

LE CURE ONCOLOGICHE DOMICILIARI

Il contributo di ANT da 45 anni
a casa di chi soffre

Sabato 10 giugno 2023

Centro Congressi FICO Eataly World Bologna
Via Paolo Canali, 8 - 40127 Bologna



FONDAZIONE
45ANT
FRANCO PANNUTI

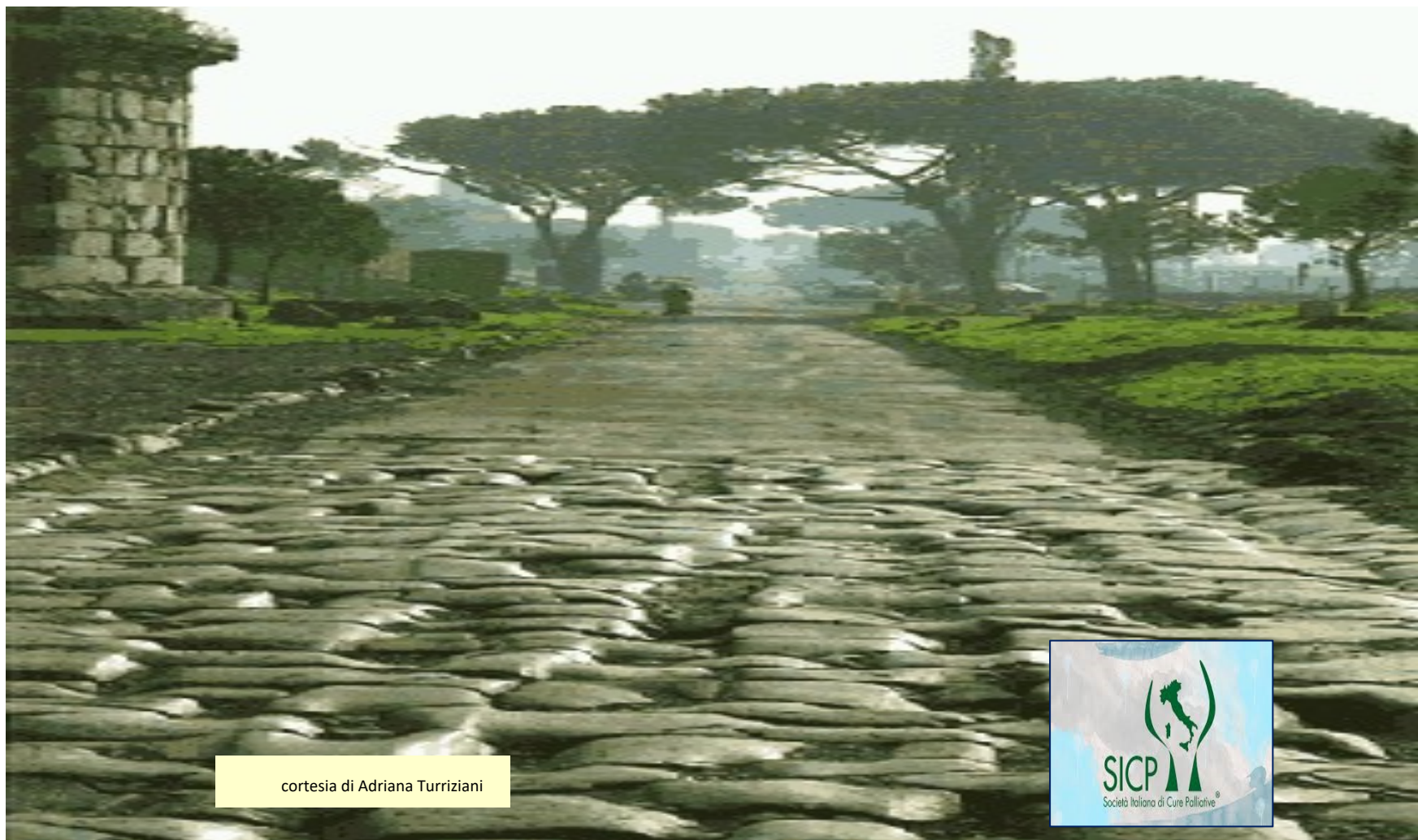
LE CURE ONCOLOGICHE DOMICILIARI

Il contributo di ANT da 45 anni
a casa di chi soffre

Le cure palliative domiciliari: uno sguardo al futuro

Gino Gobber
Presidente SICP





cortesia di Adriana Turriziani





*Le cure palliative: uno sguardo al futuro
le Reti, l'accreditamento, il DM 77 del PNRR*



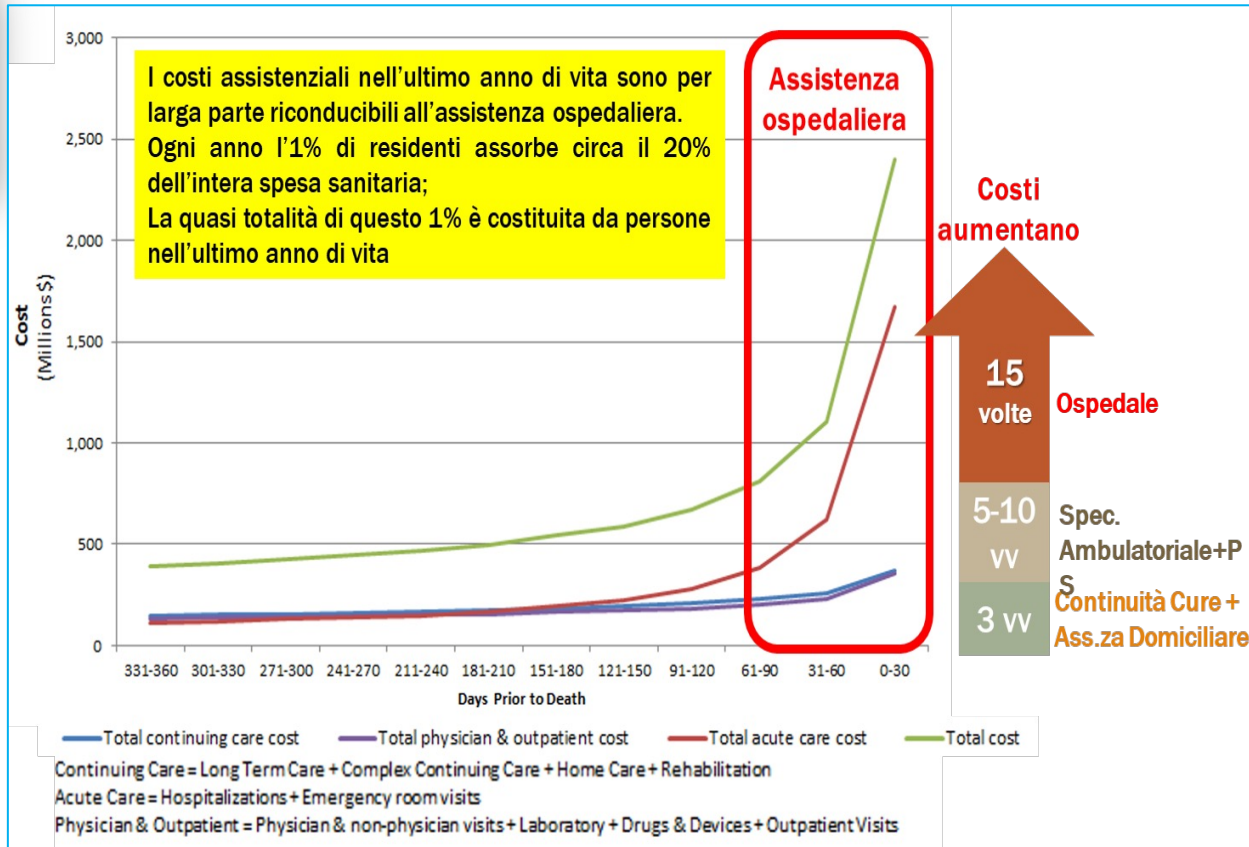
Anticipazione della presa in carico

Cure palliative per tutte le persone che ne hanno necessità

Cure palliative in tutti i contesti di cura

Cure palliative pediatriche





“...Sarebbe necessario ridisegnare profondamente la geografia dei servizi, ridefinendo le modalità di erogazione degli stessi, sistematizzando modelli assistenziali basati sulla **logica della ‘presa in carico’ del paziente**...implementando soluzioni per garantire **l’integrazione ospedale-territorio**, sia di tipo strutturale sia di tipo funzionale...”



WALTER RICCIARDI | VINCENZO ATELLA
CLAUDIO CRICELLI | FEDERICO SERRA

LA TEMPESTA PERFETTA

IL POSSIBILE NAUFRAGIO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE:
COME EVITARLO?



VP VITA E PENSIERO | RICERCHE
ECONOMIA



“I servizi di cure palliative promossi, sono basati sulle evidenze, costo-efficacia, equità, integrati e in continuità di cura con tutti i livelli assistenziali; si sviluppano in contesti di assistenza primaria con il coinvolgimento della comunità e privilegiano l’assistenza domiciliare, rafforzando così i sistemi sanitari nel loro complesso e l’assistenza globale della persona.”

(Resolution of OMS A67/31 Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course)



Provvedimenti attuativi della Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"

- Accordo della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome del 16 dicembre 2010;
- Decreto del 4 aprile 2012 (*istituzione dei master*);
- Intesa della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome del 25 luglio 2012 (*requisiti minimi e modalità organizzative*);
- Decreto 28 marzo 2013 (*disciplina di cure palliative*);
- Accordo 10 luglio 2014 (*individuazione delle figure professionali competenti... e delle strutture sanitarie... e assistenziali coinvolte nelle reti*);
- Accordo 22 gennaio 2015 (*certificazione dell'esperienza triennale dei medici*);
- DPCM 12 gennaio 2017 (*definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*);
- Legge 219 del 22 dicembre 2017 *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*;
- Accordo 9 luglio 2020 (*formazione dei volontari*);
- Accordo 27 luglio 2020 (*accreditamento delle Reti di cure palliative dell'adulto*);
- Accordo 25 marzo 2021 (*accreditamento delle Reti di cure palliative pediatriche*);
- *Attivazione della Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative* Emendamento nel Decreto emergenza, luglio 2020;
- Legge 106/2021 *Sostegni bis: completamento delle Reti nel triennio 2023/25*
- DM 77/2022 *Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN*
- Legge 197/2022 *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025*





le parole magiche delle Cure Palliative

Equipe

Rete

Valutazione multidimensionale

Multiprofessionalità

Presa in carico

Continuità delle cure

Terzo settore

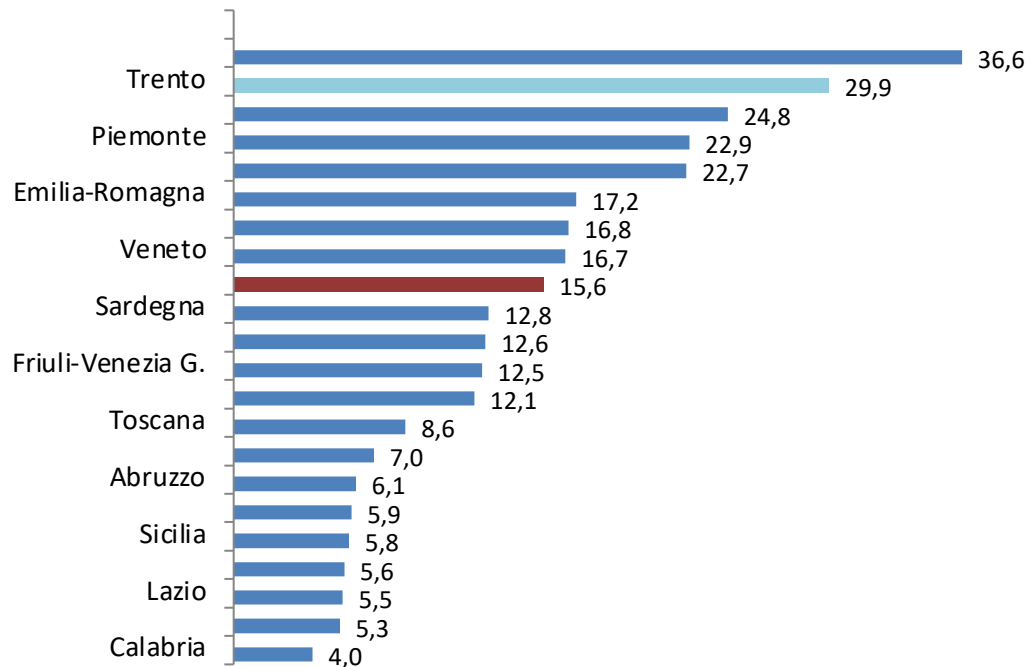
Competenze



Decessi 2020 versus decessi attesi sulla base della media dei decessi 2015-2019

• Decessi 2020:	746146
• Decessi attesi sulla base dei decessi 2015-2019:	645620
• Differenza in aumento	100526
• Variazione percentuale	+ 15,6 %

Variazione percentuale decessi 2020 vs decessi attesi 2015-2019 per regione



Fonte ISTAT <https://www.istat.it/it/archivio/239854>, Accesso il 13/05/2021



Legge 23 luglio 2021 n° 106
*Conversione in legge...del decreto legge 25 maggio 2021 n° 73
recante misure urgenti connesse all'emergenza da CoViD-19, per le
imprese, il lavoro, i giovani e i servizi territoriali*

Art. 35, comma 2-bis:...In coerenza con quanto previsto ...dal DPCM 12 gennaio 2017, il ministro della Salute, previa istruttoria di AGENAS da concludere entro il 30 dicembre 2021, effettua una ricognizione delle attività svolte...ed elabora un programma triennale per l'attuazione della L38/2010 al fine di assicurare, entro il 31 dicembre 2025, l'uniforme erogazione dei LEA del citato DPCM tutto il territorio nazionale, fissando per ciascuna regione e provincia autonoma i relativi obiettivi.



Legge 23 luglio 2021 n° 106
*Conversione in legge...del decreto legge 25 maggio 2021 n° 73
recante misure urgenti connesse all'emergenza da CoViD-19, per le
imprese, il lavoro, i giovani e i servizi territoriali*

Art. 35, comma 2-*bis* ...L'attuazione del predetto programma triennale da parte delle regioni e delle province autonome costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN.
Comma 2-*quinques*: in caso di mancata attuazione del programma triennale nei termini previsti si applica la procedura per l'esercizio del potere sostitutivo di cui all'art. 8 della legge 5 giugno 2001, n° 131



Legge 29 dicembre 2022 n° 197
*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023
e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025*

Art. 1, comma 83: All'articolo 5 della legge 15 marzo 2010 n° 38, dopo il comma 4 è inserito il seguente: "4-bis. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano presentano, entro il 30 gennaio di ciascun anno, un piano di potenziamento delle cure palliative al fine di raggiungere, entro l'anno 2028, il 90 per cento della popolazione interessata. Il monitoraggio dell'attuazione del piano è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali che lo realizza a cadenza semestrale. La presentazione del piano e la relativa attuazione costituiscono adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato"





- [Allegato n. 1: Ricognizione della normativa regionale \(PDF\)](#)
- [Allegato n. 2: Report con indicatori AGENAS \(PDF\)](#)
- [Allegato n. 3: Il Questionario per la Rilevazione Cure Palliative-Profilo Regione/PA e Profilo Aziende Territoriali \(PDF\)](#)
- [Allegato n. 4: Elenco e cartografie degli hospice suddiviso per singola Regione/PA \(PDF\)](#)
- [Allegato n. 5: Elenco delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate dotate di equipe o servizio medico/infermieristiche di cure palliative \(PDF\)](#)
- [Allegato n. 6: Elenco degli erogatori di cure domiciliari attivi nelle ASL/Aziende Territoriali \(PDF\)](#)

[Il documento integrale \(PDF\)](#)

<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2048-cure-palliative-l%E2%80%99attuazione-delle-reti>

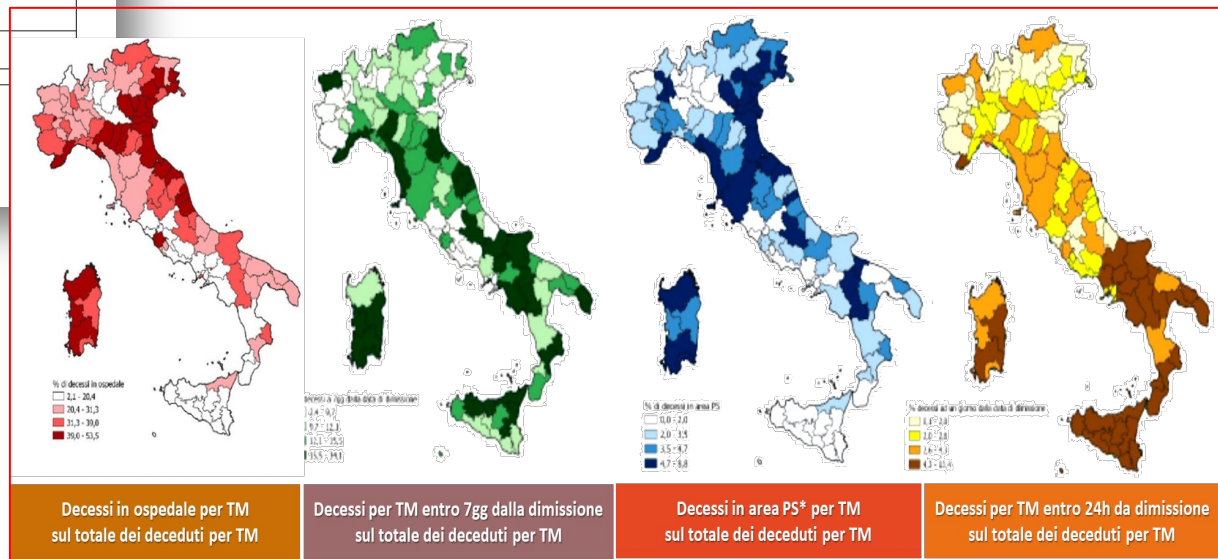
Rilevazione nazionale: Profilo Aziende Territoriali

- Il 38,2% delle ASL risulta privo di equipe delle CP,
- Il 42,7% ha attivato da 1 a 3 equipe,
- Il 19% ha attivato più di 3 equipe.

Tab. 6 Numero di strutture dotate di equipe o servizio medico/infermieristico di cure palliative	N	%
nessuna	34	38,20
1	14	15,73
2	10	11,24
3	14	15,73
maggiori di 3	17	19,10
Totale	89	100

Standard quantitativi e qualitativi

Indicatori	Standard
01. Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice / n. di malati deceduti per malattia oncologica	≥ 65%
02. Numero di posti letto in hospice	≥ 1 posto letto ogni 55 deceduti a causa di tumore
03. Numero di hospice in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 20 gennaio 2009 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale / numero totale di hospice	100%
04. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod.140-208)	≥ Valore individuale per lo standard dell'indicatore n. 1 cal va sottratto il 20%, il risultato va moltiplicato per 55 (espresso in giorni)
05. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra 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	≥ 80%
06. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa	≥ 40%
07. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	≥ 20%
08. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	≥ 25%



il futuro è già cominciato



Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

SERIE GENERALE

Anno 163° - Numero 144

Sped. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Mercoledì, 22 giugno 2022

DI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI
DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ANTONIA, 18 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E TIPOGRAFICO DELLO STATO - VIA SALARIA, 501 - 00186 ROMA - CENTRALINO 06-6597 - LIBRERIA DELLO STATO PALAZZO VENEZIA, 1 - 00186 ROMA

La Gazzetta Ufficiale, Parte Prima, oltre alla Serie Generale, pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:

1° Serie speciale: Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)
2° Serie speciale: Unione europea (pubblicata il lunedì e il giovedì)
3° Serie speciale: Regioni (pubblicata il sabato)
4° Serie speciale: Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)
5° Serie speciale: Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)

La Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda, "Foglio delle inserzioni", è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato

AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura di pubblicazione degli atti in Gazzetta Ufficiale, le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: gazzettaufficiale@giustizia.it, curando che, nella nota cartacea di trasmissione, siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (mittente, oggetto e data).

Nel caso non si disponga ancora di PEC, e fino all'adozione della stessa, sarà possibile trasmettere gli atti a: gazzettaufficiale@giustizia.it

SOMMARIO

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

DECRETO LEGISLATIVO 22 maggio 2022, n. 76.

Disponibili per l'attuazione della direttiva (UE) 2019/884 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 aprile 2019, che modifica la decisione quadro 2009/316/GAI del Consiglio per quanto riguarda lo scambio di informazioni sui cittadini di paesi terzi e il sistema europeo di informazione sui casellari giudiziari (ECRS), e che sostituisce la decisione 2009/316/GAI del Consiglio. (22G00083) Pag. 1

Ministero della salute

DECRETO 23 giugno 2022, n. 77.

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) Pag. 8

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

Ministero dell'economia e delle finanze

DECRETO 8 giugno 2022.

Accertamento della prima rata del PNRR. (22A03626) Pag. 77

DECRETO 15 giugno 2022.

Operazione di acquisto titoli a valere sul Fondo ammortamento dei titoli di Stato effettuata mediante asta competitiva. (22A03647) Pag. 79

Ministero della transizione ecologica

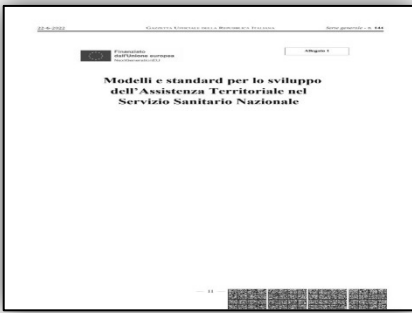
DECRETO 10 giugno 2022.

Designazione di una Zona speciale di conservazione (ZSC) della regione biogeografica mediterranea ricadente nel territorio della Regione Siciliana. (22A03636) Pag. 82

Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedaliери limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

Stratificazione del rischio



12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

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 équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
- nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP;
- a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale équipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'équipe dell'assistenza domiciliare integrata;
- nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.





12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

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, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Standard: 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti; Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

I 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 2021

I pazienti che mettono in crisi l'organizzazione distrettuale sono quelli che indentifichiamo ad alta complessità assistenziale, affetti da patologie neoplastiche in fase avanzata o terminale, affetti da patologie neurodegenerative in fase avanzata o terminale, le patologie genetiche altamente invalidanti, i minori con quadri clinici da neoplasie o da malattie genetiche e il complesso delle Malattie Rare, questo perché **il Distretto presenta una serie di carenze date dalla sua stessa storia istitutiva.**

Il Distretto nasce per essere il I livello di un percorso diagnostico, la porta d'accesso per percorsi assistenziali calibrati sulla cronicità, **ma non certo per affrontare un'assistenza domiciliare per l'alta complessità di cure.**

Cure territoriali e malattie rare verso un nuovo modello di presa in carico dei pazienti

Position paper **Alleanza Malattie Rare AMR**



**LA COMPETENZA E
LA RESPONSABILITÀ
NELLA CURA**

XXIX Congresso Nazionale SICP
Riccione, 17-19 novembre 2022





Legge 77/2020 (conversione del DL 34/2020, «decreto rilancio»)



Art 5-ter Il lungo percorso di attuazione dell'art. 8 della legge 38/2010 si è concluso con la istituzione della Scuola di specializzazione in “Medicina e Cure Palliative” a decorrere dall'anno accademico 2021-2022 e l'introduzione del Corso di cure palliative pediatriche nell'ambito dei corsi obbligatori delle scuole di specializzazione in pediatria.



Il Ministro dell'Università e della Ricerca

ALLEGATO 1

La Classe di specializzazioni di Area Medica in Medicina Clinica Generale e Specialistica, di cui all'allegato al decreto ministeriale 4 febbraio 2015, n. 68, è integrata con la seguente tipologia di Scuola di specializzazione in Medicina e Cure palliative:

- Medicina e Cure Palliative, accesso per laureati specialisti e magistrali in Medicina e Chirurgia (classe 46/S e classe LM-41) e ai laureati del vecchio ordinamento in Medicina e Chirurgia;

• LA SCALA DEI PROBLEMI

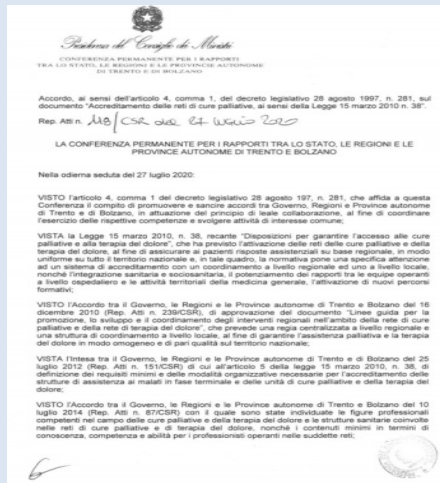
		RELAZIONI				
		POCHE	MOLTE	MOLTISSIME		
VARIABILI	MOLTE				CAOTICO	NON LINEARI
				COMPLESSO		LINEARI E NON-LINEARI
			COMPLICATO			
		SEMPLICE				LINEARI
		ANALITICO		SISTEMICO		
		APPROCCIO				

CARATTERISTICHE DELLE
RELAZIONI

(Fonte: adattamento da De Toni, Comello, 2005, pag. 16)



L'ACCREDITAMENTO DELLE RETI



- **Accordo Stato Regioni 27.07.2020 - Accreditamento della rete di cure palliative**
- **Accordo Stato Regioni 27.07.2020 - Accreditamento della rete di terapia del dolore**
- **Accordo Stato Regioni 25.03.2021 - Accreditamento della rete di CP e TD pediatrica**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

*“Metodo per la determinazione del
fabbisogno di personale del SSN”*

MS



AGENDA DELL'INCONTRO

1. Presentazione degli obiettivi del lavoro
2. Presentazione delle evidenze preliminari
3. Il processo di determinazione dei fabbisogni e l'utilizzo del modello a livello delle Federazioni e delle Regioni
4. Feedback e prospettive future

Incontro 18 aprile 2023
Gruppo di lavoro
AGENAS & SDA Bocconi





La ricognizione CTS-SICP Gli hospice per gli adulti in Italia



N° Hospice operativi	Posti-letto Hospice attivi	Posti-letto previsti DM77 (8/10 :100.000 abitanti adulti)	Δ posti necessari/ rilevati (8/10 :100.000 abitanti adulti)	Rilevazione Palliativisti TPE in Hospice*
284	3210	4007 / 5012	- 797 / - 1802	492,5

I dati di alcune Regioni sono incompleti



La ricognizione CTS-SICP Le Cure Palliative domiciliari in Italia Le Reti degli adulti

Rilevazione Palliativisti TPE nell'assistenza domiciliare*	Palliativisti/100.000 abitanti adulti	Range Palliativisti/100.000 abitanti adulti
763,9*	1,53*	0,6 – 2,7

* Mancano i dati della Campania
I dati di alcune Regioni sono incompleti



La ricognizione CTS-SICP Le Reti di Cure Palliative pediatriche- dati preliminari*

Hospice pediatrici	Posti letto hospice	Pediatri Palliativisti TPE	Infermieri di Cure palliative pediatriche TPE
8 (più uno solo day-hospice)	38	43,5	85

* Una ricognizione più dettagliata è in corso



La ricognizione CTS/SICP Il contributo degli operatori delle Reti e della SICP

- **Fotografia dettagliata** (quello che c'è)
- **Definizione degli standard** (quello che dovrebbe esserci)
- **Sostegno alle Regioni ed alle Aziende** (quello che ci sarà)
- **Concorso alla formazione** (ci porterà quello che manca)

Tabella 2 – Importi complessivi M6C2II.2.1 (Ripartizione 2022-2025)

Regione/PA	RRF		Importo Totale
	Risorse PNRR	Risorse da (DL 34) - commi 4 e 5	
Piemonte	184.692.167	169.755.728	354.447.895
Valle d'Aosta	9.332.810	6.621.408	15.954.218
Lombardia	488.676.472	268.548.944	757.225.416
PA Bolzano	34.850.233	26.812.524	61.662.757
PA Trento	23.519.525	8.814.304	32.333.829
Veneto	74.168.392	227.323.108	301.491.500
Friuli Venezia Giulia	51.449.191	51.266.056	102.715.247
Liguria	80.236.742	74.500.504	154.737.246
Emilia Romagna	52.999.785	164.965.800	217.965.585
Toscana	52.403.789	168.770.048	221.173.837
Umbria	41.311.187	32.537.208	73.848.395
Marche	74.081.720	60.317.264	134.398.984
Lazio	383.175.903	158.884.872	542.060.775
Abruzzo	73.539.182	36.750.764	110.289.946
Molise	13.327.095	9.329.732	22.656.827
Campania	314.073.732	160.961.696	475.035.428
Puglia	251.732.410	133.837.440	385.569.850
Basilicata	30.298.785	13.800.528	44.099.313
Calabria	128.698.975	63.111.264	191.810.239
Sicilia	251.243.883	109.859.452	361.103.335
Sardegna	106.188.072	53.345.864	159.533.886
ITALIA	2.720.000.000	2.000.114.496	4.720.114.496



DECRETO 23 gennaio 2023

Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «*Casa come primo luogo di cura (ADI)*» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). (23A01436)

[\(GU Serie Generale n.55 del 06-03-2023\)](#)



La centralità delle cure palliative nel SSN: la contaminazione possibile



- Contrastare la deriva prestazionale dell'assistenza domiciliare
- Le cure palliative come modello/volano dell'attività delle cure primarie
- La presa in carico, il modello del lavoro d'équipe multiprofessionale e multidisciplinare
- Il consenso informato e la pianificazione condivisa delle cure
- La liceità giuridica e la correttezza etica
- Le competenze!



WHO COLLABORATING CENTRE
PUBLIC HEALTH PALLIATIVE
CARE PROGRAMMES

**Conceptual transitions
in palliative care
in the 21st century**
Xavier Gomez-Batiste



Change from	➔	Change to
Terminalità		Patologia Cronica Progressiva in fase avanzata
Prognosi di settimane o giorni		Aspettative di vita limitate
Tumore		Tutte le condizioni croniche progressive
Decorso progressivo		Decorso progressivo con frequenti crisi
Dicotomia curativo-palliativo		Sincronia, cure condivise e simultanee
Prognosi come criterio per l'intervento dei servizi specialistici		Complessità come criterio
Ruolo passivo del paziente		Pianificazione anticipata delle cure
Servizi Specialistici		Attività in tutti i setting di cura
Approccio istituzionale		Approccio di comunità
Cure frammentate		Cure integrate



*Le cure palliative: uno sguardo al futuro
le Reti, l'accreditamento, il DM 77 del PNRR*



Le cure palliative sono un diritto del paziente,
sono un vantaggio per l'organizzazione,
sono un'occasione per i professionisti





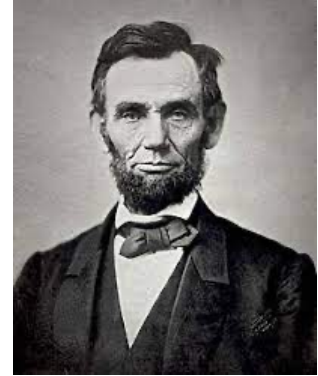
XXX Congresso Nazionale SICP

dignità.complexità@sicp30

Riccione, 16-18 novembre 2023

Il modo migliore per predire il futuro è crearlo

Abraham Lincoln (1809-1865)



Le cure palliative domiciliari:
uno sguardo al futuro

Grazie per l'attenzione!

presidente@sicp.it

gino.gobber@apss.tn.it