

## PIANO REGIONALE DI POTENZIAMENTO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE NEL QUADRO DELLA PROGRAMMAZIONE DI CUI ALLA DGR 7758/2022 E RELATIVO STATO DI ATTUAZIONE

Secondo lo Schema orientativo fornito da Agenas

(ai sensi della legge 29 dicembre 2022, n. 197, art. 1, c. 83)<sup>1</sup>

### 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”
- L. 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

- DGR n. 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. 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. 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”;

---

<sup>1</sup> c. 83. All'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, dopo il comma 4 è inserito il seguente:

« 4-bis. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano presentano, entro il 30 gennaio di ciascun anno, un piano di potenziamento delle cure palliative al fine di raggiungere, entro l'anno 2028, il 90 per cento della popolazione interessata. Il monitoraggio dell'attuazione del piano è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che lo realizza a cadenza semestrale. La presentazione del piano e la relativa attuazione costituiscono adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato».

- DGR n. 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”; Istituzione dei due rispettivi Organismi di Coordinamento”;
- DGR n. 1046 del 17 dicembre 2017: “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2019” Introduce standard di esercizio per il governo della UCP-Dom in termini di controllo dell’appropriatezza del CIA;
- Legge Regionale 14 giugno 2021, n. 22;
- 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. 7758 del 28 dicembre 2022: “(DL) Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2023”;
- DGR n. 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 sub-investimento 1.2.1 –assistenza domiciliare - approvazione piano operativo regionale”;
- DGR 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 sub-investimento 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. 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. 850 del 8 agosto 2023: “Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2023. Secondo provvedimento”.

## Obiettivi

### Obiettivo 1. Raggiungimento degli standard del DM 77 entro giugno 2026

Lo standard definito dal DM n. 77/2022 prevede:

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

**RAGGIUNTO** (vedi tabella 6)

### Obiettivo 2. Raggiungimento dell’obiettivo della legge di Bilancio n. 197/2022 entro il 2028

(90% della popolazione interessata presa in carico dall’équipe specialistiche di Cure Palliative)

**RAGGIUNTO** (vedi tabella 3 e tabella 7)

## Osservazioni

Regione Lombardia ha da tempo posto, tra i suoi obiettivi qualificanti, lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative prestando particolare attenzione all’accessibilità e alla qualità delle prestazioni erogate, pervenendo negli anni allo sviluppo di un modello organizzativo molto avanzato e in linea sia al grado di realizzazione delle Reti di CP definite dalla Legge n.38/2010, sia agli standard territoriali previsti dal recente DM del 23 maggio 2022, n.77, ad oggetto “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

Tale disposizione di legge trova regione Lombardia in una fase molto avanzata di realizzazione delle Reti di cure palliative con una offerta capillare di servizi. In effetti, dal 2012 ad oggi si è registrato un progressivo incremento delle risorse immesse a sistema per questo ambito di cura, oltre che numerosi interventi normativi mirati ad efficientare le reti stesse.

Per quanto sopra riportato, Regione Lombardia inquadra l'obiettivo definito a livello nazionale all'interno di un'azione di Sistema più ampia che prevede:

- integrazione di servizi e funzioni (UCP-Dom, ADI, RSA aperta, altre forme assistenziali territoriali e le funzioni dei professionisti coinvolti, con particolare riguardo alle figure dell'IFoC e del MMG);
- classificazione e monitoraggio delle prestazioni: attività ambulatoriali e consulenziali intraospedaliere, ad oggi non facilmente tracciabili. Si tratta di decine di migliaia di prestazioni che costituiscono un volume di produzione considerevole che, ancorché non conteggiato, concorre al soddisfacimento del bisogno di cure palliative dei cittadini.

### 1. Fotografia del quadro geopolitico ed economico Lombardo

La Lombardia è la regione con il maggior numero di abitanti. Il territorio è caratterizzato da un'ampia varietà geografica pressoché equamente suddivisa in tre aree di pianura, di collina e di montagna. La regione è altresì caratterizzata da zone metropolitane ad alta densità demografica ed altre ad un forte insediamento industriale. Le caratteristiche orografiche costituiscono un ostacolo oggettivo e richiedono un maggiore sforzo erogativo al fine di garantire la prossimità delle cure anche nei territori più disagiati (figura 1.). Gli aspetti demografici ridisegnano un quadro sociale caratterizzato da un tessuto familiare più fragile e da legami relazionali più labili rispetto al passato.

Ciò impatta dal punto di vista del carico assistenziale che nel giro di pochi anni sarà impossibile affidare esclusivamente alle famiglie (basti pensare all'aumento delle famiglie monoparentali) (figura 2).



# Economia

Figura 2



Dal punto di vista delle risorse economiche, la Lombardia ha il PIL più alto della nazione ed è il doppio della regione Lazio che è al secondo posto. Anche il reddito procapite è tra i più alti d'Italia. Questi fattori sono determinanti rispetto alla possibilità delle famiglie di acquistare servizi integrativi alla persona e sono rafforzati dal tasso di occupazione lavorativo che è un altro indice di benessere della regione. (figure 3 e 4)

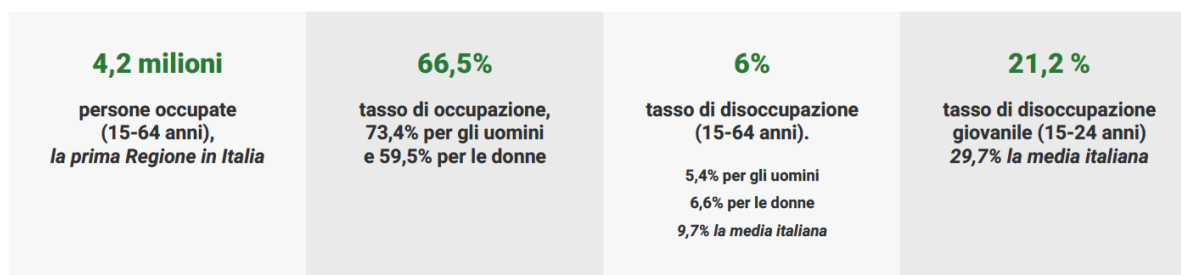
# Popolazione

Figura 3



# Lavoro

Figura 4



Per ciò che riguarda l'offerta di cura dell'acuzie, nella sottostante figura 5 si riportano i dati (fonte ISTAT) relativi all'anno 2020.

Territorio	Lombardia			
Selezione periodo	2020			
Area di specializzazione clinica	per acuti	lungodegenza	riabilitazione	totale
<b>Tipo dato</b>				
posti letto in degenza ordinaria	27532	729	6415	34676
posti letto in degenza ordinaria per 1.000 abitanti	2,75	0,07	0,64	3,47
dimissioni in regime ordinario	817311	3480	64787	885578
dimissioni in regime ordinario per 1.000 abitanti	81,69	0,35	6,48	88,52
giornate di degenza in regime ordinario	6585557	102639	1671712	8359908
degenza media in regime ordinario	8,06	29,49	25,8	9,44

Figura 5

Dal punto di vista socioassistenziale, a fine del 2021 in Lombardia, i posti letto autorizzati in RSA erano 65.512.

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

In Lombardia le persone di minore età sono 1.607.549, il 16,1% della popolazione totale della regione, contro una media nazionale del 15,7%, ma con un trend 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 di 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, si osserva che il dato relativo a quella intraospedaliera, resta ancora rilevante. L'ospedale resta quindi un posto dove si va a morire e come vedremo, rappresenta uno dei nodi fondamentali per l'identificazione e la segnalazione del Bisogno di Cure Palliative.

Dal punto di vista metodologico (vedi tabella 1), ai fini della quantificazione del Bisogno di Cure Palliative, sono stati considerati quale riferimento gli indicatori definiti da Agenas, due valori soglia minimi, 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 1. dati demografici utili al calcolo del fabbisogno per l'anno di riferimento 2021

PROVINCIA	Residenti	Adulti ≥ 15 anni	Minori < 15 anni
BERGAMO	1.103.556	949.258	154.298
BRESCIA	1.253.157	1.080.215	172.942
LECCO	333.569	290.017	43.552
MONZA BRIANZA	870.113	751.567	118.546
LODI	227.343	196.262	31.081
PAVIA	535.801	470.764	65.037
COMO	596.456	499.830	96.626
VARESE	880.093	764.417	115.676
SONDRIO	178.798	156.029	22.769
CREMONA	352.242	307.815	44.427
MANTOVA	406.061	353.317	52.744
MILANO	3.241.813	2.814.241	427.572
LOMBARDIA	<b>9.979.002</b>	<b>8.633.732</b>	<b>1.345.270</b>

Altro indicatore rilevante ai fini dell'analisi dei processi, è il dato di numerosità dei deceduti in ospedale con Bisogni di Cure Palliative (Vedi tabella 2). In letteratura questo dato viene stimato attorno al 40-45% di tutti i decessi registrati in ospedale per acuti. (Murtagh, 2015)

Tabella 2. dati relativi alla mortalità del territorio e in regime di ricovero ordinario

PROVINCIA	Residenti	Deceduti	Tasso Mort (‰)	Mort Osp (%)	Morti Osp
BERGAMO	1.103.556	10.263	9,3	36,46	3.742
BRESCIA	1.253.157	13.158	10,5	36,93	4.882
LECCO	333.569	3.736	11,2	32,89	1.229
MONZA BRIANZA	870.113	8.788	10,1	40,89	3.593
LODI	227.343	2.410	10,6	43,53	1.049
PAVIA	535.801	7.340	13,7	47,18	3.463
COMO	596.456	6.680	11,2	39,70	2.652
VARESE	880.093	10.385	11,8	39,97	4.150
SONDRIO	178.798	2.056	11,5	37,64	774
CREMONA	352.242	4.192	11,9	38,35	1.608
MANTOVA	406.061	5.116	12,6	34,43	1.762
MILANO	3.241.813	33.715	10,4	46,13	15.552
LOMBARDIA	<b>9.979.002</b>	<b>107.840</b>	<b>11.23</b>	<b>39,74</b>	<b>44.456</b>

Per ciò che riguarda le Cure Palliative Pediatriche e il Bisogno di Cure Palliative nel minore, l'indicatore, definito dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Agenas), è quindi fissato a 18 Pazienti ogni 10<sup>5</sup> residenti.

Tabella 3. Calcolo del Bisogno di cure palliative (BCP) specialistico in riferimento alle fasce di età (15 < età ≤ 15 anni), al numero di residenti adulti e al tasso di mortalità intra e extraospedaliera. (Indicatori forniti da Agenas)

INDICATORI	INDICATORI ADULTO				INDICATORE PEDIATRICO	
	Indicatore Agenas 2023: 335 adulti su 10 <sup>5</sup> abitanti adulti		Indicatore BCP in ambito Ospedaliero: 45% deceduti in Ospedale (Murtagh, 2015)		Indicatore Agenas 2023: 18 pazienti su 10 <sup>5</sup> abitanti residenti con BCP in ambito Pediatrico	
PROVINCIA	Adulti ≥ 15 anni	BCP	N. Morti Osp	BCP in Osp.	Residenti complessivi	BCP Pediatrico specialistico

BERGAMO	949.258	3.180	3.742	1.684	1.103.556	199
BRESCIA	1.080.215	3.619	4.882	2.197	1.253.157	226
LECCO	290.017	972	1.229	550	333.569	60
MONZA BRIANZA	751.567	2.518	3.593	1.625	870.113	157
LODI	196.262	657	1.049	472.	227.343	41
PAVIA	470.764	1.577	3.463	1.561	535.801	96
COMO	499.830	1.674	2.652	1.194	596.456	107
VARESE	764.417	2.561	4.150	1857	880.093	158
SONDRIO	156.029	523	774	349,	178.798	32
CREMONA	307.815	1.031	1.608	725	352.242	63
MANTOVA	353.317	1.184	1.762	791	406.061	73
MILANO	2.814.241	9.428	15.552	6.984	3.241.813	584
LOMBARDIA	8.633.732	<b>28.923</b>	44.456	<b>19.281</b>	9.979.002	<b>1.796</b>

### 3. Stato di attuazione di norme previgenti

L'attuale ordinamento delle Cure Palliative nella nostra regione è il risultato di una riforma di settore avviata a fine 2016. Prima di allora esisteva una regolazione distinta per le strutture sociosanitarie e per quelle sanitarie.

Con la DGR n. X/5918 del 28 novembre 2016, anticipando quanto previsto dai nuovi LEA, il sistema delle cure palliative è afferito alla rete delle strutture sociosanitarie, 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 una 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 nei diversi setting assistenziali in un territorio (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) e degli organismi di volontariato coinvolti nel percorso assistenziale di Cure Palliative e che operano nel territorio di una o più ASST. La DGR n.5918/2016 pone il volontariato come requisito di accreditamento degli erogatori.

In Lombardia, il modello organizzativo è quindi 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; il coordinamento dell'Organismo è affidato alla Dottoressa Gagliardo Rosetta
- a livello locale (periferico), in tutte le otto 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 14 Reti Locali di Cure Palliative (RLCP) almeno una per ATS e 10 Dipartimenti Interaziendali e Aziendali di Cure Palliative (DICP) (Vedi Tabella 5).

**Tabella 5. Quadro sinottico dei livelli organizzativi che connotano la Rete Regionale di Cure Palliative, alla luce dei nuovi POAS 2022-2024**

ATS	ASST	LIVELLO ORGANIZZATIVO	DIPARTIMENTO	RLCP	ASST CAPOFILIA
321 - MILANO	RHODENSE	SC	DICP - TD	1	RHODENSE
	OVEST MILANO	SC			
	FBF-SACCO	SC			
	GRANDE OSP METROPOL. NIGUARDA	SC	DICP	1	FBF
	SANTI PAOLO E CARLO	SS			
	NORD MILANO	SC			
	MELEGNANO E MARTESANA	SSD	RLCP	1	LODI
	LODI	SC			
322 - INSUBRIA	LARIANA	SC			
	SETTE LAGHI	SC	DICP	1	LARIANA
	VALLE OLONA	SC			
327 - VALPADANA	MANTOVA	SC			
	CREMA	SC	DICP	3	MANTOVA
	CREMONA	SC			
326 - BRESCIA	SPEDALI CIVILI BRESCIA	SC			
	FRANCIACORTA	SC	DICP	1	BRESCIA
	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			
	BRIANZA	SC	DICP	1	BRIANZA
328 - PAVIA	PAVIA - MEDE	SC	DICP	1	PAVIA

#### 4. L'offerta di cura in Lombardia

**L'assetto del Sistema di offerta e il posizionamento rispetto agli indici di copertura definiti dal DM 77/2022**  
 Regione Lombardia per garantire l'accesso alle Cure Palliative ha definito una rete costituita da Soggetti erogatori accreditati, che vede il supporto delle associazioni 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, nonché in ambito ospedaliero, attraverso l'attività ambulatoriale e di consulenza nelle UO da parte delle équipe di cure palliative.

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

Per quanto riguarda l'ambito domiciliare, 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).

Oggi la rete delle cure palliative risulta particolarmente capillare in tutto il territorio, in linea con gli indici di copertura previsti dal DM 77/2022, e precisamente con un assetto che al 31/12/2021 conta:

- 8,4 posti letto ogni 100.000 abitanti, per gli hospice;
- 1,7 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti.

**L'obiettivo fissato da Agenas è da considerarsi raggiunto (Tabella 6).**



Tabella 6: Offerta di cura garantita dagli erogatori di cure palliative specialistiche			
TIPO UNITA' DI OFFERTA (UDO)	SETTING	NUMERO UDO	POSTI
HOSPICE	Residenziale	73	828
Unità cure palliative domiciliari	Domiciliare	171	–
Day hospice	Day Hospital	22	37
<b>TOTALE</b>		<b>266</b>	<b>865</b>

Nell'ambito territoriale di tutte le ATS le cure palliative domiciliari e residenziali (Hospice) sono erogate da Soggetti pubblici e privati accreditati, più in particolare, le ASST nel proprio Piano Organizzativo Aziendale (POA) 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 (vedi tabella 5).

Oltre ai due setting assistenziali citati, l'offerta si completa con l'attività di Day Hospice/Hospital, ambulatoriale e consulenziale.

Per dare un'idea dei volumi di erogazione, nel 2021 sono stati presi in carico dalla Rete di cure palliative circa 16.700 pazienti in regime domiciliare, 12.600 in quello residenziale e 150 nei DH, per un totale di 29.300 malati. Poiché per il calcolo teorico del BCP, Agenas ha posto il valore di soglia minima di 335 adulti su 100.000 residente di età > 15 anni, pari a 228.923, ne risulta che l'obiettivo fissato da Agenas è da considerarsi raggiunto e superato.

A completare il quadro di riferimento, si aggiungono le cure palliative pediatriche con l'attivazione nel 2019 nell'area della Città Metropolitana di Milano di un hospice pediatrico - Casa del Sollievo Bimbi, struttura specificatamente dedicata ai bambini con dolore complesso o con patologie inguaribili, che necessitano di interventi specialistici e che hanno bisogni assistenziali specifici e diversi da quelli degli adulti. Si conferma l'attenzione a questo ambito e l'impegno di dare attuazione al recente Accordo n.30/CSR del 25 marzo 2021 concernente "Accreditamento della rete di terapia del dolore e specifica cure palliative pediatriche" e di avviare una formazione

Volumi di produzione erogati a favore di minori					
HOSPICE					
Anno	n. percorsi	Non oncologici	Giornate di cura	Media percorsi	
2020	71	11	821	11,5	
2021	125	6	2.344	18,5	
UCP-Dom					
Anno	n. percorsi	Non oncologici	Giornate di cura	Media percorsi	CIA
2020	59	28	4.710	79,8	0,76
2021	31	12	2.004	64,6	0,45

Tutto ciò deve essere contestualizzato all'interno di un insieme di azioni che completa l'impegno di Regione Lombardia verso la complessità e la fragilità del malato e a sostegno della famiglia.

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 il 36% delle risorse è affidato alla rete intercompany e il 64% alle altre tipologie di erogatori;

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

In ogni caso, i volumi contrattualizzati per tale target risultano in continua crescita negli ultimi anni (valori in Mln/Euro)

SETTING DI CURE PALLIATIVE	2019 BUDGET MLN/EURO	2020 BUDGET MLN/EURO	2021 BUDGET MLN/EURO	2022 BUDGET MLN/EURO
RESIDENZIALI	67,08	66,5	70,66	69,07
DOMICILIARI	39,92	46,59	47,83	50,72
TOTALE	107	113,09	118,49	119,79

L'aumento del budget nell'ultimo biennio è stato anche il risultato del contestuale aumento delle tariffe, finalizzato a migliorare la remunerazione del fattore lavoro (in un contesto in cui altre filiere potevano rivelarsi più remunerative) e a contribuire agli aumenti dei costi legati al quadro economico conseguente all'emergenza pandemica e al contesto geopolitico.

Nell'ultimo biennio sono state introdotte regole di flessibilizzazione dei budget in un'ottica di filiera che hanno consentito a tutti i gestori (pubblici e privati) di gestire in maniera unitaria le risorse per le cure palliative, con la possibilità di compensare le risorse per il regime domiciliare con quelle per il regime residenziale, questo al fine di potenziare la presa in carico flessibile della persona nell'ambito della filiera dei setting di cure palliative.

Le cure palliative domiciliari concorrono al target di PNRR dell'incremento delle prese in carico della popolazione over 65 anni, nell'ambito del sistema informativo **SIAD**.

## 5. Dati di Produzione anno 2021

Come anticipato, le RLCP garantiscono un'offerta di cure palliative che assicura prossimità e appropriatezza. In tabella 7 viene riportata la casistica dei percorsi attivati nell'anno 2021, suddivisa per setting e per ATS.

TABELLA 7: Numero di percorsi attivati per tipologia e per 100.000 abitanti adulti

ATS	UCP-DOM	HOSPICE	TOTALE PERCORSI ATTIVATIO
ATS CITTÀ METROP MILANO	6.262	4.531	6.015
INSUBRIA	2.320	1.484	3.804
BRIANZA	2.888	1.209	4.097
MONTAGNA	570	440	1.010
BERGAMO	3.340	1.175	4.515
BRESCIA	1.823	1.827	3.650
VALPADANA	1.898	1.460	3.358
PAVIA	1.334	1.151	2.485
LOMBARDIA	20.435	13.277	33.712
N. PERCORSI X 10 <sup>5</sup> ADULTI	245	159	404

## 6. Dotazioni organiche delle RLCP

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. (Vedi tabella 8 e tabella 9)

Tabella 8: Professionisti impegnati nelle RLCP espressi in Full Time Equivalent Pari ad un debito orario/anno di 1.560 ore per il medico e di 1.536 ore per tutte le restanti figure. In rosso il coefficiente per 10<sup>5</sup> abitanti di età ≥ 15 anni

HOSPICE				
	OSS	PSICOLOGI	INFERMIERI	MEDICI
<b>Totale</b>	<b>435</b>	<b>23</b>	<b>623</b>	<b>151</b>
Pubblico	212	12	333	101
Privato accr. SSR	223	11	292	51

UCP-DOM				
	OSS	PSICOLOGI	INFERMIERI	MEDICI
<b>Totale</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>297</b>	<b>138</b>
Pubblico	26	6	133	64
Privato accr. SSR	24	9	164	74

TOTALE				
	OSS	PSICOLOGI	INFERMIERI	MEDICI
<b>Totale</b>	<b>485</b>	<b>38</b>	<b>921</b>	<b>302</b>
<b>FTE/10<sup>5</sup> abitanti ≥ anni</b>	<b>5,6</b>	<b>0,5</b>	<b>11</b>	<b>3,5</b>

Tabella 9.. FTE medico (1.560 ore/anno) per ATS

ATS	TIMBRATO TOT	FTE TOT
MILANO MET	184633	118
INSUBRIA	47166	30
MONTAGNA	21950	14
BRIANZA	52557	34
BERGAMO	34601	22
BRESCIA	49796	32
VAL PADANA	45818	29
PAVIA	35156	23
<b>LOMBARDIA</b>	<b>471677</b>	<b>302</b>

## 7. Formazione

Con la DGR n. 5455/2016 regione Lombardia, con un investimento di oltre 300.000 euro, in coerenza con l'Accordo n. 87/CSR del 10 luglio 2014, ha avviato una formazione multidisciplinare, minima e obbligatoria per i professionisti delle RLCP e i Medici di Medicina Generale. Il progetto formativo ha visto la realizzazione di 4 edizioni centrali per la formazione dei formatori, della durata complessiva di 6 giornate ciascuna per un totale di 48 ore. Questo pacchetto formativo è stato replicato in ciascuna ATS con un numero di edizioni calcolato in base alla numerosità degli operatori attivi sulle diverse RLCP. Le Edizioni periferiche sono state complessivamente 27 ed hanno permesso di intercettare oltre 2.000 operatori.

In Lombardia sono state inoltre avviate tre delle 19 Scuole di Specialità in "Medicina e Cure Palliative" presenti in Italia e rispettivamente presso l'Università degli Studi di Milano, l'Università degli Studi di Brescia e presso l'Università degli Studi Bicocca di Milano.

## 8. Sistema informativo

Nel corso del 2018, Regione Lombardia si è dotata di un flusso di rendicontazione specifico per la filiera residenziale (hospice) e domiciliare (UCP-DOM) e dal 2023, in attuazione delle disposizioni ministeriali, ha ricondotto tutta la produzione UCP-Dom all'interno del flusso NSIS-SIAD, distinguendo le prese in carico in cure palliative domiciliari dalle prese in carico nelle altre forme di erogazione domiciliare grazie alle specifiche tecniche nazionali di nuova introduzione al fine del monitoraggio puntuale dell'attività erogata da parte delle RLCP sulla base di protocolli formalizzati, ed articolata in livello base e specialistico.

L'attivazione di un flusso informativo unico e dedicato consente di avere a disposizione dati, rispetto al governo clinico assistenziale delle RLCP e rappresenta un valore aggiunto ai fini programmatori, consentendo il monitoraggio continuo della *performance* delle RLCP.

## 9. Punti di forza e punti di attenzione

I fattori di forza sono essenzialmente rappresentati da un sistema di offerta sempre più strutturato che oggi può essere visto come paradigmatico, non solo quale modello organizzativo e gestionale di rete, ma rappresentativo di modello di co-progettazione secondo logiche di community building. Il modello organizzativo attuato ha posto le basi per creare, in un clima di collaborazione tra Istituzioni, Terzo Settore, volontariato, impresa sociale, mondo professionale, promuovendo una medicina di prossimità e di comunità. I dati regionali documentano che nel triennio di riferimento 2019-2021 sono stati attivati circa 53.000 percorsi domiciliari, con una durata media di 40 giorni. Di questi, il 35% ha avuto una presa in carico nel profilo di base con un CIA medio dello 0,4. Di tutti i pazienti presi in carico in UCP-Dom, più dell'84% conclude il proprio percorso all'interno della RLCP, meno dell'1% è deceduto in un Ospedale per acuti e meno del 3% ha subito un nuovo ricovero ospedaliero.

Si sottolinea che il CIA ad oggi richiesto come valore minimo di riferimento, è pari allo 0,2 a fronte di una media garantita dello 0,4. Ciò documenta che il sistema erogativo si è dimostrato particolarmente maturo dal punto di vista del CIA garantito e che non sono stati adottati comportamenti opportunistici. Meritano approfondimento i dati relativi alla sopravvivenza media del malato in setting domiciliare di cure palliative, la provenienza delle segnalazioni e la frammentazione dell'offerta con relative risorse assorbite.

## 10. Interventi ed azioni di miglioramento nel corso del 2023 (programmazione e attuazione)

Le recenti deliberazioni di Giunta regionale creano i presupposti per favorire il potenziamento previsto dalla legge 29 dicembre 2022 n. 97 legge (legge di Bilancio 2023), precorrendone le finalità in merito alle cure palliative: la DGR n. XI/7592 del 15.12.2022, la DGR n. XI/7758 del 28.12.2022 ed infine, la DGR n. XII/850 del 08.08.2023.

- **La DGR n. 7592 del 15 dicembre 2022**, che in coerenza con il DM 77/2022 promuove l'integrazione dei servizi (PUA, COT, ADI), delle Strutture (CdC, OdC, Ospedali, RSA) e dei profili professionali (tra équipe di cure palliative e MMG, Specialisti di branca, medici e infermieri delle RSA, IFoC). In linea con l'obiettivo di governo, prevede che l'IFoC possa identificare in modo precoce e proattivo il Bisogno di Cure Palliative (BCP). Sulla scorta di quanto già in essere in alcune esperienze lombarde, l'IFoC contribuisce funzionalmente alla Rete Locale di Cure Palliative e promuove le seguenti azioni:
  - Impiego degli strumenti di valutazione del BCP previsti dalla DGR n.1046/2018 e loro successivi aggiornamenti e stratificazione del BCP
  - Indirizzo alle cure attraverso l'attivazione della RLCP per la presa in carico del malato

- Monitoraggio dei pazienti che sono nella fase di transizione da cronicità → Fragilità avanzata → Bisogno di Cure palliative
  - Monitoraggio dei pazienti in attesa di presa in carico da parte della RLCP
  - Monitoraggio dei pazienti dimessi dalla RLCP per stabilizzazione del quadro clinico
- **La DGR n. 7758 del 28 dicembre 2022**, che stabilisce alcuni obiettivi utili al potenziamento delle Reti di cure palliative attraverso la stesura di un Piano di Sviluppo della Rete Regionale di Cure Palliative. Sono stati identificati, quali elementi cardine del Piano di sviluppo, le seguenti azioni da intraprendere:
- L'identificazione precoce e proattiva del Bisogno di Cure Palliative (BCP) nella popolazione di pazienti cronici e fragili in fase avanzata di malattia (Livelli IV, V, VI di rischio identificati dal DM 77, che mira a ridurre gli accessi impropri alla rete di emergenza urgenza e alle strutture ospedaliere, attraverso:
    - la promozione dell'utilizzo dello Strumento (sub-allegato E ex DGR 1046/2018) aggiornato, ai fini dell'avvio della valutazione della condizione clinica del malato da parte delle Reti Locali di Cure Palliative che dovrà prevedere momenti di formazione specifica, rivolta ai professionisti coinvolti nel processo, in particolar modo, MMG, Infermieri di Famiglia e Comunità, medici delle RSA, medici specialisti di branca;
    - l'introduzione di strumenti condivisi ai fini della valutazione multidimensionale, di competenza specialistica, per stratificare il BCP per livelli di complessità e di intensità assistenziale, prevedendo anche in questo caso una formazione ad hoc.
  - Efficientamento della capacità erogativa delle RLCP, ai fini di una risposta più puntuale al BCP, nonché di dare la massima prossimità alle cure, saranno progressivamente monitorati e identificati i profili/livelli assistenziali da assicurare sia in ambito ospedaliero che territoriale, con particolare riguardo alle attività ambulatoriali (comprese le cure simultanee) e consulenziali (intra ed extraospedaliere) incluse le forme di tecnoassistenza. In tal senso, si procederà a valutare l'attivazione di un flusso informativo dedicato a questa tipologia di prestazioni, ad implementazione del Flusso esistente CP, e contestualmente ad aggiornare le schede struttura in modo coerente alle suddette attività.
    - Cure palliative specialistiche in Ospedale: nel corso del 2023 la DG Welfare, in aderenza all'articolo 38, comma 2 del DPCM del 12/01/2017 "Nuovi LEA" e in attuazione del DM 77 del 23/05/2022, monitora l'attività di cure palliative nell'ambito delle strutture ospedaliere da parte di Équipe dedicate di cure palliative. L'équipe di cure palliative svolge 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.

- Cure palliative specialistiche in ambulatorio: sono erogate in modo precoce e simultaneo da equipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP nei livelli ospedaliero e territoriale. Ai fini di una risposta più puntuale al Bisogno di Cure Palliative, e per dare la massima prossimità alle cure, saranno progressivamente monitorati e valutati i profili/livelli assistenziali da assicurare sia in ambito ospedaliero che territoriale, con particolare riguardo alle attività ambulatoriali (comprese le cure simultanee) e consulenziali (intra ed extraospedaliere), incluse le forme di tecno-assistenza, per una progressiva attivazione presso Case di Comunità e altre strutture accreditate per le Cure Palliative.
- Ulteriori azioni di efficientamento delle RLCP: al fine di valorizzare l'offerta territoriale di cura e assistenza in modo omogeneo nelle diverse aree geografiche, verranno messe in atto azioni volte a sviluppare le migliori sinergie tra tutti i soggetti erogatori di cure palliative e le altre risorse del territorio di riferimento delle RLCP. Inoltre, sarà utile effettuare l'analisi degli strumenti di valutazione dell'appropriatezza, in uso presso le ATS, per l'ambito specifico delle cure palliative per un loro successivo aggiornamento.
- Formazione degli operatori e dei volontari: nel corso del 2023 in attuazione al Piano degli eventi formativi 2020-2023 rivolti al personale del SSR si procederà alla realizzazione dei percorsi formativi a favore dei professionisti delle Reti di cure palliative nonché, in aderenza all'Intesa CSR del 9 luglio 2020 rep. Atti n. 103/CSR, dei referenti delle Organizzazioni di Volontariato delle Reti Locali di Cure Palliative.
- Con specifico riferimento alla Rete di Terapia del dolore e cure palliative pediatriche – RTD-CPP le seguenti azioni strategiche:
  - monitoraggio propedeutico ad una eventuale implementazione della rete di specifico riferimento, in coerenza con quanto previsto dall'Accordo n. 30/CSR del 25 marzo 2021, tenuto conto del bisogno espresso dai territori;
  - definire i rapporti e le interazioni, atte a favorire le opportune sinergie, tra la RTD-CPP e la RLCP;
  - definire un Piano formativo specifico per gli operatori della rete a partire dalle esperienze maturate.
- **DGR n. XII/850 dell'8 agosto 2023**: "Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2023. Secondo provvedimento". Con questa deliberazione di Giunta, Regione Lombardia avvia le azioni utili ad implementare i volumi di pazienti presi in carico dalle RLCP. Si tratta di un primo atto che attraverso la ricalibrazione degli standard di esercizio previsti dalla DGR n. 1046/2018, mobilita le risorse umane da ridistribuire in termini di accessi a favore di una più equa e appropriata offerta di cura. Di seguito i termini di efficientamento della filiera:
  - per il livello base, l'estensione dell'intervallo di riferimento del CIA, conseguentemente rideterminato superiore/uguale a 0,14 e inferiore a 0,50,

prevedendo un mix professionale che abbia almeno un accesso del medico palliativista ogni 15 giorni;

- la previsione per entrambi i livelli di intensità, base e specialistico, dell'accesso congiunto medico e infermiere per la stesura del PAI in sede di prima valutazione;
- per il livello specialistico rimane confermato il CIA > 0,50 calcolato sull'intero percorso di assistenza specialistica prevedendo un mix professionale che abbia almeno due accessi del medico palliativista nei primi 10 giorni, comprendendo l'accesso iniziale ai fini della stesura del PAI, e successivamente di almeno un accesso del medico palliativista ogni 10 giorni;
- il CIA è determinato dagli accessi del medico palliativista e dell'infermiere. Le altre figure professionali OSS, fisioterapista, psicologo e assistente sociale, altri professionisti della riabilitazione ed eventuali altre figure attivabili nel PAI in funzione della risposta al bisogno, concorrono alla determinazione del CIA per un valore non superiore al 25%.

In un'ottica di appropriatezza, l'efficacia di tali interventi andrà valutata attraverso un monitoraggio qualitativo dei volumi di produzione nell'ambito della rete.

Gli effetti di tali rimodulazioni si applicano a decorrere dal 1/01/2024 in relazione ai percorsi con dimissione a partire dal 1/01/2024.

In conclusione, in attuazione a quanto sopra, a partire dall'analisi dei dati in possesso di Regione Lombardia e in coerenza con la normativa vigente, è strategico favorire lo sviluppo armonico di tutti setting delle cure palliative. In tal senso si ritiene determinante:

- **Aumentare il flusso in entrata dei malati con bisogni di cure palliative attraverso:**
  - a. la promozione dell'utilizzo della versione aggiornata dello Strumento suballegato "E";
  - b. la formazione dei professionisti che si occupano di presa in carico di pazienti cronici;
  - c. l'azione di governo clinico della RLCP svolta in sinergia con i livelli territoriali COT, PUA, ecc.
- **Implementare l'intera filiera delle cure palliative, in coerenza al DM 77 del 23 maggio 2022, potenziando:**
  - a. la funzione consulenziale intraospedaliera dell'équipe di Cure Palliative;
  - b. l'attività consulenziale extraospedaliera
  - c. l'attività ambulatoriale ospedaliera e territoriale
  - d. l'attività domiciliare, secondo logiche di integrazione dei servizi
- **Proseguire le azioni per favorire l'emersione dei dati riferibili alle cure palliative sull'intera filiera (non ascrivibili a prestazioni di cure palliative).**

In conclusione, l'attuale capacità del SSR di rispondere al BCP è rappresentata dalla quota di pazienti presi in carico documentata dai flussi Hospice e UCP-Dom. A questi deve essere aggiunta l'attività ambulatoriale e consulenziale di cure palliative intraospedaliera.

Si osserva infine, che il dato relativo alla mortalità ospedaliera, se riferito a quello indicato in letteratura e riportato in tabella 2, richiede un approfondimento in un'ottica di appropriatezza ed efficientamento dei percorsi di cura dei pazienti cronici, fragili e complessi.