

## **Regione Lazio**

### **DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

#### **Atti dirigenziali di Gestione**

Determinazione 11 novembre 2025, n. G14930

**Approvazione del documento tecnico "Le Cure Palliative in Ospedale: Inquadramento Strategico e Modelli di Integrazione nella Regione Lazio".**

**OGGETTO:** Approvazione del documento tecnico “Le Cure Palliative in Ospedale: Inquadramento Strategico e Modelli di Integrazione nella Regione Lazio”.

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE SALUTE  
E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

Su proposta del Dirigente dell'Area Rete Integrata del territorio e dell'Area Rete Ospedaliera e specialistica;

**VISTI**

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6, concernente la disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e le disposizioni relative alla dirigenza e al personale;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 «Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale» e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 24 aprile 2018 n. 203 concernente: “Modifica al Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive modificazioni” che ha istituito la Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 25 maggio 2023 n. 234, con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al dott. Andrea Urbani;
- l’Atto di Organizzazione 13 ottobre 2023 n. G13499, con il quale è stato conferito l’incarico di Dirigente dell’Area “Rete Integrata del Territorio” della Direzione Regionale “Salute e Integrazione sociosanitaria” al dottor Marco Nuti;
- la Determinazione 28 novembre 2024 n. G16009 con la quale è stato conferito l’incarico dirigenziale dell’Ufficio “Assistenza distrettuale e strutture intermedie” presso l’Area “Rete Integrata del Territorio” della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al dott. Paolo Parente;
- l’Atto di Organizzazione 23 febbraio 2024, n. G01930 avente ad oggetto “Riorganizzazione delle strutture della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento delle Direttive del Direttore Generale”, modificato dagli Atti di Organizzazione n. G09536 del 17 luglio 2024 e n. G15849 del 27 novembre 2024;

**VISTI**, per quanto riguarda la disciplina in materia di contabilità e di bilancio:

- il Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42 del 05/05/2009, e successive modifiche”;
- la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “Legge di contabilità regionale”;
- il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26 recante: “Regolamento Regionale di Contabilità” che, ai sensi dell’art.56, comma 2, L.R. n. 11/2020, fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’art. 55 della L.R. n. 11/2020, continua ad applicarsi, per quanto compatibile, con le disposizioni di cui alla medesima L.R. n. 11/2020;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024, n. 22 recante: “Legge di stabilità regionale 2025”;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024, n. 23 recante: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 30 dicembre 2024, n. 1172, concernente: "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese";
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 30 dicembre 2024, n. 1173, concernente: " Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa";
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 30 dicembre 2024, n. 1176 avente ad oggetto: Ricognizione nell’ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, ai sensi dell’art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario Esercizio Finanziario 2024;

- la Deliberazione della Giunta Regionale del 23 gennaio 2025, n. 28 “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2025-2027 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11.”;

**VISTI**, inoltre:

- il Decreto del Commissario ad acta del 20 gennaio 2020 n. U00018, concernente: “Adozione in via definitiva del piano di rientro “piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA 469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 21 gennaio 2020 n. 12, avente ad oggetto: “Presa d’atto e recepimento del “Piano di rientro Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”, adottato in via definitiva con il Decreto del Commissario ad acta n. U00018 del 20.01.2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento”;
- il Decreto del Commissario ad acta del 25 giugno 2020 n. U00081 che ha adottato il Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti e ha definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 26 giugno 2020, n. 406, avente ad oggetto “Presa d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”, adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. U00081 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 29 settembre 2020 n. 661, recante “Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. U00081 del 25 giugno 2020”;

**VISTI** per quanto riguarda la normativa sanitaria:

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421”;
- la Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 concernente “Definizione dei Livelli essenziali di assistenza”;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante l’aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza;
- il Regolamento Regionale 6 novembre 2019, n.20, concernente: “Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e sociosanitarie: in attuazione dell’articolo 5, comma 1, lettera b), e dell’articolo 13, comma 3, della Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del Regolamento Regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all’esercizio e del Regolamento Regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale”;
- il Decreto-Legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito con modificazioni dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, recante: “Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti”;
- il Decreto Legge 31 maggio 2021 n. 77, convertito con modificazioni dalla legge n. 108 del 29 luglio 2021, recante “Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”, nel quale, in ordine all’organizzazione della gestione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, vengono definiti i ruoli ricoperti dalle diverse amministrazioni coinvolte nonché le modalità di monitoraggio del Piano e del

dialogo con le autorità europee e si prevedono misure di semplificazione che incidono in alcuni dei settori oggetto del PNRR, al fine di favorirne la completa realizzazione;

- il Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, recante “Misure urgenti per il rafforzamento delle capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificata all’Italia dal Segretario generale del Consiglio con nota LT161/21 del 14 luglio 2021;
- il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, ed in particolare l’art. 1, comma 2, che prevede che le regioni e province autonome provvedano a adottare il provvedimento generale di programmazione dell’Assistenza territoriale entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento;
- la Deliberazione Giunta Regionale del 26 luglio 2022 n. 643, recante “Approvazione del documento Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 28 dicembre 2023, n. 976 recante “Adozione del Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024 -2026”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale del 15 novembre 2024 n. 939 recante «Adozione del Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio»;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 17 luglio 2025 n. 621 recante “Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care”;

#### **VISTE**, altresì, le norme di settore in tema di cure palliative:

- la Legge 15 marzo 2010, n. 38 recante “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”;
- l’Accordo in sede di Conferenza Stato Regioni n. 239 del 16 dicembre 2010, con il quale sono state approvate le “linee guida per la promozione e lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell’ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore, finalizzato a garantire l’assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livello di qualità in tutto il Paese”;
- l’Intesa in sede di Conferenza Stato Regioni n. 152 del 25 luglio 2012, con la quale sono stati definiti “i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”;
- l’Accordo in sede di Conferenza Stato Regioni n. 87 del 10 luglio 2014, che ha individuato le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore;
- l’Accordo in sede di Conferenza Stato Regioni n. 118 del 27 luglio 2020 con il quale sono stati definiti gli elementi caratterizzanti la rete regionale e locale di cure palliative ed è stato stabilito che le Regioni provvedano ad avviare le procedure per l’accreditamento “entro 12 mesi” dalla sua approvazione;
- l’Accordo in sede di Conferenza Stato Regioni n. 30 del 25 marzo 2021, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38”;
- il Decreto Legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito dalla legge 23 luglio 2021, n. 106 che all’art. 35, comma 2 bis, prevede che il Ministero della Salute, previa istruttoria dell’AGENAS effettua una ricognizione delle attività svolte dalle singole regioni e province autonome ed elabora un programma triennale per l’attuazione della Legge 38/2010, per assicurare, entro il 31 dicembre 2025, l’uniforme erogazione dei livelli di assistenza in tutto il territorio nazionale, fissando per ciascuna regione e provincia autonoma i relativi obiettivi; l’attuazione del programma triennale costituisce adempimento ai fini dell’accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario Nazionale e, ai sensi del comma 2 quinquies del medesimo art. 35, in caso di mancata attuazione di detto programma nei termini previsti, si applica la procedura per l’esercizio del potere sostitutivo di cui all’art. 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131;

- il DM 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, che recepisce un nuovo concetto di palliazione che abbandona il solo ambito oncologico e lo standard con il denominatore 14/03/2024 - BURL - n. 22 della mortalità per tumore, divenendo invece un modello di intervento da assicurare ogni 100.000 abitanti, in qualsiasi momento della vita, da erogarsi a latere delle cure attive e dei percorsi diagnostici terapeutici, con presa in carico globale del paziente e della famiglia, e con il quale, inoltre, si introduce il concetto di Unità di Cure Palliative domiciliare (UCP-DOM) nell'ambito delle Reti locali di Cure Palliative (RLCP);
- la Determinazione 15 dicembre 2023, n. G16920 “Coordinamento regionale della Rete di Cure Palliative in applicazione della Legge 38/2010 e del DCA n. U00360/2016 per la definizione e monitoraggio delle linee di indirizzo per l'organizzazione della Rete di Cure palliative dell'adulto e della Rete della Terapia del dolore e Cure Palliative in età pediatrica. Istituzione e nomina componenti”;
- la Determinazione 31 marzo 2025, n. G03911 “Rinnovo e aggiornamento del Gruppo di Lavoro "Coordinamento regionale della Rete di Cure Palliative in applicazione della Legge 38/2010 e del DCA n. U00360/2016 per la definizione e monitoraggio delle linee di indirizzo per l'organizzazione della Rete di Cure Palliative dell'adulto e della Rete della Terapia del dolore e Cure Palliative in età pediatrica”, istituito con Determinazione del 15 dicembre 2023, n. G16920;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 23 maggio 2025 n. 356 - Piano regionale di potenziamento delle Reti di Cure Palliative - Aggiornamenti per il 2025.

**CONSIDERATO** che le Cure Palliative rappresentano un livello essenziale di assistenza volto a garantire e migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative, a decorso progressivo e in fase avanzata, non più suscettibili di trattamenti curativi specifici;

**CONSIDERATO** che l'art. 38, comma 2 del DPCM 12 gennaio 2017 dispone che, nell'ambito del ricovero ordinario, devono essere garantite tutte le prestazioni necessarie, incluse la terapia del dolore e le cure palliative;

**CONSIDERATO** che il Piano Nazionale delle Cronicità (Repertorio atto n. 175/CSR del 23 ottobre 2025) evidenzia l'importanza di integrare le cure palliative nei percorsi ospedalieri, soprattutto nei reparti che assistono pazienti affetti da patologie croniche evolutive previo l'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative non solo nelle fasi terminali e promuove la formazione del personale ospedaliero per riconoscere tali bisogni e collaborare con le équipe specialistiche;

**PRESO ATTO** che l'epidemiologia regionale del Lazio evidenzia una crescente prevalenza di patologie croniche e degenerative, quali neoplasie, insufficienze d'organo avanzate e malattie neurodegenerative che richiedono un approccio palliativo precoce e integrato, dovuto ad un progressivo invecchiamento della popolazione;

**CONSIDERATO** che il Piano Regionale di Potenziamento delle Reti di Cure Palliative 2025 (Deliberazione 23 maggio 2025, n. 356) individua come priorità lo sviluppo delle cure palliative ospedaliere, attraverso l'istituzione di team multiprofessionali, l'attivazione di ambulatori e day hospital, l'integrazione nei Gruppi Multidisciplinari e la promozione delle cure palliative precoci e simultanee;

**CONSIDERATA** la necessità di dotarsi di un quadro strategico e organizzativo condiviso, al fine di omogeneizzare modelli e procedure, ridurre le disegualanze di accesso e migliorare la qualità delle cure;

**CONSIDERATO** che il Gruppo di Lavoro “Coordinamento regionale della Rete di Cure Palliative in applicazione della Legge 38/2010 e del DCA n. U00360/2016 per la definizione e monitoraggio delle linee di indirizzo per l'organizzazione della Rete di Cure Palliative dell'adulto e della Rete della Terapia del dolore e Cure Palliative in età pediatrica”, istituito con la succitata Determinazione del 15 dicembre 2023, n. G16920 ha elaborato il documento tecnico “Le Cure Palliative in Ospedale: Inquadramento Strategico e Modelli di Integrazione nella Regione Lazio”, allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale, quale strumento di indirizzo regionale per l'organizzazione e l'erogazione delle cure palliative in ambito ospedaliero;

**RITENUTO** pertanto approvare il documento tecnico “Le Cure Palliative in Ospedale: Inquadramento Strategico e Modelli di Integrazione nella Regione Lazio”, allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale, quale strumento di indirizzo regionale per l’organizzazione e l’erogazione delle cure palliative in ambito ospedaliero;

**STABILITO** che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) del Lazio assicurino l’attuazione di quanto previsto dal documento tecnico “Le Cure Palliative in Ospedale: Inquadramento Strategico e Modelli di Integrazione nella Regione Lazio”, allegato al presente provvedimento di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale, favorendo l’integrazione con le Reti Locali di Cure Palliative (RLCP);

**DATO ATTO** che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale

#### **DETERMINA**

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il documento tecnico “Le Cure Palliative in Ospedale: Inquadramento Strategico e Modelli di Integrazione nella Regione Lazio”, allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari e gli IRCCS del Lazio assicurino l’attuazione di quanto previsto dal documento tecnico “Le Cure Palliative in Ospedale: Inquadramento Strategico e Modelli di Integrazione nella Regione Lazio”, favorendo l’integrazione con le Reti Locali di Cure Palliative (RLCP);

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

**IL DIRETTORE**  
Andrea Urbani

## Le Cure Palliative in Ospedale





Il presente documento è stato redatto dal sottogruppo di lavoro costituito nell'ambito del Coordinamento Regionale delle Cure Palliative, ai sensi della Determinazione n. G03911 del 31 marzo 2025.

Nome	Ente
Nuti Marco	Dirigente Area Rete Integrata del Territorio - Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Paolo Parente	Dirigente Ufficio Assistenza Distrettuale e Strutture Intermedie dell'Area Rete Integrata del Territorio - Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Francesco Scarcella	Coordinatore della Rete Regionale di Cure Palliative - Area Rete Integrata del Territorio
Nappi Nadia	Dirigente Area Autorizzazione, Accreditamento e Controlli Direzione Salute - Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Annalisa Bononati	Dirigente Area Innovazione e ICT - Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Floriana Rosati	Dirigente Area Risorse Umane - Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Antonio Andreozzi	Dirigente Area Controllo di Gestione e Internal Audit - Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Sergio Ribaldi	Area Rete Ospedaliera e Specialistica - Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Andrea Siddu	Dirigente Area Promozione della Salute e Prevenzione - Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Mirko Di Martino	Dirigente Dipartimento di Epidemiologia del SSR
Michelangelo Bartolo	Dirigente Ufficio di Telemedicina - Regione Lazio
Iolanda Spitaleri	Direttore f.f. UOC CR-COT Ares 118
Caterina Magnani	Referente ASL Roma 1
Esmeralda Provitali	Referente ASL Roma 6
Alessia Massicci	Referente ASL Latina
Andrea Boncompagni	Referente ASL Rieti
Giovanni Siena	Referente ASL Viterbo
Mario Roselli	Referente Policlinico Tor Vergata
Carmela Stigliano	Referente IFO
Graziano Onder	Referente Policlinico Gemelli (Coordinatore sottogruppo di lavoro)
Francesco De Lazzaro	Referente Policlinico Gemelli
Claudio Cartoni	Referente Policlinico Umberto I
Michele Salata	Referente Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
Maria Grazie De Marinis	Referente Policlinico Campus Biomedico
Chiara Mastroianni	Referente OPI
Monia Belletti	Referente Ordine Psicologi
Maria Valeria Levi Della Vida	Referente Associazione Irene OdV
Flaminia Coluzzi	Referente Ospedale Sant'Andrea

## Sommario

<b>Premessa .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Obiettivi e normativa di riferimento.....</b>	<b>2</b>
1.1    Obiettivi del documento.....	2
1.2    Riferimenti normativi .....	2
1.3    Cure Palliative in ospedale: il Piano Regionale 2025 di Potenziamento delle reti di Cure Palliative della Regione Lazio.....	3
1.4    Contesto demografico ed epidemiologico delle Cure Palliative nella Regione Lazio.....	3
1.5    La Rete Ospedaliera nel territorio laziale.....	4
<b>2. Elementi costitutivi delle Cure Palliative in Ospedale .....</b>	<b>5</b>
2.1    Le Reti di Cure Palliative .....	5
2.2    Il ruolo dell’Ospedale nelle Reti Locali di Cure Palliative .....	6
<b>3. Cure palliative ospedaliere: organizzazione .....</b>	<b>7</b>
3.1    Unità di Cure Palliative Ospedaliere .....	7
3.2    Standard di riferimento .....	8
<b>4. Servizi erogati e organizzazione dei percorsi assistenziali.....</b>	<b>9</b>
4.1    Le consulenze .....	9
4.2    L’Ambulatorio .....	10
4.3    Il Day Hospital.....	11
4.4    I gruppi multidisciplinari .....	11
4.5    Le Cure Palliative Precoci e Simultanee.....	12
<b>5. Governance del modello .....</b>	<b>13</b>
<b>6. La formazione degli operatori.....</b>	<b>14</b>
<b>Glossario .....</b>	<b>15</b>

## Premessa

Le Cure Palliative (CP), come definite dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38, rappresentano un livello essenziale di assistenza (LEA) volto a garantire e migliorare la qualità della vita delle persone affette da patologie cronico-degenerative, a decorso progressivo e in fase avanzata, non più suscettibili di trattamenti curativi specifici. Tali condizioni cliniche, per la loro natura evolutiva e per le frequenti riacutizzazioni, espongono i pazienti a ricoveri ripetuti che, in assenza di un'adeguata integrazione tra i livelli di assistenza, possono tradursi in percorsi terapeutici non coordinati, trattamenti clinicamente inappropriati, elevati costi assistenziali e una percezione negativa della qualità delle cure da parte del paziente e dei caregivers. Le evidenze scientifiche mostrano, inoltre, che il maggior numero di ospedalizzazioni si concentra nell'ultimo anno di vita. In questo contesto diventa fondamentale adottare una visione globale della persona, integrando aspetti clinici, psicologici, relazionali, sociali e spirituali, secondo il cosiddetto approccio palliativo.

La Rete di Cure Palliative si configura come un sistema integrato multiprofessionale e multidisciplinare di servizi, finalizzato ad assicurare continuità, appropriatezza ed equità nell'accesso alle cure. In tale rete l'Ospedale riveste un ruolo strategico, sia nell'intercettare precocemente i bisogni, sia nella presa in carico del paziente e nella pianificazione di percorsi assistenziali personalizzati, favorendo al tempo stesso il raccordo operativo con i servizi territoriali, gli hospice e le unità domiciliari di cure palliative.

## 1. Obiettivi e normativa di riferimento

Questa sezione illustra gli obiettivi del documento e inquadra il ruolo degli ospedali all'interno delle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP). Vengono analizzati i principali fattori demografici, epidemiologici e sociali che caratterizzano il territorio regionale, con particolare attenzione all'equità di accesso alle cure palliative e ai determinanti sociali di salute. Sono inoltre richiamati i riferimenti normativi e strategici, sia nazionali che regionali, tra cui il DM 77/2022 e le Deliberazioni della Giunta Regionale del Lazio, che costituiscono la cornice istituzionale di riferimento.

### 1.1 Obiettivi del documento

Obiettivo del presente documento è definire un modello operativo che valorizzi il ruolo dell'Ospedale all'interno delle Reti Locali di Cure Palliative, favorendo:

- L'integrazione strutturata con i servizi territoriali;
- La standardizzazione dei percorsi di accesso e presa in carico;
- La riduzione delle ospedalizzazioni inappropriate;
- Il miglioramento della qualità delle cure e della soddisfazione di pazienti e familiari.

### 1.2 Riferimenti normativi

La Legge 38/2010<sup>1</sup> e i successivi decreti attuativi rappresentano il fondamento normativo delle cure palliative e della terapia del dolore in Italia, sancendo il diritto a un accesso equo e uniforme a tali servizi su tutto il territorio nazionale. La legge definisce requisiti strutturali, organizzativi e competenze specifiche per l'erogazione dell'assistenza.

Le cure palliative in ambito ospedaliero vengono esplicitamente riconosciute nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 2017<sup>2</sup>. Il comma 2 dell'art. 38 del DPCM 12 gennaio 2017 stabilisce che, nell'ambito del ricovero ordinario, devono essere garantite tutte le prestazioni necessarie, incluse la terapia del dolore e le cure palliative.

Il Piano Nazionale della Cronicità<sup>3</sup> evidenzia l'importanza di integrare le cure palliative nei percorsi ospedalieri, soprattutto nei reparti che assistono pazienti affetti da patologie croniche evolutive; raccomanda inoltre l'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative, anche in ospedale, non solo nelle fasi terminali, e promuove la formazione del personale ospedaliero finalizzata alla migliore definizione di tali bisogni in collaborazione con le équipe specialistiche.

<sup>1</sup>L. n. 38 del 15.03.2010, - *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*

<sup>2</sup>DPCM del 12.01.2017 - *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*

<sup>3</sup>Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016 - *Piano nazionale della cronicità*

Il DM 77/2022<sup>4</sup> rafforza questo orientamento, sottolineando il ruolo delle équipe ospedaliere di cure palliative nel fornire consulenza, facilitare l'attivazione dei percorsi di cura per garantire la continuità ospedale-territorio, supportare i professionisti nella rimodulazione degli obiettivi terapeutici e favorire i processi di pianificazione condivisa delle cure.

### **1.3 Cure Palliative in ospedale: il Piano Regionale 2025 di Potenziamento delle Reti di Cure Palliative della Regione Lazio**

Il Piano Regionale di Potenziamento delle Reti di Cure Palliative della Regione Lazio 2025<sup>5</sup> individua tra le priorità di intervento lo sviluppo delle cure palliative ospedaliere. Tale processo prevede la partecipazione attiva dell'unità di Cure Palliative ospedaliera nei percorsi assistenziali dei pazienti. Una volta individuati i pazienti con bisogni di cure palliative, in accordo con gli stessi e con le rispettive famiglie/caregiver, **il medico specialista di riferimento, insieme al medico palliativista e ai Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (MRUAP) elabora il Piano Assistenziale Individuale (PAI) e propone l'attivazione del servizio di cure palliative più appropriato, sia esso di base, specialistico o ambulatoriale.** Questo modello assicura la continuità assistenziale e attribuisce alle cure palliative il medesimo rilievo dei trattamenti attivi, già al momento della diagnosi della malattia. Il Piano Regionale prevede che l'implementazione dei nuovi codici per le attività ambulatoriali di cure palliative possa favorire un miglioramento significativo nella gestione e nell'organizzazione dei percorsi del paziente.

### **1.4 Contesto demografico ed epidemiologico delle Cure Palliative nella Regione Lazio**

Al 31 dicembre 2023 la popolazione residente nel Lazio era pari a 5.714.745 persone, con una lieve flessione rispetto all'anno precedente (-5.791 unità, pari a -0,1%). La componente ultrasessantacinquenne rappresenta oltre il 24% del totale, pari a circa 1.341.439 individui, confermando un progressivo processo di invecchiamento demografico.

L'indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione  $\geq 65$  anni e popolazione  $\leq 14$  anni per 100) è aumentato da 184,0 nel 2022 a 191,2 nel 2023, mentre l'indice di dipendenza degli anziani (rapporto tra  $\geq 65$  anni e popolazione 15-64 anni, per 100) è salito da 35,9 a 36,4. L'indice strutturale della popolazione attiva (rapporto tra fascia 40-64 e 15-39 anni) si mantiene stabile a 149,6 (fonte: ISTAT, *Censimento permanente della popolazione 2023, Lazio*). Le province di Rieti e Viterbo mostrano un processo di invecchiamento più marcato rispetto alla media regionale, mentre Roma e Latina presentano una struttura più giovane.

<sup>4</sup> Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 - *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.*

<sup>5</sup> Deliberazione della Giunta Regionale del 23 maggio 2025 n. 356 - *Piano regionale di potenziamento delle Reti di Cure Palliative - Aggiornamenti per il 2025.*

Per quanto riguarda l'epidemiologia delle patologie croniche e dei tumori si osserva tra gli ultra-65enni, una prevalenza delle principali patologie croniche pari a: cardiopatie (27 %), malattie respiratorie croniche (16 %), diabete (20 %) e tumori (13 %); il Registro Tumori Regionale del Lazio censisce circa 34.000 nuovi casi ogni anno, con oltre 46.000 ricoveri ospedalieri. Le malattie rare, pur con una prevalenza inferiore a 5 casi per 10.000 abitanti nel Lazio, sono spesso croniche, invalidanti e complesse, richiedendo percorsi assistenziali specifici e multidisciplinari.

Il quadro demografico ed epidemiologico delineato — segnato dall'aumento della popolazione anziana, dalla crescita degli indici di dipendenza e dall'ampia diffusione di cronicità, tumori e malattie rare — evidenzia la necessità di un approccio palliativo precoce, integrato e personalizzato. È fondamentale che le politiche sanitarie promuovano modelli organizzativi innovativi, rafforzando la rete territoriale e la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale per garantire risposte adeguate ai bisogni clinici, sociali e relazionali della popolazione più fragile.

## 1.5 La Rete Ospedaliera nel territorio laziale

Il DM 70/2015<sup>6</sup> stabilisce che: “*le strutture ospedaliere sono articolate secondo livelli gerarchici di complessità che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti*”, alcune tramite un modello di relazioni funzionali organizzato in base alla specificità assistenziale della singola rete.

La rete ospedaliera della Regione Lazio è costituita da Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari, IRCCS e Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL ed è caratterizzata dalla presenza di strutture pubbliche e strutture private accreditate. La programmazione della rete ospedaliera 2024-2026<sup>7</sup>, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015, prevede:

- 6 presidi ospedalieri di II livello (a cui si aggiunge la struttura extraterritoriale Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma);
- 24 presidi ospedalieri di I livello;
- 18 presidi ospedalieri di base (di cui 3 PS specialistici);
- 2 presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate;
- 70 presidi ospedalieri non dotati di pronto soccorso.

La recente riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, in linea con il DM 77/2022, punta inoltre a valorizzare la funzione degli **ospedali di comunità** intesi come strutture sanitarie di ricovero che afferiscono alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale con una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e ridisegna i percorsi assistenziali attraverso una logica di rete.

<sup>6</sup> Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 - *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*.

<sup>7</sup> Deliberazione della Giunta Regionale del 7 dicembre 2023, n. 869 - *Approvazione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015"*

## 2. Elementi costitutivi delle Cure Palliative in Ospedale

### 2.1 Le Reti di Cure Palliative

La Rete di CP è “*una aggregazione funzionale e integrata delle attività erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, che soddisfa specifici requisiti*”. Le Reti di CP, previste dalla Legge 38/2010 e articolate secondo i principi di continuità, globalità e prossimità delle cure, rappresentano una componente strutturale della presa in carico dei pazienti con bisogni complessi. Esse sono costituite da un insieme coordinato di strutture, servizi e professionisti – tra cui gli hospice, le unità domiciliari, le strutture residenziali e le équipe ospedaliere – in grado di garantire risposte tempestive e appropriate e si fondono su un modello organizzativo multiprofessionale, volto a rispondere ai bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali del paziente e della sua famiglia. Le Reti devono essere progettate come sistemi dinamici e flessibili, capaci di adattarsi ai bisogni mutevoli delle persone e ai diversi setting di cura. Le CP erogate nell’ambito della Rete, secondo quanto definito dal DM 77/22, sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci delle patologie cronico-degenerative, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale. Fondamentale è l’adozione di una governance unitaria a livello regionale, che favorisca la standardizzazione dei criteri di accesso, la formazione omogenea degli operatori e il monitoraggio sistematico degli esiti assistenziali.

Le Cure Palliative nella Regione Lazio presentano una organizzazione mista pubblico/privato accreditato. Le cure palliative specialistiche, sia a domicilio che in regime residenziale (Hospice), vengono erogate da strutture private accreditate con la *governance* da parte delle ASL di riferimento, se si eccettuano le Aziende Sanitarie presso cui è stata attivata la gestione diretta di alcuni servizi (ASL Roma 4) o di tutti i servizi di Cure Palliative (ASL Rieti). A partire dal 2023 nella Regione Lazio è stato avviato il processo di accreditamento delle (RLCP) dell’adulto, in base ai requisiti introdotti a livello nazionale<sup>8</sup> e a quanto disposto dai provvedimenti regionali<sup>9</sup>. Il percorso di accreditamento delle RLCP a livello regionale mira a garantire attraverso la messa a punto dei sistemi di gestione della qualità, il miglioramento continuo delle Cure Palliative in tutti i setting e su tutto il territorio regionale.

<sup>8</sup> Accordo Stato Regioni del 27 Luglio 2020, n. 118 sul documento “Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38”.

<sup>9</sup> Deliberazione della Giunta Regionale del 6 febbraio 2025, n. 50 - L.r. n. 4/2003 e successive modifiche - R.r. n. 20/2019. Adozione dei requisiti di accreditamento delle Reti Locali delle Cure Palliative (RLCP), ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38; Regolamento Regionale del 6 novembre 2019 n. 20 - Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, di autorizzazione all’esercizio e di accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie in attuazione dell’articolo 5, comma 1, lettera b), e dell’articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all’esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale

## 2.2 Il ruolo dell’Ospedale nelle Reti Locali di Cure Palliative

Gli ospedali svolgono un ruolo fondamentale nella Rete Locale di Cure Palliative, non solo per le funzioni diagnostico-terapeutiche, ma anche per il ruolo strategico che rivestono nella **presa in carico precoce dei pazienti** e nell’assicurare risposte efficaci e coordinate ai bisogni complessi dei pazienti con patologie croniche evolutive e inguaribili. Le principali funzioni e responsabilità degli ospedali all’interno della rete possono essere sintetizzate come segue:

**a) identificazione precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative:**

gli ospedali hanno un ruolo chiave nell’individuare i pazienti che possono beneficiare delle cure palliative, anche nelle fasi iniziali della malattia. I medici specialisti (oncologi, ematologi, internisti, cardiologi, neurologi, pneumologi, ecc.) hanno il compito di segnalare i pazienti alla RLCP per garantire presa in carico e continuità di cura;

**b) valutazione multidimensionale:**

gli ospedali, attraverso le *Unità di Cure Palliative Ospedaliere o team multidisciplinari e multiprofessionali*, effettuano valutazioni cliniche, psicologiche, sociali e spirituali per definire piani di cura personalizzati;

**c) gestione dei sintomi complessi:**

le strutture ospedaliere dispongono di competenze e risorse per trattare sintomi complessi come dolore refrattario, dispnea, nausea, ansia e delirium, anche avvalendosi, se necessario, dell’integrazione con l’Unità di terapia del dolore o di altri team specialistici (es. radioterapia);

**d) erogazione di prestazioni specialistiche in regime diurno (Day Hospital):**

gli ospedali offrono cure sia in regime di ricovero ordinario sia in Day Hospital o in altre modalità previste dal sistema regionale, garantendo percorsi di cura specifici e prestazioni terapeutiche complesse non realizzabili a domicilio o in hospice;

**e) integrazione con i servizi territoriali:**

l’ospedale costituisce un nodo strategico della rete, collaborando con Unità di Cure Palliative Domiciliari, Hospice, Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (MRUAP) e servizi sociali, per assicurare continuità assistenziale e facilitare dimissioni protette verso il domicilio o altre strutture;

**f) formazione e supporto professionale:**

l’ospedale contribuisce alla formazione degli operatori sanitari sulle cure palliative, organizzando corsi specifici e promuovendo attività di sensibilizzazione per diffondere la cultura palliativa;

**g) supporto alla famiglia:**

le strutture ospedaliere offrono sostegno psicologico e informazioni ai caregivers durante la degenza e nelle fasi successive;

**h) ricerca e innovazione:**

le strutture ospedaliere, in particolare quelle universitarie, promuovono la ricerca clinica in ambito palliativo e l’innovazione dei protocolli assistenziali, contribuendo al miglioramento degli standard di cura.

### 3. Cure palliative ospedaliere: organizzazione

#### 3.1 Unità di Cure Palliative Ospedaliere

In ambito ospedaliero, le cure palliative sono erogate dalle Unità di Cure Palliative Ospedaliere (UCP-O), costituite da un team multiprofessionale dedicato, che opera in stretta collaborazione con le altre unità operative e servizi dell'ospedale. Le UCP-O integrano competenze diverse per garantire una presa in carico completa del paziente e della sua famiglia.

Le principali figure professionali coinvolte includono:

- **Medico palliativista:** coordina il percorso di cure palliative in collaborazione con lo specialista di riferimento; si occupa della valutazione e gestione dei sintomi, della terapia del dolore e della pianificazione anticipata delle cure. Inoltre, provvede alla registrazione del percorso assistenziale nella cartella clinica;
- **Infermiere dedicato alle cure palliative:** fornisce consulenza al team di reparto, partecipa alla valutazione e al monitoraggio dei bisogni clinici assistenziali ed educativi di paziente e famiglia, garantisce coordinamento e continuità assistenziale durante tutto il percorso di cura;
- **Assistente sociale ospedaliero:** valuta i bisogni sociali, il contesto familiare, supporta pazienti e familiari nell'accesso ai servizi territoriali e nella pianificazione della dimissione protetta, mediando tra i bisogni del paziente e le opportunità offerte dal sistema sanitario e sociale, in linea con quanto previsto dalla DGR 50/2025;
- **Psicologo ospedaliero:** garantisce la valutazione psicologica e il sostegno psicologico al paziente e ai familiari, anche per un adattamento alla malattia;
- **Altre figure professionali (assistente spirituale, terapista della riabilitazione, nutrizionista, logopedista, bioeticista, ecc.):** coinvolte in base ai bisogni specifici del paziente<sup>10</sup>.

Le UCP-O operano secondo un modello interprofessionale, partecipando a riunioni periodiche di valutazione congiunta, condividendo obiettivi di cura e pianificando interventi coordinati. Questo approccio garantisce una presa in carico globale, rispettosa della dignità del paziente e coerente con i suoi valori e desideri.

<sup>10</sup> Accordo Stato regioni del 10 luglio 2014 individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.

### 3.2 Standard di riferimento

Il “mix professionale minimo” delle UCP-O comprende medici palliativisti e infermieri, preferibilmente con competenze specifiche, dedicati strutturalmente o funzionalmente a questa attività. In base alla letteratura di riferimento, lo standard raccomandato prevede, **ogni 250 posti letto ospedalieri, 1 medico palliativista e 1 infermiere full time equivalent (FTE)**. Accanto a queste figure sanitarie, è considerata **indispensabile la presenza dell'assistente sociale**, mentre la **presenza dello psicologo è fortemente auspicabile** per garantire un approccio realmente multidimensionale e integrato alla presa in carico del paziente e della sua famiglia.

Sulla base di queste indicazioni, le raccomandazioni per le cure palliative intraospedaliere sono le seguenti:

- **Ospedali per acuti con più di 250 posti letto:** istituzione di almeno una Funzione Operativa di Cure Palliative con team multiprofessionale conforme agli standard di riferimento sopra indicati e possibilmente con presenza dell'assistente sociale. L'integrazione delle altre figure professionali avviene secondo quanto definito nei percorsi di cura delle singole strutture. Negli ospedali a gestione diretta, tale funzione può essere svolta dalla UOC/UOSD Cure Palliative della RLCP, purché dotata di personale adeguato a rispondere alle esigenze ospedaliere.
- **Ospedali per acuti con meno di 250 posti letto:**
  - a) se a gestione diretta, le CP intraospedaliere fanno riferimento al personale della UOC/UOSD Cure Palliative della RLCP, purché dotata di personale adeguato a rispondere alle necessità ospedaliere;
  - b) se non a gestione diretta, deve essere identificato un medico e un infermiere con competenze specifiche, anche part-time, che, in collaborazione con l'assistente sociale, fungano da referenti per le CP intraospedaliere.

## 4. Servizi erogati e organizzazione dei percorsi assistenziali

### 4.1 Le consulenze

La consulenza di CP all'interno delle strutture ospedaliere – sia nei DEA/PS che in tutte le UU.OO. di degenza (ordinaria e Day Hospital medico o chirurgico) – è fornita dal team multiprofessionale delle UCP-O. Il team offre supporto specialistico nella valutazione, gestione e pianificazione assistenziale dei pazienti con bisogni complessi, coinvolgendo attivamente anche le loro famiglie.

La richiesta di consulenza viene effettuata dallo specialista di riferimento, secondo procedure operative ospedaliere condivise.

La richiesta e l'erogazione della consulenza devono essere registrate sulla cartella clinica e/o sulla piattaforma digitale dell'AO/ASL e documentate nei flussi del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO).

Le procedure devono definire alcuni elementi chiave per lo svolgimento efficace della consulenza, tra cui:

- **Identificazione precoce dei pazienti eleggibili** alle cure palliative, tramite strumenti prognostici validati;
- **Valutazione multidimensionale dei bisogni**, comprendente sintomi somatici complessi (incluso il dolore), bisogni psicologici, relazionali, sociali e spirituali del paziente e della famiglia;
- **Pianificazione condivisa delle cure e definizione del contesto assistenziale** nell'ambito della RLCP, con informazione al Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (MRUAP) e attivazione dei servizi domiciliari e residenziali attraverso il “Modulo Regionale di richiesta di attivazione delle Cure Palliative” tramite i Team Operativi Ospedalieri (TOH) e il Sistema Informatico Regionale.

Attraverso la consulenza la UCP-O assicura:

- Valutazione e gestione dei sintomi fisici e psichici complessi correlati alla malattia, incluso il dolore e la terapia con farmaci oppioidi;
- Supporto psicologico e sociale per pazienti e famiglie;
- Identificazione precoce e appropriata dei bisogni di CP mediante strumenti validati e uniformemente adottati nelle unità operative della RLCP.
- Valutazione multidimensionale dei bisogni globali del paziente e della famiglia (fisici, psicologici, sociali e spirituali) secondo standard condivisi, finalizzata alla definizione e alla rimodulazione del progetto assistenziale individuale (PAI) di CP in base alla variabilità e alla complessità dei bisogni;
- Pianificazione e gestione della continuità ospedale-territorio, facilitando cure integrate tra medici specialisti, MRUAP ed équipe di CP (cure simultanee);
- Valutazione del livello di consapevolezza di diagnosi e prognosi da parte del paziente e dei caregiver, promuovendo discussioni condivise sugli obiettivi di cura;

- Supporto al paziente nelle scelte terapeutiche e assistenziali, presenti e future, in conformità con la Legge 219/2017<sup>11</sup> sulla pianificazione condivisa delle cure;

Sostegno e formazione alle unità operative ospedaliere su strategie di controllo dei sintomi, comunicazione efficace sugli obiettivi di cura e gestione delle scelte terapeutiche nel fine vita (rimodulazione delle terapie; sospensione o non attivazione della nutrizione artificiale; sedazione palliativa).

## 4.2 L'Ambulatorio

L'assistenza ambulatoriale di cure palliative è destinata a pazienti con malattia progressiva e inguaribile, che conservano un buon livello di autonomia funzionale e motoria, quindi in grado di accedere al servizio. L'attività può svolgersi sia in ospedale (cure palliative simultanee) sia nelle strutture territoriali dedicate. Esse si rivolgono ai pazienti in diverse fasi: dal supporto palliativo precoce per chi risponde ancora ai trattamenti specifici, con condizioni cliniche discrete e sintomi lievi, ai pazienti con opzioni terapeutiche limitate o esaurite, ma con elevato carico sintomatico e distress psicologico, fino alle cure di fine vita.

L'ambulatorio rappresenta, dunque, un punto centrale nella rete di CP, favorendo un approccio multidisciplinare precoce e la pianificazione dei percorsi di cura, riducendo il rischio che il paziente percepisca un senso di abbandono durante il passaggio dalle cure specifiche alle cure palliative. Possono richiedere la presa in carico ambulatoriale i medici specialisti, compresi quelli di pronto soccorso e di struttura di ricovero, i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria e i Pediatri di libera scelta.

La Regione Lazio ha recepito i codici aggiornati delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere, che identificano le attività ambulatoriali multidisciplinari di CP, inclusa la stesura del PAI e le visite di controllo per la rivalutazione dello stesso (Cod. 89.07.A Prima visita" e Cod. 89.01.R "Visita di controllo")<sup>12</sup>.

All'interno dell'ambulatorio operano il medico e l'infermiere esperti in CP, che garantiscono una presa in carico completa attraverso attività quali:

- Identificazione precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative di base e specialistiche;
- Valutazione multidimensionale dei bisogni clinici, psico-relazionali, sociali ed esistenziali/spirituali della persona malata e della famiglia, secondo protocolli standardizzati della RLCP;
- Gestione dei sintomi somatici e psichici, incluso il dolore, mediante farmaci oppioidi e non oppioidi;
- Valutazione e facilitazione del livello di consapevolezza prognostica dei pazienti e dei familiari;

<sup>11</sup> Legge del 22 dicembre 2017, n. 219 - *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.

<sup>12</sup> DGR del 30 dicembre 2024, n. 1187 - Approvazione "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale" e delle "Indicazioni metodologiche" in attuazione del DM 25 novembre 2024 "Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica". pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.302 del 27 dicembre 2024. Disposizioni per la validità delle prescrizioni di medicina specialistica ambulatoriale. il "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale", con le "Indicazioni metodologiche" in attuazione del DM 25 novembre 2024 "Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica". pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.302 del 27 dicembre 2024.

- Discussione degli obiettivi di cura, con attenzione ai valori del paziente e della famiglia finalizzata al miglioramento della qualità di vita;
- Supporto nella pianificazione condivisa delle cure e nelle scelte terapeutiche, in conformità all'Art. 5 della L. 219/2017;
- Collaborazione con specialisti ospedalieri e MRUAP per sostenere il percorso di comunicazione con il paziente e i familiari;
- Partecipazione a percorsi strutturati di gestione clinica, orientati alla ridefinizione degli obiettivi terapeutici e alla prevenzione di accanimento diagnostico o terapeutico;
- Attivazione delle risorse territoriali della RLCP, con colloqui con il paziente e i caregivers e la compilazione della richiesta di presa in carico per cure palliative domiciliari o residenziali.

## 4.3 Il Day Hospital

Il Day Hospital rappresenta un regime di ospedalizzazione diurna e, secondo il D.M. 21 novembre 2018<sup>13</sup>, alle CP è attribuito il codice di disciplina n. 99, da utilizzare per i ricoveri diurni in questo ambito.

Il Day Hospital di CP, gestito da medici e infermieri con specifiche competenze in CP, è dedicato a pazienti con malattie cronico-degenerative, progressive e in fase avanzata, che mantengono un adeguato grado di autonomia residua per accedere in ospedale e non presentano ancora livelli di complessità tali da rendere necessaria la presa in carico domiciliare specialistica.

L'organizzazione del Day Hospital prevede visite e procedure mediche di CP non erogabili in ambulatorio per la complessità o impatto sul paziente. Tra queste rientrano, ad esempio, il posizionamento di drenaggi e accessi venosi centrali, paracentesi, emotrasfusioni, nonché procedure infermieristiche avanzate, come medicazioni complesse e gestione o ricarica di pompe infusionali di farmaci o nutrizione.

All'interno del Day Hospital di CP è inoltre possibile effettuare consulenze multispecialistiche coinvolgendo diverse figure professionali, quali il terapista del dolore, il medico specialista della disciplina di riferimento, lo psicologo, gli specialisti della riabilitazione. L'obiettivo è offrire al paziente un supporto psicologico e percorsi riabilitativi personalizzati, finalizzati al miglioramento della qualità di vita e al mantenimento delle abilità residue.

## 4.4 I gruppi multidisciplinari

I gruppi multidisciplinari (GMD) riuniscono professionisti sanitari di diverse specialità, che collaborano nella discussione di casi clinici specifici, contribuendo in modo indipendente alle decisioni diagnostiche e terapeutiche. Il loro funzionamento si fonda sulla condivisione di una visione culturale che riconosce la superiorità dell'approccio "sistematico" nella gestione delle cure rispetto al modello tradizionale basato

<sup>13</sup> Decreto del Ministero della Salute del 21 novembre 2018 - *Aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere*

esclusivamente sulla “scienza e coscienza” del singolo professionista. Secondo l’EPAAC (European Partnership for Action Against Cancer), sono quattro gli elementi chiave che garantiscono l’efficacia complessiva del GMD:

- **obiettivi di cura chiari e condivisi** tra tutti i membri del gruppo;
- **approccio centrato sul paziente**, che prevede informazioni comprensibili sugli aspetti clinici e psicosociali, canali di comunicazione trasparenti tra équipe, paziente e familiari, e strumenti in grado di favorire il coinvolgimento attivo (engagement);
- **organizzazione interna strutturata**, con forme di leadership clinica e coordinamento operativo ben definite, un referente unico per pazienti e famiglie, confronto sistematico per integrare nuove conoscenze, oltre a risorse e tempi dedicati agli operatori sanitari;
- **banche dati condivise**, utili a registrare decisioni cliniche, esiti e indicatori, così da monitorare i progressi e individuare aree di miglioramento.

In ambito ospedaliero, i GMD si riuniscono periodicamente, sia in presenza sia da remoto. Le riunioni coinvolgono gli specialisti d’organo delle unità operative ospedaliere e, quando necessario, il MRUAP, nell’ambito di specifici PDTA per patologia. La presenza del medico palliativista deve essere sempre prevista: a seconda del contesto organizzativo, potrà partecipare stabilmente come membro costitutivo del gruppo o essere coinvolto “a chiamata” nei casi più complessi.

Il compito del medico palliativista all’interno dei GMD è quello di individuare i pazienti affetti da patologie evolutive e inguaribili, orientando gli obiettivi di cura in modo coerente con il quadro clinico. Inoltre, stimola la riflessione sulla proporzionalità dei trattamenti, la rimodulazione dei percorsi specialistici e la centralità del paziente, con particolare attenzione alla migliore qualità della vita. Il medico palliativista potrà essere coadiuvato dall’infermiere dedicato alle CP secondo le necessità specifiche di pazienti e famiglie.

## 4.5 Le Cure Palliative Precoci e Simultanee

Le Cure Palliative Precoci e Simultanee (CPPS) costituiscono un modello assistenziale e organizzativo volto a garantire la presa in carico globale e personalizzata del paziente, attraverso un percorso di cura continuo, integrato e progressivo. Tale approccio prevede l’attivazione congiunta delle cure palliative insieme ai trattamenti specialistici – oncologici, cardiologici, pneumologici, neurologici, ematologici, infettivologici, geriatrici, tra gli altri – fin dalle fasi iniziali della malattia avanzata. L’obiettivo primario delle CPPS non è esclusivamente il prolungamento della sopravvivenza, bensì il miglioramento della qualità della vita del paziente, la gestione precoce dei sintomi e il sostegno continuo alla famiglia, promuovendo una visione della cura orientata al benessere globale della persona e alla proporzionalità degli interventi terapeutici.

*Il modello delle CPPS è dettagliatamente descritto nel documento: “Modello organizzativo per le cure palliative simultanee” in via di approvazione.*

## 5. Governance del modello

Il Modello di Transitional Care definisce un approccio assistenziale finalizzato a garantire la continuità delle cure nei passaggi tra diversi setting, come il ritorno dall'ospedale al domicilio, il trasferimento in una lungodegenza o in altre strutture territoriali. L'obiettivo principale è assicurare che i pazienti ricevano cure appropriate e coordinate in ogni fase di transizione, evitando frammentazioni del percorso e riducendo il rischio di complicanze o ri-ospedalizzazioni.

Per quanto riguarda le Cure Palliative di Base e le Cure Palliative Specialistiche (residenziali o domiciliari) rivolte all'adulto, il modello di Transitional Care è descritto in dettaglio nell'Allegato 2 della DGR n. 621/2025<sup>14</sup>. Il suddetto modello illustra tutte le fasi del percorso assistenziale, con particolare attenzione a:

- **accesso alle cure**, sia da setting ospedaliero (*flusso top-down*) sia da setting territoriale (*flusso bottom-up*);
- **valutazione del paziente** e la conseguente definizione del setting più appropriato;
- **gestione della lista di attesa**, comprendente inserimenti e rinunce;
- **trasferimento e la rivalutazione clinica** del paziente.

Per ciascuna fase vengono inoltre specificati i ruoli dei diversi attori coinvolti e le modalità operative di interazione tra loro.

---

<sup>14</sup> DGR del 17 luglio 2025 n. 621 - *Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care.*

## 6. La formazione degli operatori

La crescente complessità dei bisogni clinici, psicologici e sociali dei pazienti affetti da patologie croniche e inguaribili rende indispensabile l'integrazione delle **cure palliative** nei percorsi assistenziali ospedalieri. In linea con la **Legge 38/2010**, che garantisce il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, emerge la necessità di sviluppare una **formazione strutturata, multiprofessionale e multidisciplinare**, per il personale sanitario che opera negli ospedali. In tale contesto le **strutture ospedaliere**, di concerto con la **RLCP**, hanno il compito di realizzare programmi formativi dedicati agli operatori e di monitorarne la partecipazione e i risultati. La **Regione Lazio**, attraverso la Determinazione n. G12137/2024<sup>15</sup>, ha fornito linee di indirizzo per supportare le Aziende sanitarie e i Coordinamenti delle RLCP nella progettazione, nell'attuazione e nella valutazione di percorsi di formazione continua per i professionisti attivi nei diversi nodi della Rete.

Queste linee di indirizzo prevedono:

- **piani formativi specifici** per il personale delle reti di cure palliative, finalizzati all'acquisizione di competenze tecnico-professionali, organizzative e sistemiche in cure palliative specialistiche e avanzate;
- **percorsi formativi di base** per il personale sanitario che, pur non appartenendo alle reti, può trovarsi a gestire situazioni che richiedono un approccio palliativo.

### Requisiti formativi in termini di ECM:

- per il personale delle reti di cure palliative: acquisizione di almeno **1/3 dei crediti ECM triennali** in discipline attinenti alle cure palliative;
- per il personale sanitario coinvolto in approcci palliativi di base: acquisizione di almeno **il 10% dei crediti ECM triennali** su temi inerenti la disciplina.

### Obiettivi generali della formazione

- Diffondere una **cultura palliativa** all'interno delle strutture ospedaliere;
- Fornire **competenze cliniche e organizzative** per la presa in carico globale del paziente con patologie a prognosi infissa;
- Potenziare la **comunicazione clinica e relazionale** con il paziente e i familiari;
- Favorire l'**integrazione delle cure palliative** nei percorsi clinico-assistenziali già esistenti;

Sostenere il **lavoro in équipe** e il benessere psicologico degli operatori sanitari.

<sup>15</sup> Determinazione Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria del 17 settembre 2024, n. G12137 - *Approvazione documento d'indirizzo per la formazione in cure palliative*

## Glossario

<b>Acronimo</b>	<b>Descrizione</b>
ADI	l’Assistenza Domiciliare Integrata è un servizio attraverso il quale la ASL eroga un insieme di interventi e servizi sanitari a domicilio, svolti da professionisti sociosanitari: medici, fisioterapisti, psicologi, infermieri, assistenti sociali e operatori sociosanitari (OSS).
CP	Cure Palliative.
CPPS	Cura Palliativa Precoce e Simultanea si configura come un modello assistenziale e organizzativo che prevede l’attivazione congiunta delle cure palliative insieme ai trattamenti causali
MRUAP	Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria.
RLCP	La Rete Locale di Cure Palliative è un’aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali in un ambito territoriale definito.
RSA	La Residenza Sanitaria Assistenziale è una struttura per l'accoglienza, temporanea o permanente, di soggetti adulti non autosufficienti, anche anziani, non assistibili a domicilio e richiedenti trattamenti continui; esse forniscono prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale.
TOH	il Team Operativo Ospedaliero (TOH) è una struttura funzionale multiprofessionale della Direzione Sanitaria Ospedaliera che opera in continuità con le Direzioni delle Professioni Sanitarie, dei Servizi Sociali e delle UU.OO. di ricovero secondo processi strutturati.
UCP-O	L’Unità di Cure Palliative Ospedaliera è un team multiprofessionale dedicato, che opera in stretta collaborazione con le altre unità operative e servizi dell’ospedale.
UVCPA	Unità Valutativa Cure Palliative Aziendale della ASL è la commissione preposta alla valutazione di appropriatezza delle richieste di presa in carico.
UVMD	L’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale è un’équipe multiprofessionale e multidisciplinare sotto la responsabilità del direttore di Distretto; essa valuta i bisogni complessi di una persona residente nel territorio di competenza per la definizione di un progetto assistenziale integrato.
UVMO	Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera è un’équipe multiprofessionale e multidisciplinare operante in ambito ospedaliero; essa valuta i bisogni complessi del paziente già nella fase di degenza, in accordo con la UVMD di residenza.

