regionale</li> <li>- sviluppo del sistema informativo</li> <li>- sviluppo di un sistema di monitoraggio</li> <li>- definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza</li> <li>- promozione di programmi obbligatori di formazione.</li> </ul> </li> </ul> <p>E' auspicabile che la Rete definisca anche temporalmente attraverso un Gantt triennale le attività necessarie all'accreditamento della rete allo standard definito.</p> <p>Inoltre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supporto informatico <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Analisi delle necessità informatiche per la raccolta degli indicatori nel PDTA</li> <li>b. Analisi degli strumenti disponibili</li> </ol> </li> <li>2. Produzione di un documento regionale di indirizzo che definisca il percorso di presa in carico individuati anche secondo le evidenze di riferimento ed i gold standard previsti nel PNRR</li> <li>3. Campagne informative per la popolazione con modalità da definire</li> <li>4. Necessità di individuare strumenti di rendicontazione anche distrettuale del livello raggiunto di integrazione tra i servizi di Cure Palliative e la medicina generale.</li> </ol>	

<b>MACROAREE DI INTERVENTO</b>	<b>AZIONI PREVISTE</b>	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Accreditamento regionale	Verifica stato dell'arte a livello aziendale per identificare scostamenti rispetto ai criteri		x	
	Formulazione richieste specifiche e concrete per risolvere le non conformità (quantificazione risorse umane e materiali per singola azienda)e invio all'istituzione preposta		x	
	Implementazione, verifica di efficienza ed efficacia		x	
PNRR (DM71/2022) : -1 Unità di Cure Palliative domiciliari ogni 100.000 abitanti - Hospice:8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti	Verifica stato dell'arte a livello aziendale per identificare scostamenti rispetto ai criteri	x		
	Formulazione richieste specifiche e concrete per risolvere le non conformità (quantificazione risorse umane e materiali per singola azienda) e invio all'istituzione preposta	x		
	Verifica di efficienza ed efficacia	x		
DGR 165 del 2016: A regime, in ciascun Distretto Sanitario sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20	Verifica stato dell'arte a livello aziendale per identificare scostamenti rispetto ai criteri		x	
	Formulazione richieste specifiche e concrete per risolvere le non conformità (quantificazione risorse umane e materiali per singola azienda) e invio richiesta all'istituzione preposta		x	
	Verifica di efficienza ed efficacia		x	

<b>MACROAREE DI INTERVENTO</b>	<b>AZIONI PREVISTE</b>	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Accordo sull'utilizzo di strumenti standardizzati per garantire la tracciabilità e la trasparenza delle prestazioni	Definizione nomenclatura uniforme prestazioni		x	
	identificazione codici di tracciabilità SSN relativamente alle prestazioni erogate		x	
	Condivisione con l'ARCS per la trasmissione delle codici ai referenti del sistema informatico regionale			x
	Uniformare i percorsi di attivazione della RCP			x
	Realizzazione percorsi formativi regionali			x
	Implementazione, verifica di efficienza ed efficacia			x
La creazione di un sistema informatico unico per la rilevazione dei dati (flussi) richiesti dal Ministero	Definizione nomenclatura uniforme prestazioni per pazienti oncologici e non oncologici, suscettibili di Cure Palliative		x	
	Implementazione sezioni precompilate e identificazione campi obbligatori		x	
	Realizzazione percorsi formativi (regionali),relativamente alle modifiche apportate			x
	Verifica di efficienza ed efficacia			x
Fornitura di farmaci classificati dall'AIFA come OSP1 e farmaci in Fascia C, garantita attraverso una procedura formalizzata	Verifica stato dell'arte a livello aziendale per identificare scostamenti rispetto ai criteri		x	
	Definizione con la Soc farmacia ARCS le modalità di prescrizione e di distribuzione		x	
	Verifica di efficienza ed efficacia			x

<b>MACROAREE DI INTERVENTO</b>	<b>AZIONI PREVISTE</b>	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Creazione PDTA Regionale di Cure Palliative	Definizione criteri di appropriatezza secondo la letteratura disponibile		x	
	Definizione dei professionisti responsabili, dei contesti delle tempistiche e la descrizione delle procedure specifiche e stesura documento			x
	Implementazione, verifica di efficienza ed efficacia			x
Integrazione con l'equipe multi professionale territoriale	Proposta di modello organizzativo omogeneo sul territorio regionale		x	
	Attuazione modello organizzativo integrato			x
	Implementazione, verifica di efficienza ed efficacia			x

Verranno pianificati incontri tra l'istituzione, il coordinatore della rete e i responsabili di ciascun gruppo per monitorare e valutare la progressione e il grado di raggiungimento dei singoli obiettivi (con cadenza trimestrale).