



REGIONE MOLISE

**PIANO DI IMPLEMENTAZIONE DELLE
CURE PALLIATIVE**

Indice

1.	CONTESTO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE MOLISE	2
2.	CONTESTO EPIDEMIOLOGICO	6
	a. Popolazione adulta	6
	b. Popolazione pediatrica	8
3.	MONITORAGGIO DELLE RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE (RRCP) DELL'ADULTO AL PRIMO SEMESTRE 2022 E CONFRONTO CON ISTRUTTORIA DI AGE.NA.S	9
	a. Assetto organizzativo	9
	b. Dotazione personale	9
	c. LEA art. 21 – Presa in carico mediante percorsi integrati di cura	11
	d. LEA art. 23 – Assistenza domiciliare di cure palliative, di base e specialistica	13
	e. LEA art. 31 – Assistenza residenziale in Hospice	17
	f. LEA art. 38 – Assistenza di cure palliative nelle strutture per acuti	18
	g. LEA art. 15 – Ambulatori di cure palliative	19
	h. Formazione aziendale in ambito di cure palliative	19
4.	RICOGNIZIONE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE	20
5.	AREE DI MIGLIORAMENTO	21
6.	PIANO DI IMPLEMENTAZIONE REGIONALE DELLE CURE PALLIATIVE	24
7.	BIBLIOGRAFIA	25

1. CONTESTO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE MOLISE

La tabella sottostante descrive i principali riferimenti normativi nazionali e regionali di recepimento della legislazione vigente, riguardanti lo sviluppo e l'implementazione della Rete di Cure Palliative Regionale per adulti e pediatrica.

Anno	Normativa Nazionale	Normativa regionale	Documenti tecnici e progettuale regionale	Oggetto
2007	DM n. 43 del 22/02/2007			Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'art. 1, comma 169, della Legge 30/12/2004, n. 311
2008		L.R. 18/2008		Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private".
2010	ASR del 16/12/2010			Accordo sulle 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. Rep. Atti n. 239/CSR
2010	L n. 38 del 15/03/2010			Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore
2011		Decreto del Commissario ad acta n. 17 del 31 maggio 2011		Definizione della tariffa Day-Hospice da applicare nei centri residenziali delle Cure Palliative-Hospice della Regione Molise
2012	ISR del 25/07/2012			Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza dei malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore
2013			Piano sanitario Regionale 2013 - 2015	Costituzione di una Rete locale di cure palliative, con una Unità di cure palliative (UCP) nella ASReM
2013	ISR del 07/02/2013			Individuazione della disciplina "Cure Palliative
2013		Decreto del Commissario ad acta n. 10 del 18 aprile 2013		Rete del dolore e Cure Palliative: liberi dal dolore
2014	ISR del 10/07/2014			Individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia

				del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore
2014		Decreto del Commissario ad acta n. 40 del 16 dicembre 2014		Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
2015	ASR del 19/02/2015			Accordo in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie. (SALUTE) Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. Rep. Atti n. 32/CSR
2015	DM del 04/06/2015			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.
2015		Decreto del Commissario ad acta n. 21 del 31 marzo 2015		Recepimento Legge n. 38 del 15/03/2010. Linnee guida per lo sviluppo della Rete di Cure Palliative nella Regione Molise
2015		Decreto del Commissario ad acta n. 45 del 08 luglio 2015		Approvazione della Rete del Dolore nella Regione Molise
2015		Decreto del Commissario ad acta n. 46 del 08 luglio 2015		Linnee guida per lo sviluppo della Rete di Cure Palliative e della Terapia del Dolore Pediatriche nella Regione Molise
2016		Decreto del Commissario ad acta n. 47 del 04 agosto 2016		Certificazione regionale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate. Provvedimenti
2017	DPCM 12/01/2017			Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
2017		Decreto del Commissario ad acta n. 04 del 31/01/2017		"Manuale di Autorizzazione", "Manuale di Accreditamento" e "Manuale delle Procedure".
2017		Decreto del Commissario ad		Cure palliative e terapia del dolore. Estensione dall'Hospice al

		acta n. 79 del 28/12/2017		domicilio dell'Assistenza di Cure Palliative e Terapia del dolore
2018	L 30/12/2018 n. 145			Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021. (18G00172) (GU n.302 del 31-12-2018 - Suppl. Ordinario n. 62)
2018	Accordo S-R del 17 aprile 2019			Accordo sul documento recante "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale". Rep. Atti n. 59/CSR
2020	ISR del 27/07/2020			Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15marzo 2010 n. 38
2021		Decreto del Commissario ad acta n. 84 del 14/07/2021		Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
2021	ISR del 25/03/2021			Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38
2022			Programma Operativo 2022 - 2024	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance in merito lo sviluppo delle Rete di Cure Palliative
2022	DM n. 77 del 23/05/2022			Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. CAP 12: Rete di Cure Palliative
2022	L n. 197 del 29/12/2022			Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025. Art.1, Comma 83: "Invio di un piano annuale regionale di potenziamento delle cure palliative, al fine di raggiungere entro il 2028 il 90% della popolazione interessata. Presentazione e realizzazione del piano costituiscono adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato.

La Regione Molise ha sistematicamente recepito la normativa nazionale, che evidenzia come prioritaria l'implementazione delle cure palliative nella programmazione socio-sanitaria regionale. Le reti di cure palliative dell'adulto e pediatrica si sono strutturate in modo progressivo nel corso degli ultimi 10 anni.

Al fine di introdurre un sistema di accreditamento delle reti di cure palliative, con l'obiettivo di migliorare il governo clinico dei percorsi di cura e assistenza, dell'integrazione e della continuità delle cure a garanzia dell'equità e dell'uniformità di accesso alle cure palliative, nonché migliorare il raccordo tra i numerosi servizi che interagiscono con il minore e la sua famiglia nelle diverse fasi della sua vita, sviluppando ulteriormente la rete specialistica di Terapia del Dolore e Cure Palliative pediatriche, la Regione Molise ha recepito ASR del 19/02/2015 con il Decreto del Commissario ad acta n. 46 del 08 luglio 2015 "Linnee guida per lo sviluppo della Rete di Cure Palliative e della Terapia del Dolore Pediatriche nella Regione Molise".

L'obiettivo dell'accreditamento delle reti è garantire una erogazione di cure palliative uniformi e coerente con i bisogni dei pazienti e con la normativa vigente, sempre congruente con se stessa nella sua progressiva articolazione fin dalla LR n. 7 del 19 marzo 2009 e L n. 38 del 15 marzo 2010, colmando alcune delle criticità riguardanti la situazione attuale e incrementando la presa in carico degli aventi diritto con l'obiettivo di raggiungere entro il **2028 il 90% della popolazione interessata**.

2. CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

a. Popolazione Adulta

La popolazione della regione Molise conta **292.150 abitanti** circa. Escludendo la quota minorile (14 % secondo i dati ISTAT), la popolazione adulta è di circa 252.890.

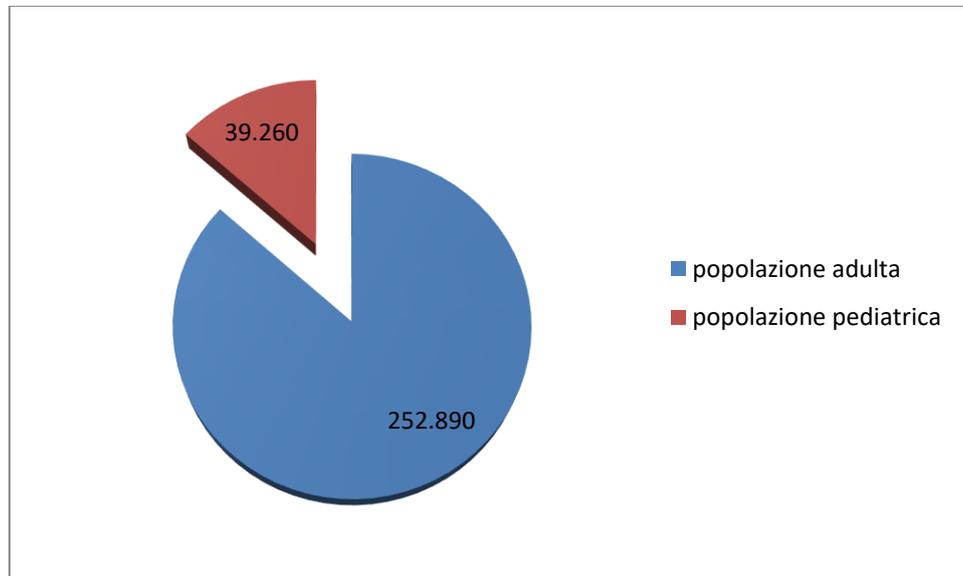


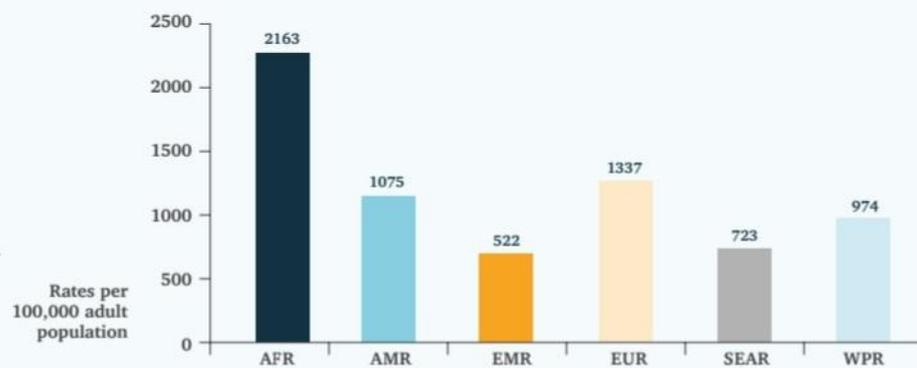
Tabella 1

Secondo quanto descritto dall'*Atlante Globale di Cure Palliative* edito nel 2017 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la stima della popolazione adulta che annualmente può beneficiare di una presa in carico in cure palliative di base o specialistiche sono circa **2.525** pazienti ovvero l'1,3% della popolazione.

Tali pazienti sono per il 60% affetti da insufficienze d'organo end stage non causate da patologie oncologiche, mentre il restante 40% è affetto da patologia oncologica. Si stima che il 40% (**1.010 persone**) necessiti annualmente di cure palliative specialistiche, mentre il restante 60% di cure palliative di base.

Le tabelle sottostanti riportano il bisogno di cure palliative e la stratificazione per patologia e area geografica (Global Atlas of Palliative Care, WHPCA).

Figure 8
Worldwide need for palliative care for adults, by WHO region and per 100,000 population (20+ years; 183 countries; 2017)

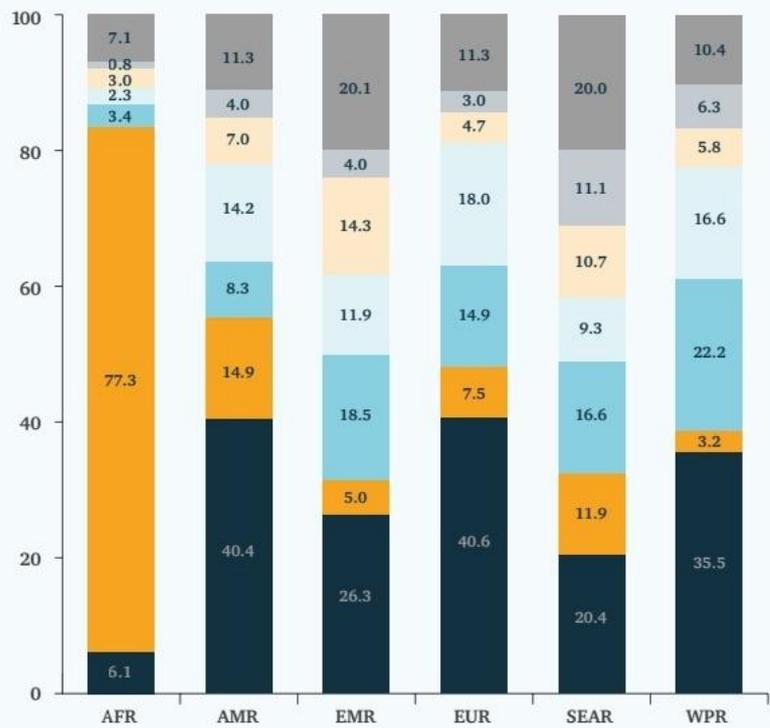


N = 183 Countries

Figure 9
Worldwide need for palliative care for adults, by WHO region and disease categories (20+ years; 183 countries; 2017)

- Malignant neoplasms (cancers)
- HIV disease
- Cerebrovascular diseases
- Dementia
- Injury, poisoning, external causes
- Lung diseases
- Other

Proportion of adults (20 or more years) in need for palliative care for major disease-groups by WHO regions (%)

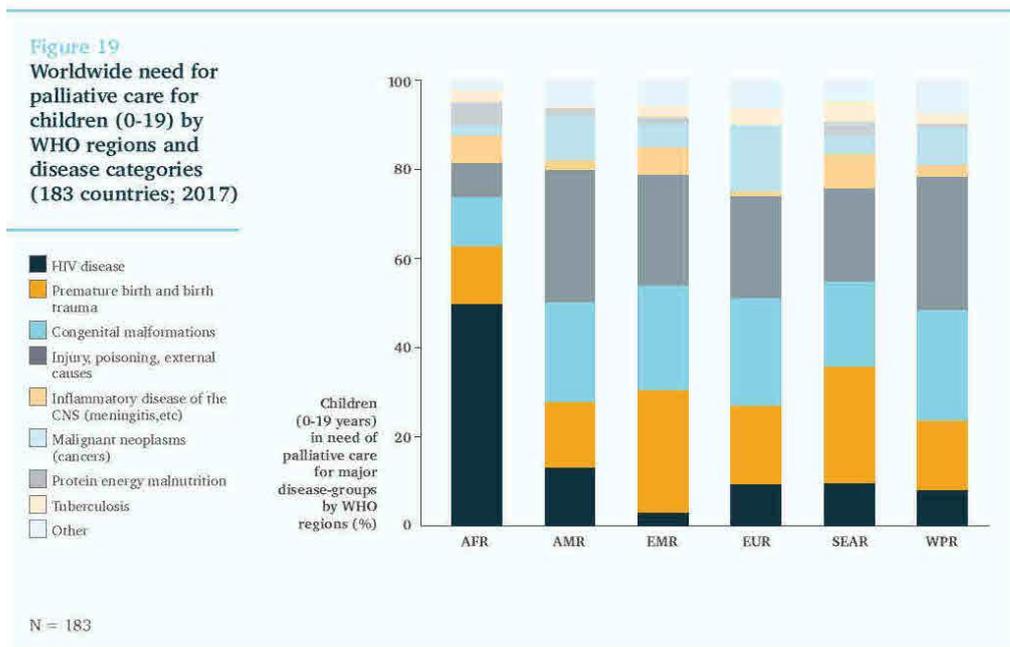
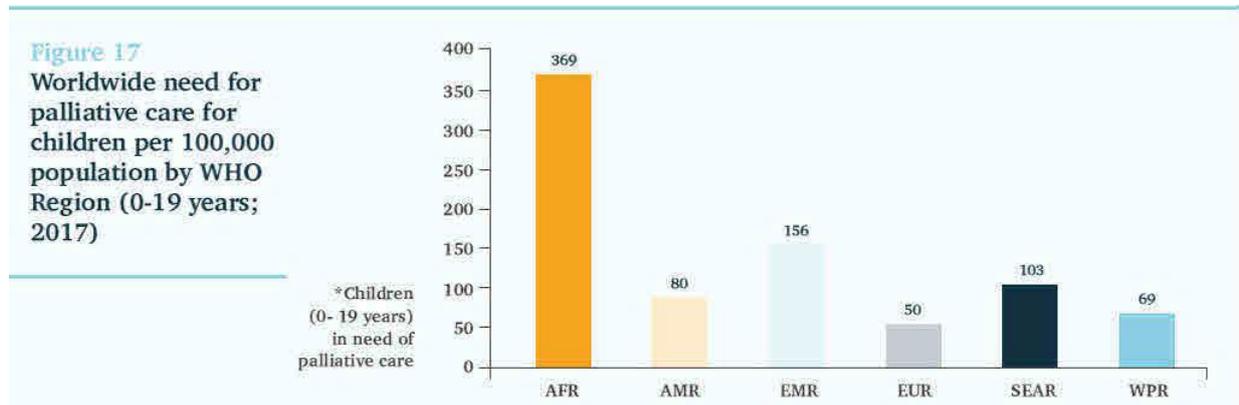


N = 183 Countries

b. Popolazione Pediatrica

La popolazione della regione Molise conta 292.150 abitanti circa. Di questi, la quota minorile (14% secondo i dati ISTAT) conta per circa **39.620** abitanti.

Fabbisogno: si stima che nel mondo più di 20 milioni di minori siano eleggibili alle CPP, un numero rilevante ed in continuo lento progressivo incremento. Sulla base della letteratura richiamata nella bibliografia, si stima che lo **0,2-0,32% della popolazione pediatrica** presenta bisogni di CPP, di questi il 40% necessita di CPP specialistiche. Valutando i dati sulla popolazione totale, quindi, si stima che 34-54 minori ogni 100.000 abitanti necessita di CPP, di cui **18 minori/anno necessita di CPP specialistiche** (3 minori/anno ogni 100.000 con patologia oncologica e 15 con patologia non oncologica), con un tasso di mortalità annua di 2 minori 100.000 abitanti. Per tutti questi minori, la letteratura e le esperienze in atto a livello nazionale ed internazionale, mettono a disposizione strumenti, modelli e tecnologie che permettono di affrontare in maniera efficiente ed efficace i loro bisogni di CPP. Pertanto la stima dei bisogni di CPP specialistiche per la Regione Molise è di circa **52 minori** (Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021). Le tabelle sottostanti riportano il bisogno di cure palliative pediatriche e la stratificazione per patologia e area geografica (Global Atlas of Palliative Care, WHPCA).



3. MONITORAGGIO DELLA RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE (RRCP) DELL'ADULTO AL TERZO E QUARTO 2023 TRIMESTRE E CONFRONTO CON ISTRUTTORIA DI AGE.NA.S

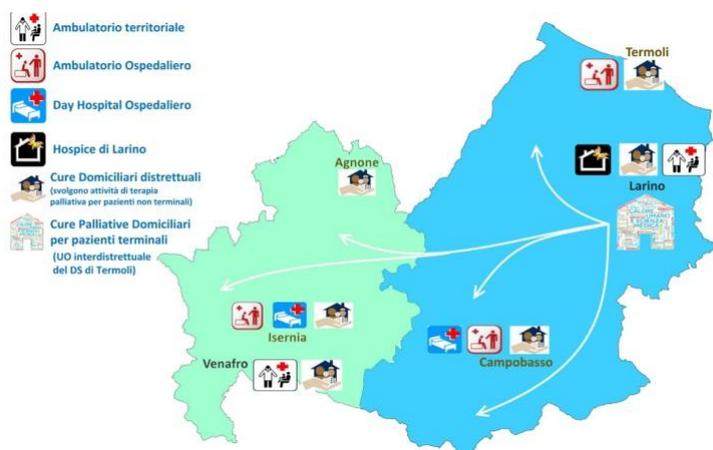
I dati proposti nel presente capitolo sono stati raccolti dall'analisi del flusso dati HOSPICE e il flusso dati SIAD che comprende anche l'attività relativa all'assistenza domiciliare di Cure Palliative di Base e Specialistica, con l'obiettivo di indagare in modo dettagliato lo stato di implementazione della RRCP, il soddisfacimento dei LEA e i modelli assistenziali ai sensi della legislazione nazionale e regionale.

I dati si riferiscono al III e al IV semestre 2023 e sono presentati in forma aggregata.

a. Assetto organizzativo

In regione Molise è presente un'azienda sanitaria A.S.Re.M. ed è prevista un'unica Unità Operativa Semplice a Valenza Dipartimentale (UOSVD) di Cure Palliative.

In particolare, l'A.S.Re.M. garantisce l'offerta di cure palliative a livello sovra distrettuale attraverso l'Unità Operativa di Cure Palliative a valenza dipartimentale cui afferiscono tutti i malati candidati a Palliazione, verso i quali svolge attività di gestione e programmazione del percorso, garantendo la continuità assistenziale tra ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee, in particolare nell' Hospice regionale.



b. Dotazione di personale

Per quanto riguarda lo standard di personale per l'assistenza di cure palliative, il recente Decreto Ministeriale n. 77 del 23/05/2022 non fornisce dei valori numerici, richiedendo tuttavia che la RRCP, nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, debba agire sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale:

- 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 RRCP;
- a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CP Dom), 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.

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 2021. L'Istruttoria Age.na.s sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative ha indagato la presenza o meno nelle singole aziende dei diversi profili professionali richiesti, nel questionario regionale l'obiettivo è stato quello di valutarne la numerosità e l'afferenza strutturale o funzionale alle cure palliative.

Le tabelle sottostanti evidenziano la numerosità del personale strutturalmente o funzionalmente dedicato alle cure palliative, espresso in Full Time Equivalent (FTE) /100.000 abitanti.

Personale strutturalmente o funzionalmente dedicato alle cure palliative	Num. Medici FTE/ 100.000 abitanti	Num. Infermieri FTE/ 100.000 abitanti	Num. Psicologi FTE/ 100.000 abitanti	Num. Fisioterapisti FTE/ 100.000 abitanti	Num. OSS FTE/ 100.000 abitanti	Num. Ass. Sociali FTE/ 100.000 abitanti	Num. Amm. FTE/ 100.000 Abitanti
Regione Molise	0,6 (0,8 – 3,5)	4,3 (0-14)	0,3 (0-1,8)	0,6 (0,3 -1)	4,3 (0 – 6,2)	1 (0 -0,6)	0

Si segnala, come dettagliato successivamente nell'apposito paragrafo del documento, che il personale medico palliativista assicura sia l'attività domiciliare sia l'attività consulenziale presso gli ospedali e le strutture residenziali.

Di seguito è riportato il personale in organico presso l'Unità di Cure Palliative a Valenza Dipartimentale dell'A.S.Re.M. al 31/12/2022.

PIANTA ORGANICA RETE UOSVD CURE PALLIATIVE			
UNITÀ	PROFESSIONE	SETTING	PART TIME/ FULL TIME
2	MEDICO	(HOSPICE + CPDom)	Full Time
1	COORDINATORE INFERMIERISTICO	(HOSPICE + CPDom)	Full Time
1	PSICOTERAPEUTA	(HOSPICE + CPDom)	Full Time
3	ASSISTENTE SOCIALE	(HOSPICE + CPDom)	Full Time
2	FISIOTERAPISTA	HOSPICE	Full Time
12	INFERMIERE	HOSPICE	Full Time
12	OSS	HOSPICE	Full Time

c. LEA art. 21 – Presa in carico mediante percorsi integrati di cura

La rete di cure palliative, individuata con Decreto del Commissario ad acta n. 21 del 31 marzo 2015, nel contesto nazionale di riferimento di cui alla L n. 38 del 15 marzo 2010, prevede una presa in carico condivisa al fine di intercettare le persone aventi qualunque patologia che necessitano di cure palliative, privilegiando l'accesso alle cure palliative domiciliari e in Hospice, riducendo il ricorso all'ospedalizzazione, garantendo la continuità delle cure e le competenze degli operatori delle cure palliative nei diversi setting assistenziali, comprese le strutture residenziali.

Il DCA n. 21 del 31/03/2015 individua il “modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Molise”.

Secondo tale modello l'A.S.Re.M. garantisce l'offerta di cure palliative a livello sovra-distrettuale e l'uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale attraverso l'UOC Cure Palliative, cui afferiscono tutti i malati candidati a Palliazione. L'UOC Cure Palliative svolge attività di gestione e programmazione del percorso dei pazienti con bisogni di cure palliative, definisce e implementa i percorsi assistenziali nello specifico ambito, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture (ambulatoriale, domiciliare o residenziale).

La presa in carico dei pazienti avviene attraverso la stesura dell'orientamento assistenziale (piano assistenziale individuale) tramite l'unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD) che rileva la necessità di una presa in carico in cure palliative ed invia la “*scheda di segnalazione all'inserimento nella Rete di Cure Palliative*” presso L'UOSVD – Hospice.

La segnalazione viene gestita dal Direttore, responsabile della Unità Operativa di Cure Palliative a valenza dipartimentale che provvede a contattare il Medico che ha effettuato la segnalazione, il Medico di Medicina Generale e la famiglia per verificare i bisogni assistenziali e la documentazione ricevuta. L'UCP Dom si integra nel modello organizzativo ADI e garantisce sia il livello base che quello specialistico.

Definizione dei destinatari del servizio

I soggetti aventi diritto sono malati affetti da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita (legge n. 38 del 15.3.2010).

La stima effettuata della regione Molise nelle linee guida citate (DCA n. 21 del 31/03/2015) valuta in 1300 i pazienti neoplastici che ogni anno muoiono sul territorio della ASReM; essi sono tutti potenziali fruitori dei servizi della Rete Cure Palliative che in ogni caso deve raggiungere il 65% degli stessi cioè 845 per soddisfare gli standard minimi secondo il decreto del Ministero della salute n. 47/2007. Ai 845 pazienti neoplastici vanno a sommarsi a quelli che giungono al termine della vita per insufficienze di organo refrattarie e che si stima siano non inferiori al 50% dei neoplastici, quindi si può stimare siano ulteriori 420 pazienti potenziali della rete Cure palliative.

Nel Registro Tumori Regione Molise (2024) di recentissima pubblicazione, sono descritte le frequenze dei casi per anno di diagnosi. Anno 2010 – 2017. Di seguito si riporta la tabella:

Neoplasia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Testa e collo	51	62	74	53	65	57	67	57
Esofago	8	6	10	4	7	12	4	11
Stomaco	88	98	86	88	81	92	79	82
Intestino tenue	10	8	10	3	11	8	6	4
Colon, retto e ano	259	262	263	246	265	217	258	232
Fegato	62	44	51	52	52	67	36	59
Vie biliari	21	32	29	26	21	22	17	14
Pancreas	48	40	45	45	43	51	50	57
Polmone	112	142	124	141	142	157	144	140
Osso	4	3	5	6	6	2	5	3
Pelle, melanomi	44	59	32	45	45	52	57	54
(a) Pelle, non melanomi	434	369	358	510	668	581	580	637
Mesotelioma	7	5	3	7	8	7	4	8
Sarcoma di Kaposi	6	1	0	5	4	7	5	6
Tessuti molli	13	3	8	8	5	9	13	8
Mammella	199	180	190	208	224	225	214	207
Utero, collo	20	17	15	20	20	12	16	15
Utero, corpo+NAS	39	41	46	45	46	41	48	47
Ovaio	32	16	14	27	25	32	27	31
Prostata	173	165	181	202	197	168	173	196
Testicolo	20	16	15	10	12	8	15	12
Rene	36	36	26	33	47	60	38	39
Vescica	111	126	110	119	130	135	154	144
Altre vie urinarie	12	5	14	10	8	5	8	10
Encefalo e SNC (maligni)	23	33	20	25	27	36	38	36
(b) Encefalo e SNC (non maligni)	47	33	28	26	54	45	52	34
Tiroide	72	71	57	78	79	56	50	79
Linfoma di Hodgkin	17	12	9	9	11	11	9	12
Linfoma non Hodgkin	65	54	66	80	72	74	55	55
Mieloma	40	28	41	29	28	32	26	26
Leucemie	57	50	51	58	44	47	44	55
Altre MMPC e SMD	64	50	67	50	60	45	47	47
Altre e non specificate neoplasie	54	62	57	62	47	70	49	59
Totale	2248	2129	2105	2330	2554	2443	2388	2476
Totale escluso (a)/(b)	1767	1727	1719	1794	1832	1817	1756	1805

d. LEA art. 23 – Assistenza domiciliare di cure palliative, di base e specialistica

Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo 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. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale.

Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

- livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, secondo quanto 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 erogate da medici e infermieri 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;
- livello specialistico: costituito da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. 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 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

L'identificazione nei **livelli di base** o **specialistico** può essere determinata in base a tre criteri principali:

1. *Valutazione clinica e multidimensionale*: utilizzo di strumenti basati su criteri generali e specifici per patologia, in grado di definire il livello di gravità e di progressione della malattia ed efficaci per il riconoscimento precoce del bisogno di cure palliative.
2. *Indicatori d'intensità dell'assistenza erogata* (coefficiente intensità assistenziale, CIA): le cure palliative domiciliari specialistiche sono caratterizzate da un CIA $\geq 0,5$; le cure palliative domiciliari di base sono caratterizzate da un CIA $<0,5$ e $>0,20$; CIA è determinato prevalentemente dagli accessi del medico e dell'infermiere; le altre figure professionali, come operatore sociosanitario, fisioterapista, psicologo e assistente sociale, concorrono alla determinazione di CIA per un valore non >20 per cento.
3. *Indicatori di complessità dell'assistenza erogata*: la complessità è caratterizzata dal mix delle risorse professionali coinvolte nel piano di assistenza individuale e misurata dal valore della giornata effettiva di assistenza (valore GEA) in funzione della frequenza e della tipologia professionale degli accessi e delle prestazioni erogate.

In merito alla gestione e governo clinico dei percorsi di cura nella seguente tabella sono riportati i confronti tra le due *équipe* di cure palliative (di base e specialistiche).

	Cure palliative specialistiche	Cure palliative di base
Équipe	<ul style="list-style-type: none">• Multiprofessionale dedicata<ul style="list-style-type: none">✓ Medici specialisti in medicina palliativa✓ Infermieri esperti in cure palliative✓ Operatori dell'équipe con formazione specifica in cure palliative (psicologo, fisioterapista e assistente sociale)	<ul style="list-style-type: none">• Multiprofessionale<ul style="list-style-type: none">✓ Medico di medicina generale Opportunamente formato✓ Infermieri con formazione di base in cure palliative✓ È possibile avvalersi della consulenza degli specialisti in cure palliative

Intensità assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> elevata 	<ul style="list-style-type: none"> variabile
Livello di protezione	<ul style="list-style-type: none"> molto elevato, con necessità di copertura h24 	<ul style="list-style-type: none"> elevato, senza necessità di copertura h24
Sintomatologia	<ul style="list-style-type: none"> sintomi complessi o di difficile trattamento o presenza di più sintomi contemporaneamente frequente e repentina comparsa di nuovi sintomi 	<ul style="list-style-type: none"> sintomi non complessi rara comparsa di nuovi sintomi
Decorso clinico	<ul style="list-style-type: none"> decorso instabile, con necessità di frequenti adattamenti della terapia o di terapie articolate e di monitoraggio molto intenso tendenza a sviluppare complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> decorso relativamente stabile, con buona risposta alla terapia sintomatica intrapresa e con necessità di monitoraggio intenso minore tendenza a sviluppare complicanze

La tabella sottostante descrive il tipo di *équipe* sanitaria che assicura le attività di cure palliative.

ASSISTENZA DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI		
Le cure palliative di base sono assicurate da	Equipe CPDOM + MMG Equipe dedicata di Cure Palliative	L'equipe dedicata di CP interviene su richiesta del MMG
Le cure palliative specialistiche sono assicurate da	Equipe CPDOM Equipe dedicata di Cure Palliative	L'equipe specialistica dell'UOSVD Cure Palliative prende in carico il paziente

(Criticità LEA art. 23)

Si riportano nella tabella sottostante gli indicatori di mortalità in ambito domiciliare secondo il report di Age.na.s relativo all'attività domiciliare di assistenza di cure palliative.

Attività Domiciliare 2018-2019

Tabella 3 – Indicatori di mortalità in ambito domiciliare

Cod_ASL	Descrizione	Decessi per TM (ISTAT)	Numero di assistiti oncologici con prese in carico erogate		di cui con stato di terminalità oncologica deceduti a causa di tumore		di cui con stato di terminalità oncologica deceduti a causa di tumore e con accesso del medico palliativista		% morti in carico alle cure domiciliari	
			2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
201	ASREM	838	416	388	85	100	36	13	10.1	11.9
Molise		838	416	388	85	100	36	13	10.1	11.9

Nella seguente tabella sono riportati i punteggi ottenuti sull'**indicatore D30Z**. L'indicatore esprime il numero di persone decedute a domicilio o in Hospice nel corso di una presa in carico da parte della Rete delle cure palliative. L'obiettivo è quello di misurare l'efficacia della Rete nella presa in carico dei pazienti terminali fino al termine della loro vita. La simulazione del valore assegnato all'indicatore per il 2018 nell'ambito del NSG arrotondato secondo il MOR (Middle Odds Ratio) è di 15,33.

D30Z			
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore			
peso	punteggio	MOR	punteggio
1	15,33	0	15,33

Regione	2014	2015	2016	2017	2018
MOLISE	21,31	19,31	21,91	22,62	12,66

Si riportano i risultati del Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia anno 2021, per quanto riguarda l'indicatore **D30Z** il valore indicatore (%) è di **21,43** e il punteggio finale relativo è pari a **32,86** per l'anno 2021. Tali risultati evidenziano un numero maggiore di prese in carico nella Rete di Cure Palliative degli adulti rispetto agli anni precedenti.

Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Metodologia e risultati dell'anno 2021

Tabella 5. Risultati NSG – sottoinsieme CORE, area distrettuale, anno 2021 (2/2)

Regioni	D22Z Tasso di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata - ADI per intensità di cura (Coefficiente di Continuità Assistenziale-CIA: CIA 1, CIA 2, CIA 3)				D27C % di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche		D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore		D33Za Numero di anziani (275aa) non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	
	Valore Indicatore CIA 1	Valore Indicatore CIA 2	Valore Indicatore CIA 3	Punteggio finale	Valore Indicatore (%)	Punteggio finale	Valore Indicatore (%)	Punteggio finale	Valore Indicatore (per 1.000 ab. 275aa)	Punteggio finale
	(per 1.000 ab.)									
Piemonte	3,10	1,38	1,81	61,20	6,16	77,78	32,25	54,51	76,34	100,00
Valle d'Aosta	0,64	0,35	0,26	1,07	9,67	0,00	29,04	48,08	16,79	43,96
Lombardia	1,28	3,74	2,50	88,35	6,48	73,67	44,49	81,97	70,57	100,00
P.A. Bolzano	0,55	0,28	0,24	0,22	7,64	37,04	25,11	43,21	46,31	100
P.A. Trento	4,10	2,33	2,21	97,07	6,37	73,21	19,51	26,02	144,64	97,00
Veneto	5,87	2,84	3,71	100,00	6,67	66,20	56,15	100,00	68,00	100,00
Friuli V.G.	5,52	2,37	1,51	78,81	4,17	99,86	14,27	15,55	58,16	100,00
Liguria	5,15	3,49	1,23	67,89	7,41	44,56	37,05	64,10	46,30	97,00
Emilia Romagna	4,99	2,38	2,85	96,86	5,45	92,94	47,79	85,58	41,29	97,00
Toscana	8,81	4,24	4,63	100,00	5,61	87,67	41,00	72,01	45,76	100,00
Umbria	3,82	1,83	1,38	57,06	5,68	86,61	29,60	49,19	45,98	100,00
Marche	4,86	3,87	2,11	100,00	4,95	98,74	27,72	48,43	45,58	100,00
Lazio	1,83	3,44	1,73	81,39	5,22	95,88	8,09	6,18	14,01	34,16
Abruzzo	2,86	6,35	4,14	95,56	4,96	98,60	29,87	49,75	19,75	48,17
Molise	1,73	4,01	3,11	89,83	4,07	100,00	21,43	32,86	11,61	31,31
Campania	1,12	2,41	1,81	78,40	4,63	98,10	12,05	17,09	4,07	12,92
Puglia	1,41	2,02	1,78	70,46	5,34	94,43	34,32	58,64	14,88	39,30
Basilicata	3,01	3,46	4,49	96,19	2,64	100,00	25,27	40,54	6,01	14,65
Calabria	nd	nd	nd	nd	7,06	55,50	4,52	0,00	16,52	40,29
Sicilia	1,57	5,44	4,04	89,57	6,15	81,09	28,23	46,47	12,04	29,37
Sardegna	nd	nd	nd	nd	5,42	93,43	nd	nd	nd	nd

nd= non disponibile

Fonti informative indicatori:

D22Z, D33Za: flussi NSIS

D27C: flusso SDO

D30Z: flussi NSIS; Istat



Direzione generale della programmazione sanitaria - Ufficio 6



(Azioni introdotte)

L’A.S.Re.M. valutata la criticità in merito al soddisfacimento del suddetto indicatore con valore soglia al 35% ha istituito un gruppo di lavoro permanente al fine di migliorare il coordinamento tra i soggetti che alimentano il flusso SIAD in merito le Cure Palliative domiciliari e contestualmente progettato dei percorsi formativi che hanno come destinatari i MMG, operatori sanitari dell’ADI, operatori amministrativi dei PUA, equipe di Cure Palliative.

Dall’analisi del flusso SIAD emerge che nel **2023** il **totale dei pazienti** assistiti nel setting Cure Palliative domiciliari di base/specialistiche è di **816 pazienti** ottenendo un risultato estremamente maggiore rispetto al 2022 in cui i pazienti arruolati nella Rete di CPDOM erano **181**.

Tale risultato è sia frutto dello sviluppo delle Cure Palliative Domiciliari in Regione Molise sia una migliore identificazione nell’arruolare correttamente i pazienti in cure palliative tramite il portale che gestisce l’assistenza domiciliare utilizzato dall’ASReM dal 2022.

Di seguito sono riportati i reports dell’attività di assistenza domiciliare in CP che dimostrano come il numero di assistiti con prese in carico erogate nel 2023 sia sensibilmente maggiore rispetto agli anni 2021/2022.

ANALISI PAI ATTIVI ANNO 2023

Setting assistenziale	Campobasso	Bojano	Termoli	Larino	Isernia	Agnone	Venafro	Totale
Assistenza Domiciliare	3663	1730	3139	1472	3853	706	1893	16456
0-14	2	1	16		18		1	38
15-54	168	110	149	89	216	24	101	857
55-64	242	145	176	86	192	35	162	1038
65-74	489	255	454	227	565	100	316	2406
75-84	1052	474	938	397	1118	178	564	4721
85+	1710	745	1406	673	1744	369	749	7396
Cure Palliative	186	116	315	67	56	15	61	816
15-54	12	12	29	8	1	1	3	66
55-64	6	26	29	5	14	7	15	102
65-74	45	21	64	12	11	2	11	166
75-84	63	31	110	24	14	2	14	258
85+	60	26	83	18	16	3	18	224
Totale complessivo	3849	1846	3454	1539	3909	721	1954	17272

e. LEA art. 31 – Assistenza residenziale in Hospice

Il DM n. 43 del 22 febbraio 2007 identifica come standard almeno **1 posto letto ogni 56 persone decedute per tumore**. Lo standard minimo di posti letto Hospice è quindi di 5 PL/100.000 abitanti, pari a circa 15 PL Hospice per la regione Molise.

Il DCA n. 21 del 31 marzo 2015, in attuazione a quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2022-2024, stabilisce che in regione Molise siano previsti 18 PL Hospice a livello regionale (16 + 2 posti letto pediatrici dedicati presso l'U.O. di Pediatria dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso), in linea con lo standard minimo previsto dalla normativa in vigore all'epoca (DM n. 43 del 22 Febbraio 2007).

Il più recente DM n. 77 del 23 maggio 2022 prevede uno standard di **8/10 PL 100.000 abitanti**, che si traducono in un numero compreso tra i 23 ed i 29 PL Hospice a livello regionale in Molise. L'incremento è verosimilmente correlato alla necessità di presa in carico anche dei pazienti con patologia non oncologica, come richiesto dall'OMS e dalla normativa nazionale e regionale ma non previsto precedentemente dal DM n. 43.

(Criticità LEA art. 31)

La tabella sottostante riporta lo stato di avanzamento dell'attivazione dei posti letto Hospice a livello regionale, con lo scarto rispetto a quanto autorizzato e previsto dal DM n. 77 del 23 maggio 2022.

	Popolazione	PL Hospice Attivi	PL/100k Abitanti	PL Hospice previsti dal DM 77/2022 (8/100K abitanti)	Scarto rispetto a DM
Regione Molise	292.150	16	5,5	23	7

Per colmare lo scarto rispetto a quanto previsto dal DM n. 77 del 23 maggio 2022, sarebbe auspicabile l'aumento di almeno 7 posti letto.

Si segnala inoltre che nel conteggio presentato nella tabella precedente non sono stati considerati i 2 posti letto pediatrici previsti da programmazione presso l'U.O. di Pediatria dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso.

(Punti di forza LEA art. 31)

I requisiti minimi specifici e di qualità per l'autorizzazione e accreditamento - Hospice disciplinati dalla L.R. 18/2008 ("Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private") e successive modifiche con DCA n. 04 del 31/01/2017 "Manuale di Autorizzazione", "Manuale di Accreditamento" e "Manuale delle Procedure", prevedono per quanto riguarda l'assetto organizzativo e di personale lo standard seguente:

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO di Strutture residenziali – domiciliari per Cure Palliative – Hospice, in un modulo di 10 p.l. sono:	
Presenza di una Equipe multidisciplinare e multi professionale, composta almeno da medico, infermiere, operatore tecnico dell'assistenza, fisioterapista, psicologo, assistente sociale, assistente spirituale	
Figure professionali	
Medico di Guardia	3 (ulteriore assistenza garantita dal MMG e dalla guardia Medica)
Direttore Sanitario - Medico Responsabile	0,10
Medico Specialista (palliativista)	0,20
Terapista della riabilitazione	1
Infermiere Professionale	6,5
OSS	12
Psicologo	0,6
Assistente Sociale	0,6
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento possono essere aggiunte altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

La numerosità totale del personale dedicato all'Hospice risulta **essere in linea con i requisiti minimi specifici e di qualità** per l'autorizzazione e accreditamento stilati secondo normativa regionale.

f. LEA art. 38 – Assistenza di cure palliative nelle strutture per acuti

Nell'articolo n. 38 dei nuovi LEA (DPCM 12 Gennaio 2017) le cure palliative sono espressamente citate come prestazioni cliniche, farmaceutiche e strumentali necessarie per l'inquadramento diagnostico e terapeutico, che devono essere garantite durante l'attività di ricovero (*codice 99, regime diurno*). Durante gli ultimi 6-12 mesi di vita la maggior parte dei pazienti con tumore o insufficienza d'organo in fase avanzata sperimenta un peggioramento dei sintomi, con traiettorie specifiche per patologia, che porta a ricoveri presso le strutture sanitarie per acuti. Frequentemente poi la causa ultima dell'accesso ai servizi di emergenza è una crisi gestionale o emotiva dei caregivers principali.

L'ospedale resta, di fatto, il luogo dove ancora decede la maggior parte di questi pazienti, soprattutto in assenza di una presa in carico da parte dei servizi territoriali di cure palliative. Nonostante la cura dei pazienti in fine vita sia attività quotidiana all'interno degli ospedali, la letteratura evidenzia come spesso la gestione degli stessi sia carente in termini di appropriatezza clinica, adeguatezza comunicativa e pianificazione delle cure e dei trasferimenti intra-extra ospedalieri, a prescindere dalla patologia di base.

(Criticità LEA art. 38)

Di seguito si riporta la tabella del report Age.na.s relativa l'attività ospedaliera e nello specifico agli indicatori di mortalità con diagnosi oncologica, da cui risulta che il 25,7% dei decessi di questi pazienti avviene in ospedale e il 4,7% in PS.



Attività ospedaliera 2018-2019

Tabella 1 – Indicatori di mortalità per TM

Cod_AS_L	Descrizione	Decessi per TM (ISTAT)	n decessi in ospedale per TM		n decessi in area PS		n decessi a 7gg dalla dt dimissione		n decessi a 24h dalla dt dimissione		% decessi in ospedale per TM		% decessi in area PS		% decessi a 7gg dalla dt dimissione		% decessi a 24h dalla dt dimissione	
			2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
201	ASREM	838	183*	215	0*	39	136*	136	42*	41	21.8*	25.7	0.0*	4.7	16.2*	16.2	5.0*	4.9
Molise		838	183*	215	0*	39	136*	136	42*	41	21.8*	25.7	0.0*	4.7	16.2*	16.2	5.0*	4.9

*I dati dell'annualità 2018 sono stati stimati per via di una diversa attribuzione dei codici di modalità dimissione

(Punti forza LEA art. 38)

L'A.S.Re.M. nel 2021 ha avviato un progetto assistenziale aziendale di "Cure Palliative Intraospedaliere" che si prefigge di trattare tutti i pazienti che accedono al servizio ospedaliero per i quali venga diagnosticata una condizione patologica con verosimile aspettativa di vita inferiore un anno.

Ambulatorio di consulenza integrata multidisciplinare di cure palliative intraospedaliere ha funzioni di:

- Consulenza cure palliative per le Unità operative di degenza dei presidi ospedalieri della Azienda.
- Presa in carico e follow up dei pazienti inviati dai reparti di degenza con particolare riferimento a quelli ad elevato rischio di riammissione ospedaliera
- Raccordo con la Rete extra ospedaliera di Cure Palliative
- Raccordo con i MMG

Si specifica che l'equipe di Cure Palliative come riportato in precedenza presta servizio di consulenza presso i presidi ospedalieri dell'A.S.Re.M.

g. LEA art. 15 – Ambulatori di cure palliative

Il decreto del presidente del consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 (Aggiornamento del Livelli Essenziali di Assistenza) aggiorna la lista delle prestazioni che il Servizio sanitario nazionale garantisce nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale, tra queste è citata anche l'attività di cure palliative dettagliata come "Prima visita" con codice 89.07.A e "Visita di controllo" con codice 89.01.R.

Nella RRCP della regione Molise è presente anche l'Ambulatorio di Cure Palliative presso l'Hospice di Larino (CB) gestito dall'UOC Cure Palliative. Tale ambulatorio assicura l'assistenza ai pazienti con un buon grado di autonomia funzionale e motoria, nonché garantisce il supporto alle Cure Domiciliari, con le seguenti funzioni:

- presa in carico di pazienti dimessi dall'ospedale;
- valutazione dei malati su richiesta del medico di medicina generale;
- pratica di interventi invasivi non eseguibili a domicilio.

Nell'anno 2022 sono state eseguite 78 visite presso l'ambulatorio di Cure Palliative.

In tal senso, come richiesto anche dal DM n. 77 del 23 maggio 2022, è necessario un consolidamento della Rete di Cure Palliative attraverso l'implementazione dell'attività ambulatoriale.

Grazie allo sviluppo della Rete di Cure Palliative nell'assistenza domiciliare sono aumentate le prese in carico presso le due RSA pubbliche dell'ASReM site nelle case della salute di Larino e Venafro.

h. Formazione aziendale in ambito di cure palliative

Le disposizioni dell'Intesa Governo, Regioni e Province Autonome del 27/07/2020 specificano i requisiti strutturali, organizzativi e di processo per l'accreditamento delle RLCP in coerenza con la normativa precedente.

In ambito formativo è richiesto che la RRCP definisca un piano di formazione annuale multidisciplinare e multiprofessionale per gli operatori della rete individuando i relativi obiettivi formativi in coerenza con quanto previsto dall'art. 8, comma 2, della legge n. 38/2010, dall'Accordo 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 87/CSR) e dai programmi obbligatori di formazione continua di cure palliative regionali.

Ogni anno l'A.S.Re.M. progetta un percorso formativo multidisciplinare e multiprofessionale per gli operatori della Rete di Cure Palliative "Percorsi di sviluppo professionale per gli operatori in cure palliative" destinato ad operatori impiegati nell'UOSVD di Cure Palliative.

Nell'anno 2023 l'A.S.Re.M. ha progettato un percorso formativo di Cure Palliative di Base che ha come destinatari MMG, operatori sanitari dell'ADI, operatori amministrativi dei PUA oltre il personale dell'equipe di Cure Palliative

4. RICOGNIZIONE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

Con Decreto del Commissario Ad Acta n. 46 del 08/07/2015, la Regione Molise istituisce la Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche.

Il Riferimento di cure palliative e di terapia del dolore pediatriche è un'articolazione della Rete Regionale di cure palliative per adulti, che svolge attività di diagnosi, cura, formazione e ricerca.

Ha il ruolo di coordinamento della Rete su tutto il territorio della Regione, concorre al sostegno metodologico e alla diffusione degli strumenti condivisi di lavoro, partecipa alla valutazione dei bisogni assistenziali nella progettazione dei piani di cura dei singoli casi (U.V.M.), concorre alla definizione delle strategie terapeutiche per il trattamento del dolore nell'età pediatrica, supporta la formazione degli operatori territoriali e del caregiver ed il monitoraggio delle attività.

Le UU.OO. di Pediatria ospedaliera e l'U.O. di Neonatologia concorrono a definire il piano di assistenza e cura supportando la gestione domiciliare e concorrendo alla gestione dell'emergenza. La residenzialità specialistica protetta per la Rete regionale di cure palliative pediatriche è attuata, considerata l'esigua epidemiologia, con l'attivazione di 2 posti letto dedicati presso l'U.O. di Pediatria dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso. Per l'eventuale gestione domiciliare dei singoli casi, rispetto alle necessità diagnostiche terapeutiche, fatte salve le competenze per l'età neonatale poste in capo all'U.O. di Neonatologia di Campobasso, provvede direttamente la rete regionale nella presa in carico sin dalla definizione del piano di assistenza e garantisce la rintracciabilità telefonica H24 per gli operatori della Rete.

Le UU.OO. ospedaliere assicurano le consulenze specialistiche in tutte le fasi del percorso assistenziale della patologia inguaribile e partecipano, per aspetti tecnici, all'addestramento del caregiver, le strutture ospedaliere concorrono alla gestione dei ricoveri nelle fasi acute della malattia.

La Rete Regionale di TD e CPP dispone di un'equipe multispecialistica e multiprofessionale quale articolazione della Rete Regionale di cure palliative per adulti composta da:

- a) Medico inquadrato nella disciplina "Cure Palliative" con specifica formazione ed esperienza in cure palliative pediatriche e terapia del dolore;
- b) Infermiere con esperienza e formazione in TD e CP pediatriche;
- c) Psicologo con esperienza e formazione in TD e CP pediatriche.

Il PLS/MMG è il referente della conduzione clinica domiciliare di base del minore, la gestione specialistica domiciliare prevista dalle dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la rete di cure palliative e di terapia del dolore pediatriche sarà garantita in coerenza con lo sviluppo di modelli assistenziali di case management/primary nursing;

Con Decreto del Commissario ad acta n. 51 del 30/07/2023 e con il Decreto del Commissario ad acta n. 8 del 22/02/2022, la Regione Molise attraverso l'attivazione della linea progettuale N. 3 "Costituzione e implementazione della rete di terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative in area pediatrica" ha trasferito finanziamenti all'azienda sanitaria al fine di reclutare pediatri esperti in cure palliative e personale sanitario formato in cure palliative pediatriche.

5. AREE DI MIGLIORAMENTO

LEA Art. 23 – Assistenza domiciliare di cure palliative, di base e specialistica

Per la maggior parte dei pazienti del domicilio l'assistenza infermieristica, anche per le cure palliative specialistiche, è affidata all'ADI. A fronte di una carenza di personale diffusa in tutta la nazione sono sicuramente virtuosi i tentativi di integrazione, ma è necessario considerare le diversità dei due servizi e l'intensità di cura richiesta per soddisfare i bisogni dei pazienti in cure palliative, che rischia di non poter essere sempre assicurata con le modalità di funzionamento dell'ADI, come evidenziato anche dai dati di letteratura prodotti a livello nazionale.

Infine i risultati del questionario Age.na.s. fanno emergere una difficoltà nel soddisfacimento del presente LEA per quanto riguarda la pronta disponibilità medica e infermieristica H24 di personale dedicato e formato, non possibile nella maggior parte dei casi in relazione all'esiguità del personale.

PROGETTUALITÀ	È necessario prevedere, dove possibile, delle equipe infermieristiche strutturalmente o funzionalmente dedicate alle cure palliative, anche in integrazione con l'ADI. È necessario un incremento progressivo delle risorse umane dedicate alle Cure Palliative in modo da raggiungere gli standard richiesti per l'assistenza domiciliare.
----------------------	--

LEA Art. 31 – Assistenza residenziale in hospice

La Regione Molise ha attualmente 5,5 PL Hospice attivi ogni 100.000 abitanti, in ottemperanza con quanto previsto dal DM n. 43 del 22/03/2007, di -7 posti letto rispetto a quanto previsto dal DM n. 77 del 23 Maggio 2022.

La transizione demografica ed epidemiologica cui stiamo assistendo si associa all'invecchiamento della popolazione ed all'incremento di incidenza e prevalenza di patologie cronico-evolutive complesse e/o in fine vita, con incremento dei bisogni di cure palliative soprattutto nella patologia non oncologica.

L'impovertimento della rete sociale e la riduzione del supporto familiare e sociale per le persone anziane che si avviano alla fine della vita (aumento dei nuclei unifamiliari, riduzione del numero di figli in grado di assistere genitori anziani, etc.) rendono spesso impraticabili percorsi di assistenza domiciliare, rischiando di ridurre la capacità di presa in carico della popolazione interessata da parte dell'azienda sanitaria in assenza di una dotazione adeguata di posti letto Hospice.

PROGETTUALITÀ	Adeguamento dei posti letto Hospice aziendali secondo quanto previsto dal DM n. 77 del 22/05/2022 prevedendo un'implementazione uniforme a garanzia dell'Art. 31 del LEA, di quanto richiesto con l'obiettivo finale di potenziamento delle cure palliative (almeno +7 PL ulteriori), al fine di raggiungere entro il 2028 il 90% della popolazione interessata (L n. 197 del 29/12/2022)
----------------------	---

La regione Molise ha di recente aggiornato le tariffe di riferimento regionale per servizi residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili in merito la classificazione delle Strutture e livelli di intensità di cure, inserendo l'Hospice nella tipologia R1 fissando la tariffa giornaliera a 142,00€.

LEA Art. 38 – Assistenza di cure palliative nelle strutture per acuti

Lo stato di avanzamento dell'attivazione dei servizi ospedalieri di cure palliative negli ospedali che insistono sul territorio regionale è sostanzialmente uniforme, prevede l'accesso al servizio in quasi tutti gli ospedali e, nella quasi totalità dei casi, l'offerta di cure palliative è assicurata tramite consulenze delle équipes di cure palliative territoriali. Il dato è rilevante ai fini della programmazione riguardante lo standard di personale, che dovrà assicurare sia l'assistenza domiciliare sia l'attività nelle strutture per acuti.

PROGETTUALITÀ	È necessario completare l'offerta assistenziale nelle strutture ancora carenti e fare in modo che la stessa sia strutturata formalmente, rientri nei Percorsi Integrati di Cura e sia quantificabile la codifica delle cure palliative nel flusso SDO con codice 99, come previsto dalla legislazione vigente. <i>Area interessata dai requisiti per l'accreditamento delle RLCP.</i>
---------------	---

LEA Art. 15 – Ambulatori di cure palliative

Lo stato di avanzamento dell'attivazione degli ambulatori di cure palliative, distinti dagli ambulatori di cure simultanee oncologiche, è ancora da completare sul territorio regionale. L'unico ambulatorio di CP è a Larino (CB) nel Distretto Sanitario di Termoli. I restanti distretti ne sono sprovvisti.

PROGETTUALITÀ	È necessario un consolidamento della Rete di Cure Palliative attraverso l'implementazione dell'attività ambulatoriale, a garanzia del soddisfacimento dei bisogni del cittadino e della legislazione vigente. In considerazione della tipologia di pazienti, spesso fragili e complessi è opportuna una programmazione che preveda la graduale attivazione di un ambulatorio di cure palliative per distretto. <i>Area interessata dai requisiti per l'accreditamento delle RLCP.</i>
---------------	--

Standard di Personale

Dai risultati del questionario inviato Age.na.s è emerso un quadro disomogeneo in merito i diversi setting, caratterizzato tuttavia in generale da carenza/assenza di personale sanitario strutturalmente o funzionalmente dedicato alle cure palliative quale parte fondamentale e integrante dell'équipe multiprofessionale e multidisciplinare specialistica, a fronte della richiesta alle équipes di soddisfare i LEA riguardanti strutture per acuti, ambulatori e domicilio.

Tale carenza giustifica alcune criticità evidenziate dall'Istruttoria Age.na.s sullo stato di attuazione della L n. 38/2010 in materia di rete delle cure palliative, tra cui l'alta percentuale di decessi ospedalieri per i pazienti oncologici, la disomogeneità nella copertura H24 7/7 da parte di personale dedicato per le cure palliative domiciliari specialistiche, la difficoltà nell'apertura degli ambulatori di cure palliative e l'impossibilità di incrementare in modo sistematico la presa in carico dei pazienti con patologia non tumorale e/o in fase precoce.

In particolare nell'assistenza domiciliare specialistica di Cure Palliative, la mancanza di medici palliativisti strutturati in pianta organica, non permette di garantire i LEA del Nuovo Sistema di Garanzia, nello specifico l'indicatore core D30Z - *Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore-*.

PROGETTUALITÀ	<p>È necessario un incremento progressivo delle risorse umane dedicate alle Cure Palliative in modo da raggiungere gli standard richiesti in termini di copertura del bisogno nella popolazione, in ogni setting di cura e per qualsiasi patologia. In assenza di una normativa nazionale e regionale specifica dedicata allo standard di personale è necessario prevedere un tavolo tecnico di discussione a livello regionale con la produzione di un “documento tecnico di sviluppo”, facendo riferimento a quanto suggerito da documenti internazionali e dalla letteratura scientifica.</p> <p>Il Tavolo tecnico avrà il compito di predisporre un piano triennale di sviluppo delle reti delle cure palliative per adulti e pediatriche e l’avvio dell’accreditamento delle reti ed il Piano di potenziamento delle cure palliative ai sensi dell’articolo 5, comma 4-bis della legge 15 marzo 2010, n. 38, come modificato dall’articolo 1, comma 83 della legge 29 dicembre 2022, n. 197 (G.U. 29/12/2022, n.303).</p>
---------------	--

Formazione aziendale in ambito di cure palliative

L’A.S.Re.M. si è attivata in modo uniforme per una formazione continua degli operatori sanitari di cure palliative programmando un piano formativo annuale per gli operatori afferenti strutturalmente alla Rete di Cure Palliative, partendo da una ricognizione dei bisogni formativi e concordando il piano con l’organismo di coordinamento della Rete di CP (*Area interessata dai requisiti per l’accreditamento delle RLCP*).

PROGETTUALITÀ	<p>È necessario programmare dei percorsi formativi per gli operatori afferenti funzionalmente alla Rete di Cure Palliative come MMG, operatori dell’ADI.</p>
---------------	--

5. PIANO DI IMPLEMENTAZIONE REGIONALE DELLE CURE PALLIATIVE NELLA REGIONE MOLISE

Il Piano di implementazione regionale delle cure palliative nella regione Molise, per la Popolazione Adulta e Pediatrica, pertanto prevede:

1. L' avvio di procedure di verifica di qualificazione per l'accreditamento della rete regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche e per la Rete di Cure Palliative regionale dell'adulto. In particolare l'attivazione di percorsi finalizzati al soddisfacimento dei requisiti di qualificazione per l'accreditamento delle reti, coerenti con la normativa vigente e i bisogni dei pazienti, quale condizione necessaria per permettere all' azienda sanitaria una programmazione sul medio termine che miri a colmare alcune delle lacune evidenziate dall'istruttoria Age.na.s sullo stato di attuazione della L n. 38/2010 in materia di rete delle cure palliative, tra cui:
 - a. Assetto organizzativo;
 - b. Presa in carico mediante "Percorsi Integrati di Cura" uniformi a livello aziendale e regionale;
 - c. Soddisfacimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (domicilio, Hospice, struttura per acuti, ambulatorio);
 - d. Formazione uniforme e costante all'esterno della rete di cure palliative mediante progetti formativi dedicati;
 - e. Accessibilità del servizio e informativa sullo stesso (carta dei servizi, pagina web dedicata).
2. Costituzione di un gruppo di lavoro composto dai membri del Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore ed esperti della società scientifica di riferimento (SICP) per la stesura di un documento tecnico a favore del potenziamento delle cure palliative nella declinazione pediatrica e dell'adulto. Tale progettualità è prioritaria per:
 - a. Fornire una guida all'azienda per il percorso di accreditamento;
 - b. Suggestire strategie, anche di riorganizzazione interna e di utilizzo delle nuove tecnologie, per colmare il gap tra offerta assistenziale attuale e standard richiesti;
 - c. Proporre uno standard minimo di personale strutturalmente o funzionalmente dedicato alle cure palliative partendo dallo studio della situazione attuale e degli obiettivi richiesti dalla normativa, e facendo riferimento a quanto suggerito da documenti internazionali e dalla letteratura scientifica.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Portale ISTAT (<http://dati.istat.it/Index.aspx>);
2. Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition – Worldwide Palliative Care Alliance – 2020;
3. Libro Italiano di medicina e cure palliative - 3°ed 2019 – Poletto Editore srl;
4. Riolfi et al. “Efficacia e criticità nelle cure palliative domiciliari per il paziente oncologico: studio retrospettivo di coorte”. *Recenti Progressi in Medicina*, 2021. 112: 647-652.
5. Registro Tumori – Regione Molise (2024) Campobasso 2024.
6. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia DM 12 marzo 2019 Metodologia e risultati dell’anno 2021;
7. Normativa regionale e nazionale.