

ALLEGATO 1

PIANO REGIONALE DI POTENZIAMENTO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE NEL QUADRO DELLA PROGRAMMAZIONE DI CUI ALLA DGR XII/3720/2024 E RELATIVO STATO DI ATTUAZIONE E SVILUPPO PER L'ANNO 2026

*Secondo lo Schema orientativo fornito da Agenas
(ai sensi della legge 29 dicembre 2022, n. 197, art. 1, c. 83)*

Sommario

PREMESSE	2
1. RIFERIMENTI NORMATIVI	2
2. OBIETTIVI E IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI.....	4
3. ANALISI DELL'ESISTENTE E AREE DI MIGLIORAMENTO	6
3.1. Epidemiologia dei bisogni di salute rilevati e/o stimati nella popolazione adulta e pediatrica	7
3.2. Stato di attuazione delle norme previgenti.....	14
3.3 Monitoraggio dell'offerta assistenziale nelle Reti Locali di Cure Palliative dell'adulto	15
3.4. Monitoraggio dell'offerta assistenziale nelle reti di cure terapia del dolore e palliative pediatriche.....	19
4. INTERVENTI E AZIONI DI MIGLIORAMENTO	20
4.1. Descrizione del modello organizzativo regionale di cure palliative	20
4.2. Azioni programmate per l'attuazione delle norme previgenti	21
4.3. Azioni programmate per il raggiungimento degli standard del DM n.77/2022.....	21
5. INDICATORI PER IL MONITORAGGIO DELLE RETI DI CURE PALLIATIVE	21
6. STANDARD DI PERSONALE, COSTI E FINANZIAMENTI	21
6.1. Le dotazioni organiche	21
6.2 Finanziamenti.....	22
7. AREE DI INTERVENTO E DI MIGLIORAMENTO	24
8. CONCLUSIONI	26

PREMESSE

Regione Lombardia ha posto, tra i suoi obiettivi qualificanti, lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative prestando particolare attenzione alla qualità delle prestazioni erogate e rivolte a questa fascia fragile di assistiti cui il servizio è diretto. In tal senso, le azioni sviluppate sinora e quelle da programmazione regionale nel corso della XII Legislatura, favoriscono il potenziamento della rete di cure palliative in coerenza alla L. n.38/2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” così come integrata dall’art.1, comma 83, della L. n.197/2022.

In linea con le disposizioni legislative sopra richiamate e con il *Piano di potenziamento della Rete di cure palliative* approvato con DGR n. XII/1512/2023, la DGR n. XII/3720 del 30.12.2024 - allegato 4, paragrafo 4.5.5 “Rete cure palliative” - si pone in continuità con quanto già attuato e stabilisce nell’ambito della programmazione per il 2025 che si procederà a un consolidamento progressivo della performance delle Reti Locali delle Cure Palliative (RLCP), con particolare attenzione all’appropriata gestione dei percorsi assistenziali e all’incremento del numero di pazienti presi in carico, al fine di ottemperare all’obiettivo nazionale di cui alla L. n.197/2022 della presa in carico, entro l’anno 2028, da parte della Rete regionale di Cure palliative del 90% della popolazione con bisogni di cure palliative.

Il presente documento è redatto in conformità allo “Schema orientativo per la redazione del Piano regionale di potenziamento della rete di cure palliative (ai sensi della legge 29 dicembre 2022, n.197, art. 1 c. 83)” proposto da Agenas al fine di uniformità su tutto il territorio nazionale.

1. RIFERIMENTI NORMATIVI

Nazionali

- *Legge 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” (G.U. n. 65 del 19/3/2010) che tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell’autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l’equità nell’accesso all’assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza;*
- *Intesa n. 151/CSR del 25 luglio 2012: Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute, di cui all’art. 5 della L. 15 marzo 2010 n.38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e di terapia del dolore, del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR);*
- *Accordo n. 87/CSR del 10 luglio 2014: individua le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e terapia del dolore; prevede le strutture sanitarie coinvolte nelle suddette reti; definisce i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità per i professionisti operanti nelle reti;*
- *DPCM del 12 gennaio 2017: “Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” ed in particolare gli articoli 21, 23, 31 e 38;*
- *Accordo n. 118/CSR del 27 luglio 2020: “Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38” (Rep Atti n. 118/CSR);*
- *Accordo n. 30/CSR del 31 marzo 2021 “Accreditamento delle reti di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38”;*
- *DM 77 del 23 maggio 2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”;*
- *Legge 29 dicembre 2022, n. 197 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025”. Pubblicata nella Gazz. Uff. 29 dicembre 2022, n. 303, S.O.*

Regionali

- *Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità” e s.m.i.;*
- *DCR n. XII/395 del 25 giugno 2024 “Piano Socio Sanitario Integrato Lombardo 2024-2028”;*
- *DGR n. IX/4610/2012 “Determinazioni in ordine alla Rete di Cure Palliative e alla Rete di Terapia del Dolore in regione Lombardia in applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”;*
- *DGR n. X/5455/2016 “Realizzazione dei percorsi formativi per i professionisti delle Reti di cure palliative e di terapia del dolore in attuazione dell’Accordo n. 87/CSR del 10 luglio 2014: approvazione del progetto Eupolis Lombardia”;*
- *DGR n. X/5918 del 28 novembre 2016 “Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario”;*
- *DGR n. X/6691 del 9 giugno 2017 “Ulteriori disposizioni in merito al modello organizzativo della rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore in Lombardia” che, tra l’altro, provvede ad istituire i due rispettivi Organismi di Coordinamento;*
- *DGR n. XI/5181 del 06.09.2021 “Aggiornamento degli atti di indirizzo per le strutture ospedaliere e le unità d’offerta della rete territoriale in relazione alla emergenza pandemica da Covid-19 e ulteriori determinazioni” che, tra l’altro, recepisce gli Accordi n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27 luglio 2020, e n. 30/CSR del 25 marzo 2021 in tema di accreditamento delle Reti di cure palliative, di terapia del dolore, nonché di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche;*
- *DGR n. 7592 del 15 dicembre 2022: “Attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento. recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale (primo Provvedimento)”;*
- *DGR n. X/1046 del 17 dicembre 2017 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2019” che introduce standard di esercizio per il governo della UCP-Dom in termini di controllo dell’appropriatezza del CIA;*
- *DGR n. XI/7592 del 15 dicembre 2022 “Attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento. recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale (primo Provvedimento)”;*
- *DGR n. XI/7758 del 28 dicembre 2022 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di Programmazione per l’anno 2023”;*
- *DGR n. XII/430 del 12 giugno 2023 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 salute componente 1 -investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina subinvestimento 1.1 –assistenza domiciliare - approvazione Piano Operativo Regionale”;*
- *DGR n. XII/715 del 24 luglio 2023 “Determinazioni in ordine all’attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante “PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina subinvestimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - relativamente all’incremento del numero di prese in carico in cure domiciliari di persone over 65 anni secondo i target definiti dal DM 23 gennaio 2023 (G.U. n.55 del 6 marzo 2023) attraverso la stipula di contratti di scopo a valere sulle risorse di PNRR ripartite dal medesimo decreto nel quadro della cornice regolatoria del DM 77/2022 – codice CUP di progetto E89G21000020006”;*
- *DGR n. XII/850 del 8 agosto 2023: “Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di Programmazione del SSR per l’anno 2023. Secondo provvedimento”;*
- *DGR n. XII/1512 del 15 dicembre 2023 “Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l’anno 2023 e attuazione dell’art. 7 della l.r. 2/2023 “Assesamento al Bilancio 2023-2025 con modifiche di leggi regionali”, allegato 2) “Piano regionale di potenziamento della rete di cure*

palliative nel quadro della programmazione di cui alla DGR 7758/2022 e relativo stato di attuazione”;

- *DGR n. XII/1827 del 31 gennaio 2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di Programmazione del SSR per l’anno 2024”, in particolare allegato 4) punti 4.7.0.5. “Rete cure palliative” e 4.7.0.6. “Rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche Promozione dello sviluppo della Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche (RTD-CPP)”;*
- *DGR n. XII/3720 del 30 dicembre 2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di Programmazione del SSR per l’anno 2025”, in particolare Allegati 4, 5 punti 4.5.5 “Rete cure palliative”, 5.6.3. “Analisi dello stato di attuazione delle reti territoriali delle cure palliative implementazione in relazione ai nuovi bisogni.”*
- *DGR XII/2856/2024 recante “Determinazioni in ordine all’attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante “PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - attraverso la stipula di contratti di scopo a valere sulle risorse di PNRR ripartite dal DM 23 gennaio 2023 (G.U. 55 del 6 marzo 2023). anno 2024 – codice CUP di progetto E89G21000020006”;*
- *D.G.R. n. XII/4622/2025 “Determinazioni in ordine all’attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante “PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - attraverso la stipula di contratti di scopo a valere sulle risorse di PNRR ripartite dal dm 8 aprile 2025 (GU n. 11 del 15/05/2025) anno 2025 – codice CUP di progetto E89G21000020006”;*
- *DGR XII/5096/2025 “Determinazioni in merito all’obiettivo di investimento previsto dal PNRR alla Missione 6 componente 1 - sub-investimento m6c1 1.2.1: "Casa come primo luogo di cura (ADI)" attraverso il potenziamento sperimentale dei servizi offerti degli erogatori con contratti di scopo ai sensi della DGR 4622/2025”;*

2. OBIETTIVI E IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI

Il Decreto Ministeriale n. 77/2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” prevede che la Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), nell’ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, debba agire sul territorio di riferimento assicurando, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l’erogazione dell’assistenza:

- *nell’ambito di strutture di degenza ospedaliera, in regime consulenziale, attraverso équipe di cure palliative che facilitano l’attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportando le unità operative ospedaliere 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 con la previsione di un’équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (UCPDOM) ogni 100.000 abitanti, in integrazione con il medico di medicina generale, per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7 per i pazienti in cure palliative domiciliari specialistiche;*
- *nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto hospice ogni 100.000 abitanti.*


I citati 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) per le Reti Locali di Cure Palliative dell’adulto e l’Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 per la Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche.

La Legge n. 197/2022 stabilisce per le Regioni e le Province autonome l'obiettivo della copertura del 90% del fabbisogno di cure palliative, da raggiungere entro il 2028. La sezione O del CTS del Ministero della Salute ha stimato la prevalenza del bisogno di Cure Palliative specialistiche, nell'ambito delle attività delle Reti di Cure Palliative dell'adulto, in 335 persone/100.000 abitanti adulti anno. In ambito Pediatrico invece la sezione O del CTS del Ministero della Salute ha stimato che la prevalenza del bisogno di Cure Palliative Pediatriche specialistiche è pari a 18 /100.000 abitanti/anno.

Tali obiettivi, contestualizzati nella realtà regionale lombarda che conta 10.035.481 abitanti (dati Istat 01/01/2025), di cui 8.507.126 adulti e 1.528.355 minori (15,2%), sono di seguito riportati:

- obiettivi da raggiungere entro giugno 2026 di cui al Decreto Ministeriale n. 77 del 23/05/2022:
 - Attivazione di almeno 100 équipe assistenziali multiprofessionali dedicate o specificatamente formate (UCPDOM) con operatività h 24 per 7 giorni su 7 per i pazienti in cure palliative domiciliari specialistiche;
 - Attivazione di un numero minimo compreso tra gli 800 ed i 1.000 PL Hospice a livello regionale lombardo;
 - Attivazione degli ambulatori di cure palliative, in un'ottica di medicina di prossimità e in integrazione con lo sviluppo delle Case di Comunità;
 - Garanzia di accessibilità alle cure palliative nelle strutture per acuti che insistono sul territorio regionale;
 - Garanzia di accessibilità alle cure palliative nelle strutture residenziali che insistono sul territorio regionale;
 - Garanzia di accessibilità a tutti i minori eleggibili, alla presa in carico da parte della Rete regionale di TD e CPP;
- obiettivi da raggiungere entro Dicembre 2028 di cui alla Legge n.197/2022:
 - Presa in carico da parte della RLCP di circa 28.174 pazienti adulti/anno sul territorio regionale;
 - Presa in carico da parte della Rete regionale Lombardia di Terapia del dolore e Cure Palliative pediatriche di 1.800 minori/anno.

3. ANALISI DELL'ESISTENTE E AREE DI MIGLIORAMENTO

Tab. 1 Fotografia del quadro geopolitico ed economico Lombardo, offerta di assistenza e cura, setting dove i pazienti cronici end stage muoiono	
	Il territorio della regione Lombardia è idealmente suddivisibile in tre fasce: montana, pedemontana e pianura. Si estende per 23,9 mila Km² (quarta regione in Italia), con una densità abitativa di 420,2 ab/Km² ed ha un'amministrazione politica che vede nel suo contesto 11 provincie, 1 città metropolitana, 1.502 comuni e 23 comunità montane.
	Sono 10.035.481 gli abitanti residenti in Lombardia stimati-al 01 gennaio 2025 (12% stranieri). Secondo i dati ISTAT, la variazione demografica nazionale ha mostrato un calo di circa -0,6 per mille nel 2024. Al contrario, le elaborazioni demografiche per l'area settentrionale (Nord-Ovest), che comprende la Lombardia, segnalano un tasso di variazione della popolazione positivo, tra +2,3 e +2,9 per mille nello stesso periodo
	L'ultimo valore assoluto disponibile del PIL della Lombardia è pari a 490,4 miliardi di euro, 48.175 pro capite, che pone la regione al 9° posto in Europa (anno 2023, dato consolidato), corrispondente a circa il 23% del PIL nazionale. Secondo Banca d'Italia, nel 2024 l'economia regionale ha registrato una crescita stimata di circa +0,7% , mentre l'aggiornamento congiunturale più recente indica che nel primo semestre del 2025 il PIL lombardo è aumentato di circa +0,5% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, delineando un profilo di espansione moderata ma stabile.
	La popolazione lombarda invecchia (età media di 46,4 anni, leggermente inferiore all'età media del Nord-Ovest 47,2 anni e dell'Italia 46,8 anni). Secondo i dati ufficiali delle sorveglianze sanitarie italiane integrate con i sistemi statistici ISTAT, nel biennio 2023-2024 circa il 57% delle persone con oltre 65 anni di età convive con almeno una patologia cronica, con frequenze maggiori per cardiopatie, diabete e malattie respiratorie. Dallo Studio Polis del 2024 emerge come la Lombardia conferma livelli di salute generalmente superiori alla media nazionale: la speranza di vita si mantiene tra le più alte d'Italia e gli indicatori di buona salute risultano in linea o leggermente migliori rispetto al valore nazionale.
	Si è osservato come il calo delle nascite stia proseguendo. In Lombardia sono state 64 mila le nascite nel 2024, in media 2mila in meno ogni anno nell'ultimo quinquennio: il tasso di natalità stimato (pari al 6,4 per mille a inizio 2025) continua a scendere (era 6,6 nel 2023). Secondo gli indicatori demografici regionali, nel 2023 il numero medio di figli per donna in Lombardia era pari a 1,21 , valore in linea con la tendenza nazionale al calo della fecondità. A livello nazionale, ISTAT registra per il 2024 un ulteriore decremento, con una media di 1,18 figli per donna , ai livelli più bassi mai registrati.
	Nel 2023 , la dimensione media familiare in Lombardia era di 2,19 componenti per famiglia , con un totale di 4.572.334 famiglie . Questo valore risultava leggermente inferiore rispetto alla media nazionale (2,20). Il 37,5% delle famiglie lombarde era composto da una sola persona. Secondo le stime demografiche più recenti disponibili al 1° gennaio 2025 , la dimensione media familiare in Lombardia è leggermente diminuita, attestandosi intorno a 2,17 componenti per famiglia , riflettendo la tendenza demografica verso nuclei sempre più piccoli e una maggiore incidenza di famiglie unipersonali. La quota di famiglie unipersonali risulta ancora significativa e stimata in circa il 38% , in linea con i cambiamenti strutturali osservati nel contesto nazionale.
	A fine 2025, la Lombardia conta di 738 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) , con una disponibilità complessiva di 67.940 posti letto autorizzati . Di questi, 57.692 sono contrattualizzati (cioè finanziati in parte dal Servizio Sanitario Regionale) e 10.248 posti solventi , interamente a carico degli ospiti. Inoltre, sono presenti 4.604 posti letto dedicati a pazienti affetti da Alzheimer . Dai dati del 2023, l'età media degli ospiti all'ingresso è 85,5 anni e abbiamo avuto 88.456 ospiti con una mortalità media del 20-21%, pari a 18.576 decessi anno .
	Per quanto riguarda i posti letto ospedalieri, si contano 38.389 p.l. in Lombardia di cui 30.603 pubblici . Di questi, nel 2022 (ultimo dato Open Data RL: https://www.dati.lombardia.it/Sanit-Letti-per-struttura-sanitaria-di-ricovero/m2eh-mypv/about_data), si contavano 15.274 pl mediamente attivi.



Nel 2023 in Lombardia si registrano 3.641.830 pazienti affetti da patologie croniche. Si sono registrati **79.396 decessi per patologie croniche end stage**. Il bisogno di cure palliative complessivo è:

- . **2,2% della popolazione con patologia cronica;**
- . **793 residenti /10⁵;**
- . **0,8% della popolazione residente**

Altro dato rilevante è il setting dove sono avvenuti i decessi:

- . **18.576 decessi in RSA (23,4%)**
- . **23.716 decessi in Ospedale (29,9%)**
- . **25.587 decessi nelle RLCP (32,2%)** (12.060 in UCP-Dom e 13.527 in Hospice)
- . **11.517 decessi distribuiti in setting non meglio precisati (14,5%)**

Si aggiunga che di questi, nei sei mesi antecedenti al decesso, **59.306 (74,5%) hanno avuto almeno un accesso in PS**

3.1. Epidemiologia dei bisogni di salute rilevati e/o stimati nella popolazione adulta e pediatrica

(1) Ministero della Salute (2023), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*

- Anno 2022. Ministero della Salute, Roma.

(2) Istat (2023), *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie al 1° gennaio*

2022, ISTAT, Roma.

Rapporto Lombardia 2023. Goal 17 – _Partnership per gli obiettivi [PRSS 1]

Fonte: Polis-Lombardia

Link alla fonte: www.rapporto.lombardia.it; www.polis.lombardia.it

Nel 2023 RL registra una popolazione di persone di età inferiore a 18 anni, pari al 16,1% della popolazione totale, contro una media nazionale del 15,7%, ma con una tendenza in diminuzione rispetto al precedente Rapporto. Il tasso di natalità (per mille abitanti) è di 6,9, superiore di appena 0,1 alla media nazionale (6,8). La speranza di vita alla nascita è di 81,3 anni (inferiore dello 0,7 rispetto alla media nazionale di 82 anni). Le famiglie con 5 o più componenti sono 4,7 su 100, inferiori rispetto alla media italiana del 5,2, mentre i nuclei monogenitoriali sono il 15,4% (inferiori di 2,1 punti rispetto alla media italiana).

Dal punto di vista della mortalità 2024, si osserva che il dato relativo a quella intraospedaliera, è ancora rilevante. L'ospedale rimane quindi un luogo dove si va a morire e, come vedremo, rappresenta uno dei nodi fondamentali per l'identificazione e la segnalazione del Bisogno di Cure Palliative.

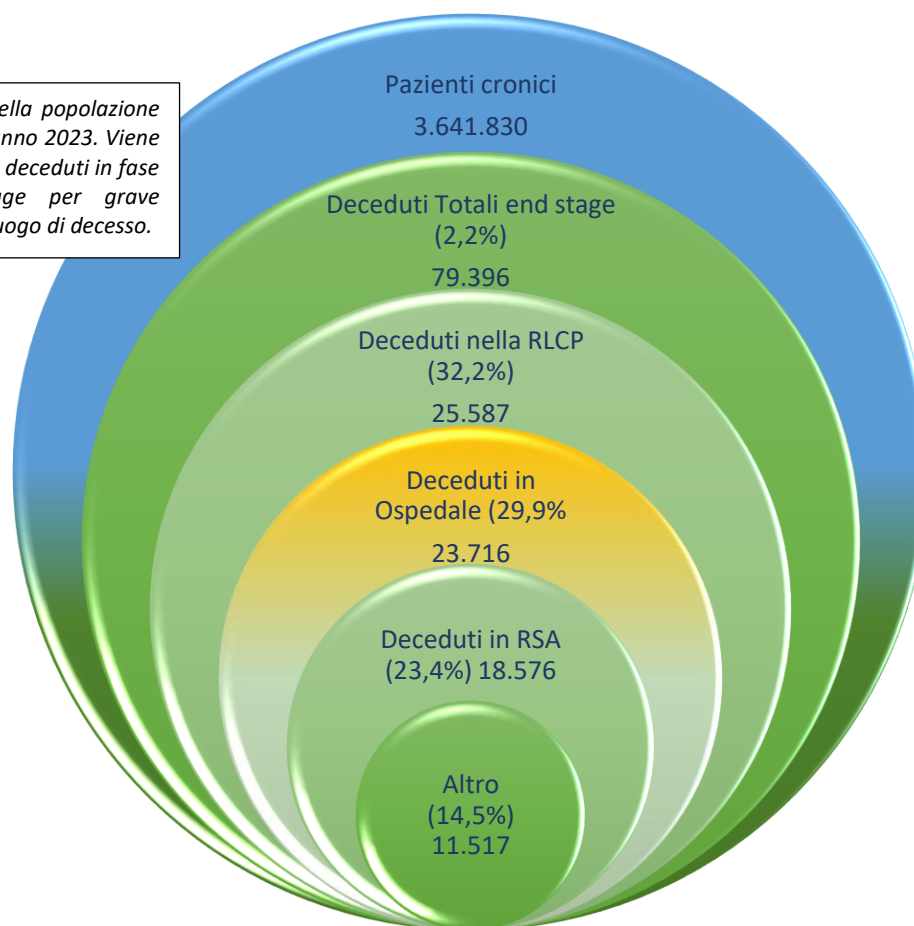
La popolazione di pazienti cronici fragili e complessi rappresenta il bacino dove identificare precocemente il bisogno di cure palliative, sia in ambito oncologico sia in quello non oncologico. Se prendiamo a riferimento l'anno 2023, in Lombardia si registravano 3.641.830 pazienti affetti da patologie croniche. Di questi 79.396 decessi per patologie croniche end stage (Figura 1). Il bisogno di cure palliative complessivo è:

- . 2,2% della popolazione con patologia cronica;
- . 793 residenti /10⁵;
- . 0,8% della popolazione residente

Altro dato rilevante è il setting dove sono avvenuti i decessi:

- . 18.576 decessi in RSA (23,4%)
- . 23.716 decessi in Ospedale (29,9%)
- . 25.587 decessi nelle RLCP (32,2%) (12.060 in UCP-Dom e 13.527 in Hospice)
- . 11.517 decessi distribuiti in setting non meglio precisati (14,5%)

Fig. 1: Rappresentazione grafica della popolazione complessiva di malati cronici, nell'anno 2023. Viene riportata la numerosità dei pazienti deceduti in fase di malattia evolutiva end stage per grave insufficienza d'organo e il relativo luogo di decesso.



Si aggiunga che di questi, nei sei mesi antecedenti al decesso, **59.306 (74,5%) hanno avuto almeno un accesso in PS**.

Dal punto di vista metodologico (vedi tabella 2), ai fini della quantificazione del Bisogno di Cure Palliative, sono stati considerati i due valori soglia minimi indicati da Agenas, uno per la popolazione adulta, l'altro per quella in età pediatrica. Nello specifico, si considera un target minimo di 335 pazienti adulti ogni 100.000 abitanti residenti nella popolazione adulta e di 18 minori ogni 100.000 abitanti residenti.

Tabella 2. dati demografici utili al calcolo del fabbisogno per l'anno di riferimento 2024

ATS	Residenti Totali	Residenti ≤ 18 aa	Fabbisogno di CP Popolazione Pediatrica: indicatore AGENAS 18/100.000	Residenti >18 aa	Fabbisogno di CP Popolazione adulta: indicatore AGENAS 335/100.000 adulti
Città di Milano	3518959	561660	632	2.957.299	9906
Insubria	1463621	459798	264	1.003.823	3363
Brianza	1213556	198510	218	1.015.046	3400
Della Montagna	293868	45798	53	248.070	831
Bergamo	1115037	188807	201	926.230	3103
Brescia	1167940	198510	210	969.430	3248
Val Padana	761307	120551	136	64.0756	2147
Pavia	542082	82207	98	45.9875	1541
Totale	10.076.370	1.855.841	1.814	8.220.529	27.539

Rispetto al target identificato da Agenas, Regione Lombardia da anni registra volumi di presa in carico ben superiori (Tabella 3). Dall'analisi dei dati disponibili, appare evidente come la PIC tardiva, la provenienza delle segnalazioni e il luogo di decesso dei pazienti non segnalati alla RLCP, impongano una riflessione circa la reale capacità degli indicatori Agenas di misurare effettivamente la performance delle RLCP. E proprio quest'ultimo indicatore, vale a dire quello correlato al decesso in ospedale di pazienti con Bisogni di cure palliative, sta a dimostrare che non è tanto significativo il numero totale presi in carico da parte della RLCP, quanto piuttosto la possibilità di esercitare il governo clinico dei percorsi attraverso un puntuale controllo di sistema e di monitoraggio degli esiti (Tabella 3). In letteratura questo dato viene stimato attorno al 40-45% di tutti i decessi registrati in ospedale per acuti (Murtagh, 2015). Nella casistica di Regione Lombardia la percentuale dei pazienti che sono deceduti in ospedale con bisogni di cure palliative è decisamente più alta in quanto fa riferimento alla mortalità della popolazione di pazienti con insufficienza d'organo end stage

Tabella 3. Volumi di produzione nei due setting, domiciliare e residenziale. Si conferma il raggiungimento ed il superamento dell'indicatore soglia stabilito da Agenas

ATS	Fabbisogno di CP Popolazione adulta: indicatore AGENAS 335/100.000 adulti	PIC - CP Residenziali	PIC - CP Domiciliari	Teste totali PIC	DELTA assoluto (%)
Città di Milano	9906	5074	6362	11436	1530 (15,4)
Insubria	3363	1955	2154	4109	746 (22)
Brianza	3400	1809	2998	4807	1407 (41,4)
Della Montagna	831	673	524	1197	366 (44)
Bergamo	3103	1577	3560	5137	2034 (65)
Brescia	3248	2056	2191	4247	999 (30,8)
Val Padana	2147	1776	1481	3257	1110 (51)
Pavia	1541	1246	959	2205	664 (43)
Totale	27.539	16.164	20.229	36.395	8.856 (32)

Tabella 4. Relazione tra Volumi erogati in termini di PIC/100.000 residenti adulti e tasso di mortalità ospedaliera di malati cronici end stage

ATS	Mortalità generale	Decessi in Ospedale	decessi in ospedale rispetto ai decessi totali in %	Volume trattato oltre standard AGENAS
Città di Milano	29283	9145	31,2	1530 (15,4)
Insubria	13032	3816	29	746 (22)
Brianza	9145	2606	28,5	1407 (41,4)
Della Montagna	2762	868	31,4	366 (44)
Bergamo	9075	1999	22	2034 (65)
Brescia	10389	2692	25,9	999 (30,8)
Val Padana	6964	1942	27,9	1110 (51)
Pavia	5777	1931	33	664 (43)
Totali di Mortalità	86.427	24.999	28,9	8.856 (32)

In effetti è evidente la relazione inversa tra alta performance della RLCP in termini di prese in carico oltre la soglia dei 335 pazienti su 100.000 adulti residenti e la diminuzione della mortalità in ospedale (Tabella 4 e 5).

Tabella 5. Relazione tra volumi erogati e mortalità intraospedaliera

ATS	PIC su 100.000 adulti residenti	Decessi in Ospedale su 100.000 adulti residenti
Città di Milano	387	309
Insubria	409	380
Brianza	474	257
Della Montagna	483	350
Bergamo	555	216
Brescia	438	278
Val Padana	508	303
Pavia	479	420
Media RL	443	304

La rappresentazione grafica della tabella 5 appare molto esplicitiva (Figura 2).

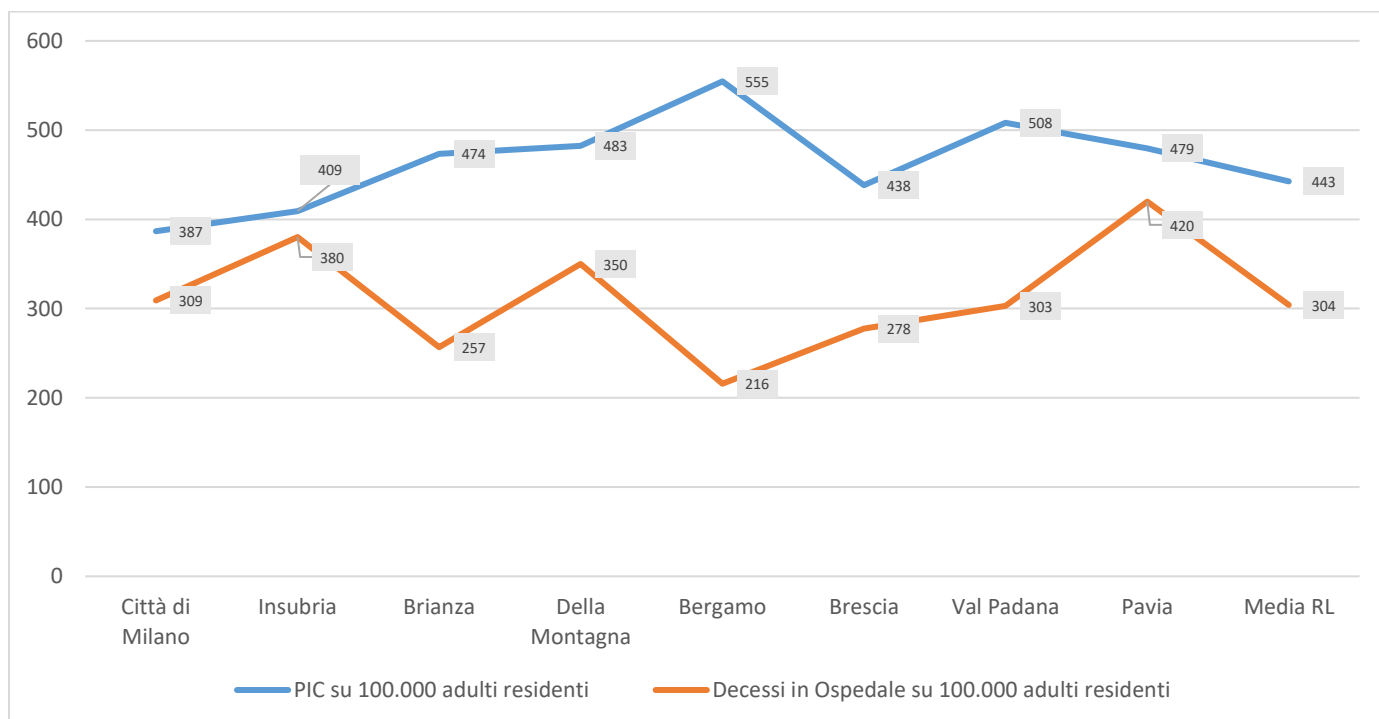


Figura 2: Rappresentazione grafica del rapporto inversamente proporzionale tra offerta di cura (sovrasoglia rispetto all'indicatore di AGENAS) e tasso di mortalità intraospedaliera della popolazione di pazienti con insufficienza d'organo end stage quando non presi in carico dalle RLCP.

Questa analisi conferma che:

1. Tutte le ATS superano di gran lunga l'indicatore soglia definito da AGENAS;
2. con questa soglia presa a riferimento, almeno un terzo dei malati che manifestano il BCP non viene preso in carico e decede in ospedale;
3. Attualmente per 100.000 residenti adulti registriamo 304 decessi in ambito ospedaliero a fronte di 443 percorsi attivati (dato medio regionale);

4. Ne deriva che se ci limitassimo alla soglia minima di 335 PIC/100.000 adulti residenti, il dato salirebbe da 304 a 488, pari ad un incremento su base regionale di oltre 15.000 ricoveri e decessi ospedalieri/anno-
5. per modificare il processo e spostare il luogo del decesso dall'ospedale al domicilio o ad altri setting di cura è necessario intervenire non solo sul "quanto" ma anche sul "per quanto".

Come vedremo, l'ospedale svolge funzioni ad oggi insostituibili:

- a. Identifica, potenzialmente, il bisogno di CP in modo proattivo a partire dagli ambulatori specialistici;
- b. Gestisce il flusso pazienti con bisogni di cure palliative in entrata e soprattutto in uscita: questa azione si manifesta attraverso l'azione delle COT;
- c. Resta il luogo dove pazienti e care giver cercano risposte a seguito di eventi acuti;
- d. Gestisce il fine vita di decine di migliaia di pazienti, nelle loro ultime settimane di vita.

Per questi motivi è necessario prevedere un potenziamento delle CP all'interno degli ospedali.

Dal punto di vista epidemiologico, appare rilevante che oltre l'89% della casistica è rappresentata dalla popolazione over 65, mentre la presa in carico degli under 18 rimane limitata rispetto al bisogno in ambito di Cure Palliative Pediatriche stimato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Agenas), in 18 Pazienti ogni 100.000 residenti.

Migliora invece la capacità di intercettare il bisogno di cure palliative nella popolazione di pazienti non oncologici. Questo dato testimonia il processo culturale avviato da tempo da Regione Lombardia in questo settore.

Tabella 6. Epidemiologia dell'offerta di cure palliative							
SETTING	GENERE		ETÀ			PATOLOGIA	
	maschi	femmine	≤ 18	≥ 65	media	Oncologica (%)	Non Oncologica (%)
Domiciliare	10008	10221	41	17439	71,5	13202	7027
Residenziale	8388	7776	73	13946	71,8	9987	6177
TOTALE PIC CP	18.396	17.997	114	31.385 (86,2)	71,6	23.189 (63,7)	13.204 (36,3)
	36.393					36.393	

Ulteriore dato di rilievo per il 2024 è il più alto numero di PIC in CP mai registrato storicamente. Il che, come visto, impatta positivamente, in rapporto inverso, sul tasso di mortalità intraospedaliera complessiva.

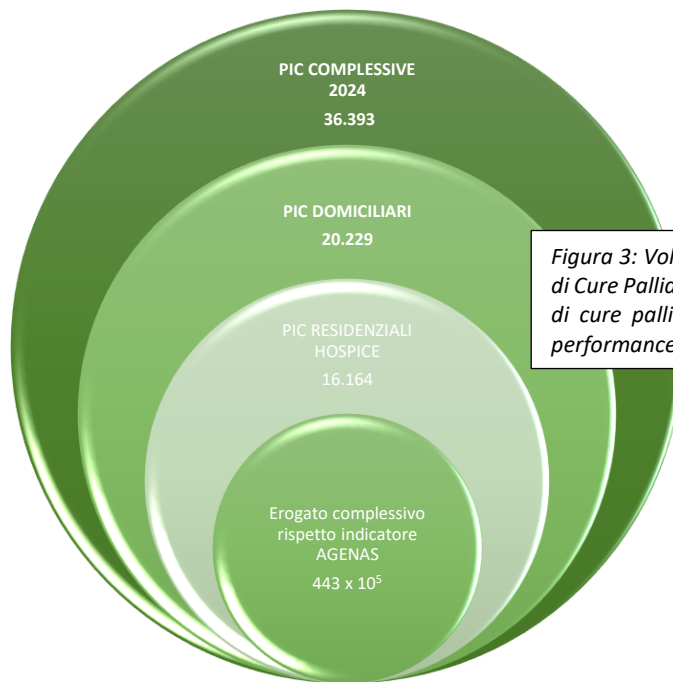
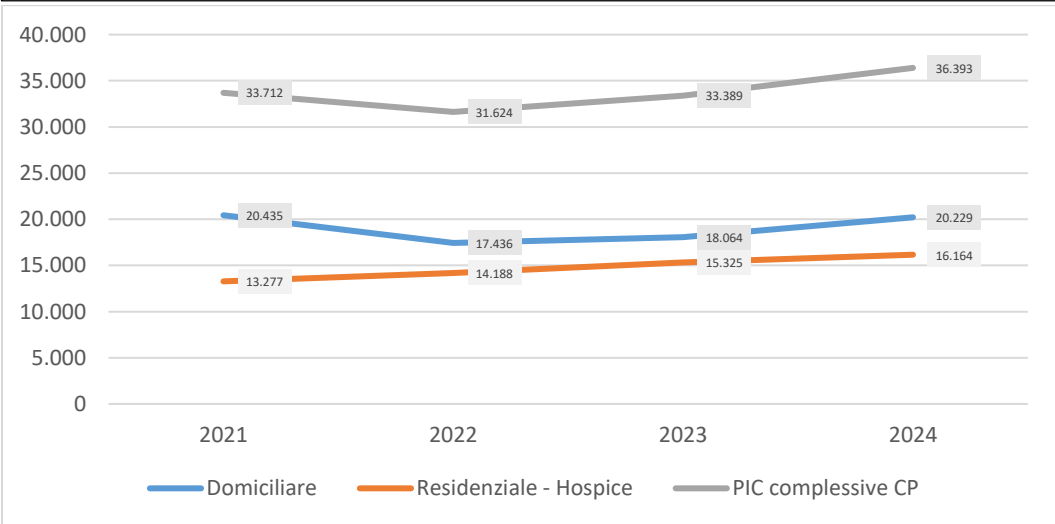


Figura 3: Volumi di produzione per l'esercizio 2024 di Cure Palliative. Si osservi l'incremento dei volumi di cure palliative domiciliari ma anche la miglior performance del regime residenziale – Hospice.

Infine, si vuole sottolineare che la presa in carico di pazienti con bisogni di cure palliative è andata crescendo dal 2019 ad oggi, come già registrato nei precedenti atti deliberativi e programmatori di RL (Figura 4). Il dato 2022, specie per ciò che riguarda il setting domiciliare, risente certamente di una rendicontazione e di una valorizzazione dei percorsi, ancora condizionata dalla pandemia Covid 19.

Figura 4: Andamento dell'attività per il quadriennio di esercizio 2021 - 2024 di Cure Palliative. Si osserva una costante crescita dell'attività. Il dato 2022 è condizionato dalla pandemia Covid -19.



I dati raccolti documentano una crescita continua dei volumi di attività delle RLCP, sia nel setting residenziale (Tabella 7) che in quello domiciliare (Tabella 8).

Tabella 7. Rappresenta i volumi prodotti storicamente dalle RLCP nel setting residenziale - Hospice

	2021	2022	2023	2024
GdC - Hospice	258.000	247.279	265.428	281.414
GdC Hosp Media	19,4	17,4	17,0	17,4
Tasso occupazione %	83,9	80,5	86,4	91

Nel setting residenziale si noti come non modifichi la durata media dei percorsi nonostante l'immissione di risorse negli anni. Il dato, congiuntamente a quello del tasso di occupazione dei posti letto in costante aumento, sta ad indicare la pressione degli ospedali per acuti. Questo è confermato dalla provenienza delle segnalazioni/richieste per Hospice che in massima parte giungono proprio dalle Strutture Sanitarie.

Tabella 8. Rappresenta i volumi prodotti storicamente dalle RLCP nel setting domiciliare.

	2021	2022	2023	2024
GdC - Dom	748.053	791.094	859.030	1.065.123
GdC Dom Media	37	45,4	47	52,7
CIA medio	0,50	0,61	0,58	0,56

Anche per ciò che riguarda l'andamento storico del setting domiciliare, possiamo confermare una costante crescita prestazionale. Ad esempio, all'impatto della pandemia Covid-19 che ha determinato una flessione delle PIC, il Sistema ha risposto incrementando l'intensità assistenziale.

3.2. Stato di attuazione delle norme previgenti

L'attuale modello organizzativo delle Cure Palliative in Lombardia è il risultato di una riforma di settore avviata a fine 2012 con la DGR n. 4610/2012 che ha definito la Rete delle Cure palliative nella sua articolazione di Rete Regionale e di Reti Locali di Cure palliative (RRCP, RLCP) e la successiva DGR n. 5918/2016 che ha integrato i due modelli organizzativi preesistenti, sanitario e sociosanitario, sia con riferimento al *setting* residenziale, sia al *setting* domiciliare.

Anticipando quanto previsto dai nuovi LEA ex DPCM 12 gennaio 2017, il sistema delle cure palliative è riferito alla rete sociosanitaria territoriale, processo accompagnato dalla definizione uniforme, per tutto il territorio regionale, di regole comuni di accreditamento, remunerazione/contrattualizzazione. In aderenza a quanto previsto dall'Accordo n. 152/CSR del 27 luglio 2012, la Rete Regionale di Cure Palliative (RRCP) è definita quale aggregazione funzionale ed integrata delle diverse Reti locali.

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è anch'essa un'aggregazione funzionale integrata di tutti i soggetti erogatori accreditati di Cure palliative che operano in quel territorio e nei diversi *setting* assistenziali (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) con il coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato di riferimento per il settore, quale requisito di accreditamento degli stessi erogatori.

In Lombardia, il modello organizzativo è basato su due livelli di governance, uno regionale (centrale) ed uno locale (periferico):

- a livello regionale (centrale), con DGR n. 6691/2017, è stato istituito l'Organismo di Coordinamento della Rete Regionale di Cure Palliative, organismo tecnico con finalità di coordinamento e promozione del processo di sviluppo, con al suo interno un Comitato Esecutivo DGR n. XI/4773 del 26 maggio 2021, "Determinazioni in ordine alla negoziazione 2021 e ulteriori determinazioni in ambito Sanitario e Sociosanitario"; il coordinamento dell'Organismo è affidato al Dirigente della struttura regionale competente in materia;
- a livello locale (periferico), in tutte le otto Agenzie di Tutela della Salute (ATS), sono istituite le Reti Locali di Cure Palliative (RLCP) e i Dipartimenti Interaziendali e Aziendali di Cure Palliative (DICP), con una ASST capofila che in sinergia con l'ATS di riferimento territoriale, opera a garanzia del governo clinico del percorso di cura Ospedale-territorio.

In particolare, la Rete Regionale di Cure Palliative (RRCP) è una aggregazione funzionale delle 16 Reti Locali di Cure Palliative (RLCP) almeno una per ATS e 10 Dipartimenti Interaziendali e Aziendali di Cure Palliative (DICP).

Tabella 9. Quadro sinottico dei livelli organizzativi che connotano la Rete Regionale di Cure Palliative, alla luce dei POAS 2022-2024

ATS	ASST	LIVELLO ORGANIZZATIVO	DIPARTIMENTO RLCP	RLCP	ASST CAPOFILA
321 - MILANO	RHODENSE	SC	DICP - TD	1	RHODENSE
	OVEST MILANO	SC			
	FBF-SACCO	SC	DICP	1	FBF - SACCO
	GRANDE OSP METROPOL. NIGUARDA	SC			
	SANTI PAOLO E CARLO	SS			
	NORD MILANO	SC			
	MELEGNANO E MARTESANA	SSD	RLCP	1	LODI
LODI	SC				
322 - INSUBRIA	LARIANA	SC	DICP	3	LARIANA
	SETTE LAGHI	SC			
	VALLE OLONA	SC			
327 - VALPADANA	MANTOVA	SC	DICP	3	MANTOVA
	CREMA	SC			
	CREMONA	SC			
326 - BRESCIA	SPEDALI CIVILI BRESCIA	SC	DICP	1	BRESCIA
	FRANCIACORTA	SC			
	GARDA	SC			
323 - MONTAGNA	VALTELLINA ALTO LARIO	SSD	RLCP	1	VALTELLINA ALTO LARIO
	VALCAMONICA	SS	DIFRA-CP	1	VALCAMONICA
325 - BERGAMO	PAPA GIOVANNI XXIII	SC	DICP	1	BERGAMO
324 - BRIANZA	LECCO	SC	DIFRA	1	LECCO
	MONZA	SC	DICP	1	BRIANZA
	BRIANZA	SC			
328 - PAVIA	PAVIA - MEDE	SC	DICP	1	PAVIA

Nell'ambito territoriale di tutte le ATS le cure palliative domiciliari (UCP-Dom) e residenziali (Hospice) sono erogate da Soggetti pubblici e privati accreditati, più in particolare, le ASST nel proprio Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) hanno identificato Strutture di Cure Palliative (complesse, a valenza dipartimentale e semplici). Al fine di un maggior coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) sono stati identificati i Dipartimenti Interaziendali di Cure palliative. Oltre ai due setting assistenziali citati, l'offerta si completa con l'attività di Day Hospice/Hospital, ambulatoriale e consulenziale.

Oggi la rete delle cure palliative risulta particolarmente capillare in tutto il territorio, infatti, come già rilevato dal Piano regionale di potenziamento della rete di cure palliative e dal relativo stato di attuazione, approvato con DGR n. XII/1512/2023, Regione Lombardia ha già raggiunto gli standard di struttura previsti dal DM 77/2022 per quanto riguarda i livelli assistenziali domiciliare e residenziale (numero di UCP-Dom e di posti letto Hospice) sul territorio regionale.

Tabella 10. Offerta di cura garantita dagli erogatori di cure palliative specialistiche

TIPO UNITA' DI OFFERTA (UDO)	SETTING	NUMERO UDO	POSTI
HOSPICE	Residenziale	73	842
HOSPICE PEDIATRICO	Residenziale	1	6
DAY HOSPICE	Day Hospital	22	37
UCP-DOM	Domiciliare	119	
TOTALE		215	885

3.3 Monitoraggio dell'offerta assistenziale nelle Reti Locali di Cure Palliative dell'adulto

Regione Lombardia per garantire l'accesso alle Cure Palliative ha definito una rete costituita da Soggetti erogatori accreditati, che vede il supporto delle associazioni di volontariato, assicurando una presa in carico globale, attraverso percorsi individualizzati sulla base dei bisogni del malato e della famiglia, nei seguenti setting: residenziale (hospice), domiciliare (UCP-Dom), Day Hospice e in ospedale. A questi setting si aggiunge il setting ambulatoriale, ospedaliero e territoriale, nonché l'attività consulenziale intra ed extra ospedaliera da parte delle équipes di cure palliative.

La DGR n. 5918/2016 ha peraltro definito standard di accreditamento specifici per i setting di erogazione Domiciliari (UCP-Dom), Hospice, Ambulatoriali, Day Hospice e MAC.

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

Per quanto riguarda l'ambito domiciliare (UCP-Dom), dal 2017 in analogia a quanto previsto dall'art. 23 dei nuovi LEA, è stata adottata la classificazione dei pazienti su due livelli assistenziali:

- cure palliative domiciliari livello base;
- cure palliative domiciliari livello specialistico.

Dal punto di vista della complessità, entrambi i profili prevedono una copertura assistenziale h 24, 7 giorni su 7. Tale sistema è stato ulteriormente affinato a fine 2018 con la DGR n. X/1046/2019, che ha individuato il numero degli accessi medici da assicurare per i due livelli (1 ogni 10 giorni per il livello base e 2 ogni 10 giorni per il livello specialistico), successivamente rimodulati con DGR n. 850/2023 che fissa il CIA > 0,14 per il livello di base (almeno un accesso medico ogni 15 giorni per il livello base e almeno due accessi del medico palliativista nei primi 10 giorni e successivamente almeno uno per il livello specialistico).

Nelle tabelle di seguito sono riportati le analisi quali-quantitative dei percorsi UCP-Dom, con relativi indicatori di processo e di outcome, relativi al 2024.

Tabella 11. Analisi quali-quantitativa dei percorsi UCP-Dom secondo dati di produzione

Teste	Minori < 18 aa	Over 65	Percorsi	NON oncologici	GdC	Durata media	Accessi totali	Accessi medico (%)	CIA medio
20.229	41	13.946	20.229	7.027 (34,7%)	1.065.123	52,7	597.839	177.742 (32,7%)	0,58

Tabella 12. Indicatore di processo: provenienza segnalazione

Territorio: 12.332 (61 %)			Struttura	
MMG	Utente/Famiglia	Servizi Sociali	Ospedale/Riabilitativa	RSA - RSD
8.921 (44,1%)	2.043 (10%)	1.368	6.169 (30,5%)	96 (0,5%)

I percorsi di assistenza domiciliare di cure palliative attivati nel 2024 sono stati 20.229, di cui il 34,7% per pazienti non oncologici. Questo dato è particolarmente interessante perché evidenzia la capacità della Regione Lombardia di intercettare anche i bisogni di cure palliative dei pazienti non oncologici. La numerosità delle unità di offerta di UCP-Dom, ben al di sopra del minimo previsto dallo standard di cui al DM n. 77/2022, evidenzia inoltre l'attenzione a una medicina di prossimità. Nonostante i risultati raggiunti e l'incremento dei finanziamenti dedicati, è necessario notare come permangono alcuni elementi di fragilità:

- la numerosità delle unità di offerta UCP-Dom richiede lo sviluppo di strumenti di co-programmazione e co-progettazione per evitare la frammentazione e assicurare una qualità di cura uniforme a prescindere dall'erogatore;
- nonostante le segnalazioni provenienti dal territorio siano preponderanti, con un trend in incremento, quelle provenienti dalle strutture per acuti hanno ancora una discreta rilevanza percentuale. Questo dato si associa al precedente ed evidenzia una generale difficoltà nell'intercettazione precoce del bisogno di cure palliative.

Tabella 13. UCP-Dom Indicatore di outcome: causale di dimissione

Decessi		Trasferimenti/ricoveri					
Domicilio	Ospedale	Altro regime domiciliare	Ospedale	Hospice	RSA	Amministrazione	Volontà del paziente
12.733 (63)	197 (0,97)	299	770	2.756 (13,6)	148	1.549	198

Tabella 14. Analisi quali-quantitativa dei percorsi UCP-Dom secondo indicatori di processo

CIA	Percorsi (%)	GdC	Durata media	GdC < 7	Assistiti per tempo > 30 gg		
					N. PIC	GdC	Durata PIC
CIA < 0,5	7.404 (36,6)	631.050	85,2	1.210	5.613	599.878	106,9
CIA > 0,5	12.803 (63,3)	434.073	34	2.712	4.098	346.295	84,5

Gli indicatori di processo e gli outcome evidenziano l'efficacia del modello organizzativo lombardo di assistenza domiciliare di cure palliative nel ridurre il ricorso alle strutture per acuti e la mortalità ospedaliera. In tal senso è utile considerare come la copertura H24 sia diffusa su tutto il territorio regionale, permettendo una risposta tempestiva ai bisogni di una tipologia di pazienti clinicamente instabile e con un andamento imprevedibile. All'insorgenza di eventi acuti, la possibilità di contare su di un intervento rapido e specialistico permette alle persone malate di restare al proprio domicilio e vicino ai propri cari nella grande maggioranza dei casi.

Il CIA è maggiore di 0,5 in oltre il 63% dei percorsi di cura. Ad una prima analisi questo dato sembra in contrapposizione con i dati di letteratura che, considerando il bisogno totale di cure palliative, ipotizza una necessità di percorsi specialistici nel 40% dei casi. In realtà la percentuale di percorsi specialistici nel 60% dei casi è giustificabile dalla preponderanza (oltre il 65%) della patologia oncologica tra i pazienti presi in carico. La

letteratura evidenzia infatti come il sottogruppo dei pazienti oncologici con bisogni di cure palliative necessiti più frequentemente di percorsi specialistici rispetto ai pazienti non oncologici (80% dei casi).

Le analisi riguardo la durata della presa in carico evidenziano ancora una volta come, sia per le cure palliative specialistiche sia per le cure palliative di base, i percorsi abbiano una durata estremamente limitata.

Nonostante la bontà di questi dati, si possono evidenziare le seguenti criticità:

- La durata media di presa in carico è 34 giorni per le cure palliative specialistiche e 85,2 giorni per cure palliative di base, evidenziando un ingaggio dei servizi di cure palliative ancora tardivo rispetto alla storia di malattia. Tale ingaggio tardivo, associato al conseguente maggior ricorso alle strutture per acuti nei mesi precedenti alla presa in carico, può ridurre il beneficio dei percorsi di cure palliative in termini di costo-efficacia (riduzione della spesa) e ha delle ricadute anche in termini di qualità di vita dei malati;
- Le PIC con durata superiore ai 30 giorni di cui 5.613 con CIA < 0,5 2e con una durata media di quasi 107 giorni. Ancora una volta si nota come l'attività dei servizi di cure palliative sia compressa negli ultimi mesi di vita;
- La segnalazione tardiva deve essere affrontata attraverso una maggiore integrazione tra sistemi/setting di cura (ad es. tra diverse RLCP o nel contesto della stessa rete, oppure tra la rete locale di CP e ADI, RSA, Unità Operative ospedaliere) e promuovendo il confronto professionale tra i diversi professionisti coinvolti (tra professionisti, MAP/PLS, specialisti di branca, IFoC, medici e Infermieri delle RSA/RSD, ecc.).

LEA art. 31 – Assistenza residenziale in Hospice

Il più recente DM n. 77 del 23 maggio 2022 prevede uno standard di 8/10 PL ogni 100.000 abitanti, che corrispondono a un numero variabile tra gli 800 ed i 1000 PL Hospice a livello regionale. 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. 43/2007 che prevedeva uno standard di almeno 1 posto letto ogni 56 persone decedute per tumore.

Come già presentato in precedenza, gli standard strutturali richiesti dal DM n. 77/2022 sono già soddisfatti da Regione Lombardia, con un numero di PL Hospice pari a 885 PL (848 PL Hospice – di cui 6 pediatrici – e 37 di day hospice).

Nelle tabelle di seguito sono riportati le analisi quali-quantitative dei percorsi Hospice, con relativi indicatori di processo e di outcome, relativi al 2024.

Tabella 15. Analisi quali-quantitativa dei percorsi Hospice secondo dati di produzione 2024

Teste	Minori < 18 aa	Over 65	NON oncologici	GdC	Durata media	Tasso occupazione
16.164	73	13.946	6.177 (38,2)	281.414	17,4	91%

Tabella 16. Hospice: Indicatore di processo: provenienza segnalazione

Ospedale/Riabilitativa	RSA - RSD	MAP	Servizi Sociali
10.607 (65,6%)	270 (1,7%)	1541 (9,5%)	1.052

Tabella 17. Hospice: Indicatore di outcome: causale di dimissione

Indicatore di outcome: luogo di decesso	Hospice: 14.579 (90,2%).
--	---------------------------------

Nonostante l'obiettivo identificato dal DM 77/2022 sia raggiunto, i dati presentati permettono di individuare alcune aree di fragilità:

- Distribuzione territoriale dell'offerta non omogenea, con ampia variabilità della disponibilità di PL Hospice tra le diverse ATS e ASST (tabella 18);

Tabella 18. Analisi degli indicatori di struttura e di processo. Nonostante l'indicatore del DM 77 sia soddisfatto, si evidenzia una notevole disomogeneità Territoriale con aree ben al di sotto del valore medio regionale (ATS Insubria e Brianza) rispetto al numero di posti letto per 100.000 abitanti. Altro dato di rilievo è l'occupazione di P.L pari al 90% della disponibilità.

Agenzia di Tutela della Salute	Indicatori di Struttura		Indicatori di processo				
	N. Posti letto	PL x 10 ⁵ residenti	n paz	n. GdC	GdC Media	n. GdC x 10 ⁵ residenti	% occupazione
ATS DELLA CITTA' METRO DI MILANO	276	7,8	5.075,0	94.607,0	18,6	2.688,5	93,9
ATS DELL'INSUBRIA	95	6,5	1.955,0	34.202,0	17,5	2.336,8	98,6
ATS DELLA MONTAGNA	36	12,2	673,0	10.132,0	15,1	3.447,8	77,1
ATS DELLA BRIANZA	85	7	1.808,0	27.871,0	15,4	2.296,6	89,8
ATS DI BERGAMO	88	7,9	1.577,0	28.299,0	17,9	2.537,9	88,1
ATS DI BRESCIA	97	8,3	2.053,0	32.218,0	15,7	2.758,5	91,0
ATS DELLA VAL PADANA	86	8,3	1.776,0	26.334,0	14,8	3.459,1	83,9
ATS DI PAVIA	85	15,7	1.246,0	27.751,0	22,3	5.119,3	89,4
LOMBARDIA	848	8,4	16.163,0	281.414,0	17,4 (mediana del valore di ATS=16,6)	2.792,8	90,9

- La durata media del ricovero in Hospice è di 17,4 giorni e la grande maggioranza delle segnalazioni arrivano dalle strutture per acuti. Questo dato evidenzia la difficoltà dei due poli, territoriale ed ospedaliero, ad identificare e segnalare precocemente il bisogno di cure palliative alle RLCP. Ne consegue per il paziente un aumentato rischio di ricoveri ripetuti e inappropriati.

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

Dal 2023 Regione Lombardia - DG Welfare, in aderenza all'articolo 38, comma 2 del DPCM del 12/01/2017 "Nuovi LEA" e in attuazione del DM 77/2022, al fine di garantire l'accesso alle cure palliative anche in ambito ospedaliero, monitora l'attività consulenziale di cure palliative nell'ambito delle strutture ospedaliere da parte di Équipe dedicate di cure palliative. Tali équipe svolgono funzioni di governo clinico dei processi di ricovero e dimissione dei malati con BCP, coordinando e integrando le Cure palliative nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con le COT, i PUA, l'ADI complessa e l'Assistenza Primaria.

LEA art. 15 – Ambulatori di cure palliative

L'attività ambulatoriale è garantita dalle strutture ospedaliere della rete di cure palliative accreditate per questo setting assistenziale che attualmente alimentano il flusso 28/SAN. Di seguito le ATS di afferenza territoriale:

Tabella 19. Distribuzione degli ambulatori nelle RLCP

ATS	AMBULATORIO	MAC
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	3	3
ATS DELL'INSUBRIA	4	1
ATS DELLA MONTAGNA	1	
ATS DELLA BRIANZA	6	3
ATS DI BERGAMO	4	2
ATS DI BRESCIA	5	1
ATS DELLA VAL PADANA	8	
ATS DI PAVIA	4	2
Totale	35	12

Legge n. 197/2022 – Presa in carico del 90% dei pazienti con bisogni di cure palliative

Nel 2024 sono stati presi in carico dalla Rete di cure palliative circa 20.229 pazienti in regime domiciliare e 16.164 in quello residenziale, per un totale di 36.393 pazienti. Poiché per il calcolo teorico del BCP, Agenas ha posto il valore di soglia minima di 335 adulti su 100.000 residente di età > 18 anni, pari a 28.174 persone, ne risulta che l'obiettivo fissato da Agenas è da considerarsi raggiunto e superato.

3.4. Monitoraggio dell'offerta assistenziale nelle reti di cure terapia del dolore e palliative pediatriche

Tra i bisogni emergenti nella popolazione vi è, inoltre, quello dei soggetti in età pediatrica. È evidente, da più fonti in letteratura, un netto incremento della prevalenza di minori colpiti da patologie inguaribili e/o disabilità con elevati bisogni di sostegno, portatori di complesse problematiche cliniche, psicologiche, relazionali, assistenziali e spirituali. Il progresso medico e tecnologico ha di fatto ridotto la mortalità neonatale e pediatrica, ma nello stesso tempo ha aumentato la sopravvivenza di pazienti pediatrici portatori di malattia grave e potenzialmente letale.

Il modello di risposta a queste necessità è stato individuato nella costruzione di una rete territoriale di cure palliative e terapia del dolore. Le cure palliative e la terapia del dolore in ambito pediatrico presentano aspetti diversi rispetto a quelli dell'adulto: devono modularsi in relazione alle variabili situazioni cliniche, psicologiche e sociali e rispondere a bisogni specifici che richiedono modelli organizzativi dedicati.

La Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche accoglie, quindi, pazienti, insieme alle loro famiglie, da 0 a 18 anni con patologie inguaribili e con significativa complessità clinica, a cui si sommano bisogni spirituali, sociali, familiari e relazionali, che può richiedere una presa in carico, da parte delle cure palliative, che può durare molti anni e fino all'età adulta.

La Rete di Cure palliative pediatriche in Lombardia è stata identificata con DGR n. 11085/2010 e successivamente sono stati dati specifici indirizzi nell'ambito delle diverse Deliberazioni di Giunta Regionale relative agli indirizzi di programmazione annuali in ambito sanitario e sociosanitario relative agli anni 2022, 2023, 2024 e 2025. In particolare, la DGR n. 1827/2024 e la DGR n. 3720/2024 individuano una serie di azioni per la promozione dello sviluppo della Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche (RTD-CPP) e in particolare si prevede l'evoluzione del modello organizzativo della Rete con previsione di implementazione del livello residenziale pubblico (Hospice pediatrico) e aggiornamento dei Centri di Riferimento di cui alla DGR n. VIII/11085/2010 in aderenza all'Accordo CSR n. 30/2021, tenendo conto anche della programmazione regionale con riguardo alla Rete Materno-infantile e alla identificazione dei Poli Materno infantili e dei Centri di eccellenza per patologie specifiche del minore identificati a livello regionale. Nel luglio 2025 con Decreto del Direttore Generale Welfare n. 10052/2025 è stato nominato l'Organismo di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche.

Il Ministero della Salute ha stimato che lo 0,2-0,32% della popolazione pediatrica (0-18 anni) presenti bisogni di Cure Palliative Pediatriche (CPP), di questi il 40% necessita di CPP specialistiche. Attualmente, in Regione Lombardia, questo "bisogno" è soddisfatto a livello domiciliare dagli erogatori di UCP-DOM che hanno sviluppato competenze e professionalità in ambito pediatrico, mentre a livello residenziale è presente sul territorio regionale un'unica struttura (c.d. "Hospice pediatrico") con disponibilità di n. 6 posti letto, oltre ai posti letto dedicati alle Cure Palliative pediatriche in attuazione della DGR n.11085/2010. Infine, a livello ambulatoriale, sono state attivate esperienze sul territorio regionale in collegamento con le UCP-DOM.

Tabella 20 Dati di produzione nei setting domiciliare e Hospice per pazienti con età inferiore ai 18 anni - anno 2024			
SETTING	N. Pazienti totali (n. Percorsi)	Di cui Oncologici	Di cui Maschi
UCP-Dom	41	17	29
Hospice	73	66	54

4. INTERVENTI E AZIONI DI MIGLIORAMENTO

4.1. Descrizione del modello organizzativo regionale di cure palliative

La rete delle cure palliative e quella di terapia del dolore, come già indicato al capitolo III, per gli adulti si è consolidata negli ultimi anni, andando a rispondere a bisogni sempre più ampi della popolazione, allargando gradatamente l'approccio e gli interventi dall'ambito della "terminalità" neoplastica a quello, a titolo di esempio, degli anziani con molteplici malattie croniche e fragilità.

Il modello organizzativo delle reti di cure palliative, avviato con la DGR n. 4610/2012, successivamente perfezionato con la DGR n. 5918/2016, necessita, da una parte di un'analisi dello stato di attuazione, dall'altra di una implementazione in relazione all'insorgenza di nuovi bisogni.

In coerenza con la DGR n. 3720/2024 nel 2025 si è avviato un percorso teso a favorire un consolidamento progressivo della performance della Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP), con particolare attenzione all'appropriata gestione dei percorsi assistenziali e all'incremento del numero di pazienti presi in carico, in linea con le disposizioni normative e il Piano di potenziamento della Rete di cure palliative (DGR n. XII/1512/2023). L'obiettivo principale è affrontare la carenza di professionisti, coordinando tutte le risorse e i servizi di cura per ottimizzare l'efficienza della rete.

Saranno messi in atto interventi per monitorare l'appropriatezza dei percorsi, sia residenziali che domiciliari, con particolare focus sui pazienti anziani affetti da malattie croniche. Si prevede di monitorare i percorsi domiciliari di cure palliative, affinché rispondano ai criteri di efficienza e raggiungano gli obiettivi previsti dal PNRR, come indicato nella DGR n. XII/850/2023. Inoltre, sarà eseguito un monitoraggio sull'uso dello Strumento di segnalazione precoce del bisogno di cure palliative, valutando la sua diffusione, efficacia ed eventuali modifiche.

In coerenza con il DM n. 77/2022, il modello funzionale della RLCP sarà evoluto per garantire continuità di cura tra ospedale e territorio, con un focus sull'integrazione dei servizi, promuovendo sinergie tra le ASST e i diversi operatori sanitari, comprese le altre UDO (Unità di Offerta come ADI, C-Dom e RSA). In attuazione dell'Accordo n. 118/CSR/2020 e in coerenza con la L.r. 22/2021, è necessario assegnare un ruolo di governo e coordinamento della RLCP alla ASST di riferimento territoriale erogatrice di prestazioni di cure palliative. In questa ottica, l'avvio dell'accreditamento delle RLCP persegue l'efficientamento dei sistemi di cura, assicurando un'assistenza continua ai pazienti cronici, complessi e fragili attraverso:

- a. Continuità delle cure
 1. Integrazione Ospedale Territorio
 2. Integrazione servizi e UDO territoriali
- b. Identificazione precoce del bisogno di cure palliative
- c. PIC proattiva e tempestiva
- d. Coinvolgimento ETS e volontariato
- e. Ottimizzazione delle risorse e del capitale umano, secondo logiche di rete

Sono in fase di sviluppo protocolli per l'interfaccia tra la Rete di Cure Palliative e quella della Emergenza-Urgenza per i pazienti che necessitano di interventi urgenti.

Infine, attenzione particolare sarà dedicata alla formazione regionale rivolta ai professionisti coinvolti nella gestione delle cure palliative, con particolare focus sulla valutazione precoce dei bisogni, aggiornamenti normativi e scientifici. L'iniziativa coinvolgerà più di 1.000 professionisti delle reti di cure palliative, dei Medici di Medicina Generale e altri attori coinvolti nella transizione delle condizioni di salute verso bisogni di cure palliative, includendo anche il volontariato operante nella rete.

4.2. Azioni programmate per l'attuazione delle norme previgenti

A livello regionale le norme previgenti sono soddisfatte.

4.3. Azioni programmate per il raggiungimento degli standard del DM n.77/2022

a. UCP-DOM: 1 ogni 100.00 abitanti per assicurare la continuità assistenziale 7/7 H24

L'obiettivo è già raggiunto (vedi tabelle 4, 5).

b. Hospice: 8-10 posti letto Hospice ogni 100.000 abitanti

L'obiettivo è già raggiunto (vedi tabella 13).

5. INDICATORI PER IL MONITORAGGIO DELLE RETI DI CURE PALLIATIVE

Tabella 21. Set di indicatori per il monitoraggio della RLCP		
Flusso informativo	Tipologia di flusso	Dati raccolti
Cure e Assistenza Domiciliare (DGR n. 850/2023) Flusso SIAD (DM 17/12/2008, DM 06/08/2012, DM 07/08/2023)	Indicazioni di esercizio. Rilevazione regionale e nazionale	Prestazioni di assistenza domiciliare: a. caratteristiche anagrafiche dell'assistito; b. valutazione ovvero rivalutazione sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali; c. dati relativi alla fase di erogazione (accessi, prestazioni); d. dati relativi alla sospensione della presa in carico; e. dati relativi alla dimissione dell'assistito. Erogatore-Tipo rete 1. RLCP (rete locale di cure palliative) 2. RCPPTD (rete di cure palliative pediatriche e terapia del dolore) Bisogno di terminalità 29 o 30
Hospice (DM 06/06/2012)	Rilevazione regionale e nazionale	Assistenza erogata presso gli Hospice, informazioni relative all'erogatore e all'assistito: a) caratteristiche dell'assistito b) informazioni precedenti la fase di presa in carico, c) informazioni legate alla fase di presa in carico, d) informazioni relative all'inizio dell'assistenza, e) principali segni/sintomi oggetto di assistenza, f) tipologia delle prestazioni erogate.
Monitoraggio DM 77 – Regione; Monitoraggio DM 77 – ASST	Rilevazione nazionale	Regionale: Stato avanzamento adempimenti normativi/Adozione piano di potenziamento/Sezione Cure Palliative Aziendale: Sedi ADI e UCP-DOM

6. STANDARD DI PERSONALE, COSTI E FINANZIAMENTI

6.1. Le dotazioni organiche

Sono rilevate attraverso la lettura delle schede di struttura che ogni erogatore accreditato ha l'obbligo di redigere annualmente, costituendo un requisito di accreditamento. I professionisti sono quindi stati conteggiati a partire dal monte ore timbrato e calcolato in Full Time Equivalent (FTE), vale a dire il debito orario annuo che è pari a 1.560 ore per il profilo medico e a 1.536 ore per tutte le altre figure.

Questa analisi dimostra un notevole investimento da parte delle Unità di Offerta (UdO) che hanno integrato le proprie dotazioni organiche in modo rilevante nel periodo 2021-2024.

Tabella 22. Viene rappresentato l'investimento in termini di dotazioni organiche nel periodo 2021-2024

Anno	Medico	Infermiere	OSS	Psicologi
2021	304	920	480	40
2024	336	974	605	52

Si osserva inoltre, che il monte ore che concorre a garantire gli standard di esercizio, è raggiunto dall'insieme di più professionisti, come dimostrato nelle tabelle sottostanti. Dato che ancora merita di essere portato all'attenzione è il numero elevato di professionisti che operano a favore di UdO differenti.

Tabella 23. Relazione tra numero di Codici Fiscali e timbrato in termini di FTE per profilo professionale

	Addetti all'ospite (ASA, OTA, OSS)	Psicologi	Assistenti Soc. Educatori prof.	Infermieri	Medici	Professioni sanitarie della riabilitazione
Cod. fisc	1.115	219	124	1928	694	350
FTE	605	52	33	974	336	24

Un recente lavoro condotto dalla Società Italiana di Cure Palliative sull'intero territorio nazionale (Vedi tabella sottostante) ha fornito una stima del fabbisogno di ulteriore personale medico e infermieristico per le cure palliative domiciliari di pazienti adulti, calcolata sul numero di operatori FTE, basata "population based" e centrata su un modello di intervento garantito da équipe multiprofessionali di cura ed assistenza e non da singoli professionisti. La metodologia di calcolo degli standard proposta si avvale di quanto indicato nel recente Documento dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

Tabella 24. Analisi condotta dalla Società Italiana di Cure Palliative circa il fabbisogno di professionisti per garantire lo standard di esercizio

Nel setting di cura domiciliare, 7 pazienti in linea/infermiere e un rapporto fra medici e infermieri 1:3, il fabbisogno complessivo di personale medico e infermieristico è quantificabile in:

- 10,4 infermieri /100.000 abitanti adulti;
- 3,5 medici palliativisti /100.000 abitanti adulti.

A questo fabbisogno di personale va aggiunto quello necessario per il presidio dell'hospice. Facendo riferimento allo standard minimo riferito in precedenza, rapportato al dato di almeno 8 PL ogni 100.000 abitanti indicato nel DM 77 /2022, il fabbisogno è quantificabile in almeno 1.6 medici palliativisti e 6 infermieri ogni 100.000 abitanti per l'attività residenziale di cure palliative, considerando in ogni caso la necessità di garantire la presenza dell'infermiere (e dell'OSS) nelle 24 ore.

Per quanto riguarda il setting ospedaliero e l'attività consulenziale nelle strutture per acuti il "mix professionale" minimo dell'équipe specialistica di CP ospedaliera è costituito da medici specialisti e infermieri strutturalmente o funzionalmente dedicati a queste attività.

Si propone uno standard di personale per l'équipe specialistica di CP ospedaliera di:

- 1 medico specialista FTE + di 1 infermiere FTE ogni 250 posti letto ospedalieri nel territorio di riferimento della RLCP.

Per una rimodulazione più precisa del numero di posti letto ospedalieri da riportare come dato al denominatore di questo rapporto, è necessario tener conto, sia a livello regionale che di singola Azienda Sanitaria, dei seguenti ulteriori elementi:

- la presenza nel territorio di riferimento della RLCP di posti letto ospedalieri attivati in Reparti di degenza (ad es. Dipartimento materno-infantile, riabilitazione, ecc.) nei quali il ricovero di pazienti adulti con patologie croniche degenerative con bisogni di CP è del tutto occasionale: questi posti letto andranno scorporati dal calcolo totale.

6.2 Finanziamenti

Nel settore delle cure palliative operano sia erogatori della rete intercompany (rete pubblica del SSR) sia altre tipologie di erogatori, secondo il seguente mix:

- in ambito domiciliare circa il 36% delle risorse è affidato alla rete intercompany e il restante 64% alle altre tipologie di erogatori;

- in ambito residenziale circa il 35% delle risorse è affidato alla rete intercompany e il restante 65% alle altre tipologie di erogatori.

La spesa per l'acquisto di prestazioni da soggetti pubblici e privati è regolata dai contratti con gli erogatori pubblici e privati, storicamente finanziati con risorse del fondo indistinto.

Prima della riforma del 2017, all'epoca dell'avvio della riforma del sistema di cure palliative ex DGR 5918/2026 il budget per l'acquisto di tali prestazioni era pari a circa 82 milioni.

Negli anni successivi si è assistito a un progressivo potenziamento degli acquisti di tali prestazioni, raggiungendo, alla vigilia della pandemia (consuntivo 2019) un impegno di 36 mln per le cure palliative domiciliari e di oltre 63 mln per gli hospice.

Il percorso espansivo è proseguito anche nella fase post-pandemica, raggiungendo, prima del Recovery Plan ha raggiunto, a consuntivo 2022, una spesa per l'acquisto di prestazioni di quasi 52 mln per la domiciliarità e 64 mln per le cure palliative residenziali.

L'avvento delle risorse straordinarie del PNRR e, in particolare delle misure a favore della domiciliarità, ha significato un ulteriore impulso al potenziamento di questa rete. Una quota importante delle risorse dell'investimento della M6c1.121, secondo le indicazioni dell'apposito POR (DGR 430/2023), è stata infatti dedicata alla sottoscrizione dei contratti di scopo con erogatori pubblici e privati accreditati per assistere anziani, anche attraverso lo sviluppo delle cure palliative domiciliari, attività a cui sono state riservate quote importanti dell'assegnazione PNRR a Regione Lombardia.

Per ciascuna delle annualità 2023/2024/2025 è stata approvata una delibera di programmazione dei contratti di scopo, individuando la quota di risorse da dedicare alle cure palliative, secondo quanto di seguito riportato:

Anno	DGR	Quota destinata a contratti per cure palliative domiciliari
2023	715/2023	15.461.099
2024	2856/2024	29.089.766
2025	4622/2025	39.297.531

Tali risorse PNRR sono state assegnate tra le ATS sulla base della distribuzione della popolazione anziana e tenendo conto del grado di sviluppo già raggiunto da ogni territorio, al fine di ridurre gli squilibri infraregionali.

Meritano una menzione anche ulteriori atti che hanno inteso sostenere lo sviluppo delle cure palliative, ovvero:

- la DGR 3720/2025 che, nel programmare l'attività per il 2025, ha stanziato 5 milioni per introdurre le consulenze palliative nei regimi residenziali sociosanitari dell'area anziani/disabili;
- la DGR in materia di indirizzi di programmazione per il 2026 prevede un apposito stanziamento per il potenziare gli hospice pediatrici.

L'attuazione PNRR "A casa come primo luogo di cura"

Regione, entro la cornice della DGR XI/6760/2022 di attuazione del DM 77/2022, con le DD.GG.R. n. XI/6867/2022, n. XI/7592/2022, n. XI/7758/2022 ha definito un quadro logico di riferimento che definisce una serie di azioni e interventi per il raggiungimento dell'obiettivo recepiti nell'ambito della DGR n. XII/430/2023 recante "Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare - Approvazione piano operativo regionale".

In particolare, al raggiungimento dell'obiettivo concorrono i poli territoriali di ASST e gli enti gestori accreditati e a contratto per le cure domiciliari e cure palliative nell'ambito delle previsioni di cui alla DGR XI/6867/2022 nonché le prestazioni erogate nell'ambito della Misura RSA Aperta, le prestazioni domiciliari dei medici di assistenza primaria (compresi gli interventi erogati nell'ambito del PSD e ADP), anche attraverso i relativi

infermieri, in una logica di raccordo hub e spoke con le Case di Comunità, nel quadro del modello organizzativo di cui alla DGR XI/6760 del 25/07/2022.

Concorrono, infatti, ad alimentare il flusso SIAD le prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (ADI) e delle cure palliative erogate dalle ASST, erogatori privati accreditati, la presa in carico da parte degli IFeC presenti a livello di distretto, le prestazioni di assistenza domiciliare erogate dai Medici di Assistenza primaria anche attraverso l'ADP, il PSD, le prese in carico in Rsa Aperta che prevede l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie utili a sostenere la permanenza al domicilio della persona over 65 con fragilità (demenza) il più a lungo possibile. Al fine di garantire una presa in carico sempre più flessibile e coerente con la situazione clinica delle persone, è stata introdotta, sia per le ASST che per gli erogatori privati accreditati per i diversi setting, a livello sperimentale la possibilità di attivare visite specialistiche e attività diagnostiche per quelle persone che, per motivi di salute, non riescono a raggiungere gli ambulatori. Per le ASST in particolare è prevista l'attivazione di specifiche progettualità sperimentali.

Di seguito si evidenziano i target di riferimento:

Considerato che la baseline nell'anno 2019 era di 92.551, si evidenziano i target degli anni successivi.

- 2022: Target 134.255
- 2023: Target 175.577
- 2024: Target 216.818

Nel 2025 il numero complessivo atteso sarà pari a 233.935 persone in carico over 65 anni a giugno 2026 con riferimento all'assistenza domiciliare erogata a tutto il 31/12/2025 (tenuto conto dell'aggiornamento di cui al DAR 18025 del 12/11/2024 che prevede un incremento del target complessivo in misura proporzionale sulle singole regioni, con una maggiorazione per la Lombardia di 7.545 utenti rispetto al target previsto che era pari a 226.390).

I risultati del Recovery Plan

Di seguito la tabella con lo stato di avanzamento del raggiungimento del target annuale:

2019	2022		2023		2024		2025	
	atteso	effettivo	atteso	effettivo	atteso	Effettivo	atteso	effettivo
92.551	134.255	140.020	175.577	178.233	216.818	234.297	233.935	n.d

Regione ha adempiuto secondo le scadenze previste all'invio dei dati al Ministero tramite Siad ed ha raggiunto tutti i target previsti per le annualità 2022 - 2024. Nel 2024, in particolare, il 5,2% degli anziani over 65 presi in carico al domicilio è stato seguito da un percorso di cure palliative al domicilio.

Si evidenzia inoltre che il sempre maggior ricorso ai servizi domiciliari sta consentendo di raggiungere buoni risultati in termini di efficacia ed appropriatezza: ad esempio, in materia di cure palliative, si registra:

- una bassa % di pazienti con ricovero in Ospedale durante la Presa in Carico da parte di unità di cure palliative domiciliari (pari a 4,1% sul totale dei pazienti presi in carico in UCP-Dom);
- una bassa % di pazienti deceduti in Ospedale durante Presa in Carico da parte di unità di cure palliative domiciliari (pari a 0,98% sul totale dei pazienti presi in carico in UCP-Dom).

7. AREE DI INTERVENTO E DI MIGLIORAMENTO

a. Garanzia dell'accesso dei pazienti adulti alle cure palliative nelle strutture per acuti,

favorire l'accesso attraverso l'aggiornamento degli Strumenti di Valutazione del Bisogno- Suballegati "E" e "F" alla DGR n. 1046/2018- per l'identificazione precoce e la presa in carico tempestiva del bisogno di Cure palliative.

b. Attivazione degli ambulatori di cure palliative per pazienti adulti

In coerenza con la DGR 3720/2024 e al DM 77/2022, è previsto un rafforzamento degli ambulatori territoriali di cure palliative anche con il contributo del Terzo Settore, (in particolare all'interno delle Case di Comunità,

nonché la promozione delle consulenze intra ed extra ospedaliere (compreso il supporto dei Medici di Medicina Generale e RSA) e l'uso della Telemedicina.

c. Attività consulenziale nelle UdO Sociosanitarie

Nell'ottica di ampliare la risposta ai bisogni emergenti, verrà favorita e ampliata la "consulenza palliativa medico specialistica" (prevista dalla D.G.R. n. 5918/2016 e dal D. lgs n. 29/2024) nei regimi residenziali sociosanitari dell'area anziani e di quelle dei disabili, finalizzata a garantire l'ottimale controllo dei sintomi e l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, assicurando anche la continuità assistenziale durante tutto il percorso di malattia.

La DG Welfare, anche in collaborazione con l'Organismo di Coordinamento della rete regionale di cure palliative, nel corso del 2025 ha avviato l'analisi al fine della definizione di requisiti e della procedura di attivazione.

La DGR n. 3720/2024 prevedeva per questa tipologia di prestazione uno stanziamento pari a euro 5 ML che verrà confermato anche dagli indirizzi di programmazione per l'anno 2026.

d. Supporto della rete dell'emergenza urgenza alla rete delle cure palliative pediatriche

Nel corso del 2026, si prevede l'avvio dei seguenti interventi per perfezionare la Rete Regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche (TDCPP) come previsto dalla D.G.R. XII/1827 del 31/01/2024:

- Sviluppo, da parte di AREU, di un modello di percorso unico per la gestione delle segnalazioni dei pazienti pediatrici con condizioni cronico-complesse non guaribili, estendibile a livello regionale. Il percorso dovrà enfatizzare la trasmissione delle informazioni sui percorsi di Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) in ambito pediatrico, come previsto dalla Legge 22 dicembre 2017, n. 219;
- In conformità alla DGR e alla Legge Regionale n. 33/2009, AREU, in collaborazione con i servizi di CPP, dovrà garantire il miglior trattamento terapeutico per i pazienti pediatrici, coinvolgendo prioritariamente medici con il titolo di master (Legge n. 38/2010), anche nell'ambiente extra-ospedaliero. Qualora previsto, potrà essere valutato il trasferimento diretto del minore dal domicilio all'hospice pediatrico, se il percorso di cure include la gestione del fine vita in tale struttura.

e. Implementazione della Rete di TD-CPP

In questo ambito occorre avviare un percorso che porti alla definizione di modello complessivo a livello regionale che preveda:

- l'individuazione di bacini di utenza in cui costruire le reti;
- la costruzione di reti che vedano la presenza di tutti i setting di cura: ambulatoriale, domiciliare, residenziale in attuazione degli standard di fabbisogno previsti;
- l'interrelazione di queste reti con il territorio in cui operano, in primis con i Pediatri di Famiglia e i Medici di Medicina Generale;
- una tempistica dell'attivazione delle reti;
- l'analisi dell'impatto economico dell'introduzione del modello organizzativo
- coerentemente al capitolo 14.3 dell'Allegato A della DGR n. 3720/2024, avvio di azioni collaborative con le Unità di Epidemiologia delle ATS al fine di sviluppare un sistema di monitoraggio in integrazione con i portali "Profilo di Salute" delle ATS con dati sulla salute della popolazione, sviluppati tramite flussi informativi;
- promozione della formazione base in cure palliative anche per pervenire ad una "crescita culturale" comune a chi si prende cura dei soggetti in età pediatrica.

Tabella 25. Azioni di miglioramento e timing

AMBITI DI INTERVENTO	INTERVENTI MIGLIORATIVI	SCADENZE
Identificazione precoce del Bisogno CP da parte dei Sistemi di cura per l'acuto	- Aggiornamento dell'Allegato "E" e "F" ex DGR 1046/2017; - Semplificazione della procedura di segnalazione e attivazione dei Servizi; - Formazione dei professionisti maggiormente coinvolti nell'intercettare la transizione dei bisogni del malato	30/06/2026
Integrazione dei Servizi: (MMG/PLS; IFoC; ADI; C-Dom, COT)	- Promuovere l'integrazione dei servizi e dei professionisti - Attivare forme consulenziali - Definire percorsi di governance dei processi in capo alle reti di cure palliative (GOVERNO E GOVERNANCE)	30/06/2026
Attivazione degli ambulatori territoriali di cure palliative per pazienti adulti	- Apertura al pubblico di almeno un ambulatorio territoriale presso una Casa di Comunità nell'ambito del Distretto	30/04/2026
Attività consulenziale	- Promuovere e/o consolidare l'attività consulenziale <ul style="list-style-type: none"> o Intraospedaliera (UU.OO e PS) o extra ospedaliera (MMG; IFoC; UdO Sociosanitarie) 	31/07/2026
Distribuzione disomogenea dell'offerta residenziale di CP	- Presidiare le procedure di accreditamento e contrattualizzazione sulla base dell'indicatore medio regionale	31/12/2026
Tasso di occupazione PL Hospice	- Analisi tecnica per la definizione di un'unica lista di attesa di rete, governata dalla ASST di riferimento	31/12/2026
Degenza media nei setting Hospice e UCP-Dom	- Scheda di Identificazione precoce del BCP - Attivazione di ambulatori di cure simultanee - Avvio Formazione ad Hoc	30/06/2026
Telemedicina e digital Transformation	- Promuovere la transizione verso la digitalizzazione in modo progressivo sulla scorta di quanto già avviato in altri ambiti	30/09/2026
Consolidamento dell'area TD-CPP	- Aggiornamento dei Centri di Riferimento Regionali	31/12/2026
	- Definizione dei requisiti per l'erogazione di TD-CPP a livello territoriale.	31/12/2026

8. CONCLUSIONI

Regione Lombardia ha da tempo raggiunto gli obiettivi AGENAS, sia in termini strutturali (posti letto hospice, n. erogatori UCP-Dom per 10⁵ abitanti), sia in termini di processo (335 pazienti presi in carico dalla Rete di Cure Palliative ogni 10⁵ abitanti adulti). Ciononostante, Regione Lombardia prosegue nella propria azione di efficientamento delle reti di cure palliative reputando queste ultime come elemento di salvaguardia e di equilibrio per dare risposta al bisogno di cura espresso dai cittadini nella transizione circolare dei pazienti **Territorio → Ospedale → Territorio**. In un flusso circolare come quello descritto, il coordinamento e l'interfaccia tra i vari sistemi di cura che si intrecciano e intersecano, appare di importanza strategica. In questo contesto, le cure palliative possono giocare un ruolo nodale.

- Priorità nelle Risorse.** Il processo di potenziamento avviato potrebbe comportare una riallocazione delle risorse e dei finanziamenti per rispondere ai requisiti di accreditamento e potenziamento delle cure palliative, influenzando così le priorità nelle politiche sanitarie (EQUITÀ E SOSTENIBILITÀ).
- Sviluppo di Infrastrutture.** La necessità di soddisfare gli obiettivi di accreditamento spinge verso la creazione di nuove strutture e reti per le cure palliative, semplificando l'accesso a cure di qualità per i pazienti (ACCESSIBILITÀ E PROSSIMITÀ).
- Formazione e Aggiornamento Professionale.** Devono essere incentivati programmi di formazione per i professionisti della salute, garantendo che siano adeguatamente preparati in tema di cure palliative (CONOSCENZA E COMPETENZA).
- Integrazione dei Servizi.** È strategico integrare alle cure palliative altri servizi sanitari, promuovendo un approccio olistico e multidisciplinare alla salute del paziente, favorendo la definizione di percorsi di governance dei processi in capo alle reti di cure palliative (GOVERNO E GOVERNANCE, INTEGRAZIONE).
- Valutazione e Monitoraggio.** Il monitoraggio attraverso indicatori specifici garantisce che gli interventi di sistema siano efficaci e rispondano realmente ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie (MONITORING).
- Coinvolgimento dei Pazienti e delle Associazioni che li rappresentano.** La necessità di soddisfare il 90% del bisogno di cure palliative, coinvolgerà sempre più i pazienti e le loro famiglie, nei processi decisionali, promuovendo una sanità più centrata sulla persona, co-progettando i modelli anche con il supporto delle Associazioni di Volontariato (ADVOCACY, ENPOWERMENT, LITERACY).

7. **Innovazione e Ricerca.** L'evoluzione delle Reti Locali di Cure Palliative imprimerà nuovo stimolo alla ricerca e all'innovazione nel settore delle cure palliative, portando nuove tecnologie che possono migliorare l'assistenza (PROGRESSO TECNOLOGICO, TELEMEDICINA, AI).

Concludendo, le azioni messe in atto e programmate al fine di efficientare le Reti locali continueranno ad essere portate avanti anche attraverso la promozione ed il confronto attivo tra le istituzioni, i professionisti della salute e le organizzazioni della società civile. Solo mediante un modello di cura integrato e multidisciplinare verrà favorito il potenziamento delle cure palliative, traducendo le azioni in reali miglioramenti per i pazienti e le loro famiglie.