

Potenziamento della rete di cure palliative presso l'azienda Usl Umbria 1

Strengthening of palliative care at the Usl Umbria 1

Romano Graziani¹, Manuel Monti², Mara Fabrizio³,
Francesco Giuseppe Solano⁴, Giammichele Nicoletta⁵

¹Direttore f.f. Anestesia e Rianimazione e ²Direttore Pronto Soccorso Ospedale Gubbio-Guado Tadino (PG) Usl Umbria 1, ³Referente Centro Regionale Formazione Sanitaria Regione Umbria, ⁴Dirigente Medico Nefrologia A.O.U. Santa Maria della Misericordia Perugia, ⁵Direttore f.f. Anestesia e Rianimazione Ospedale di Foligno (PG) Usl Umbria 2

ABSTRACT Il progressivo innalzamento dell'età media della popolazione dei Paesi industrializzati si accompagna spesso ad una condizione di "policronicità" caratterizzata da aumentati bisogni socio-sanitari; in tale contesto, le cure palliative rappresentano un approccio indispensabile del percorso di cura di molti pazienti affetti da patologie croniche-degenerative. In linea con la maggior parte dei dati nazionali, anche in Umbria i pazienti che ricevono cure palliative risultano essere meno del 25% se si considerano soltanto i pazienti oncologici.

L'obiettivo del nostro progetto è potenziare la capacità di accesso alla Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) per i malati complessi con patologie cronico-degenerative avanzate presso l'azienda Usl Umbria 1, attraverso la realizzazione di un assetto organizzativo/gestionale che coinvolga e integri tutti gli ambiti assistenziali (ospedale per acuti, ambulatorio cure palliative, domicilio del malato, Hospice, Ospedale di Comunità, RSA) e garantisca competenze specifiche da parte di tutti i professionisti sanitari coinvolti. Il progetto si propone di aumentare il numero di pazienti presi in carico dalla RLCP, in maniera precoce e adatta al contesto, e di sviluppare le competenze per tutto il personale coinvolto in questo settore. Il potenziamento delle Cure Palliative dei pazienti con patologie croniche degenerative si dovrebbe tradurre in una riduzione del numero di accessi in Pronto Soccorso e di ricoveri incongrui nei reparti di medicina nonché nel miglioramento della qualità di vita dei pazienti con patologia cronica.

The progressive increase in the average age of the population in industrialized countries is often accompanied by a condition of "polychronicity" characterized by increased socio-health needs. In this context, palliative care represents an essential approach in the care pathway for many patients with chronic degenerative diseases. Consistent with most Italian data, even in Umbria, less than 25% of patients receiving palliative care are considered to be oncologic patients alone.

The objective of our project is to enhance the access to the Local Palliative Care Network (LPCN) for complex patients with advanced chronic degenerative diseases at the Usl Umbria 1 healthcare company. This will be achieved through the implementation of an organizational/management structure that involves and integrates all healthcare settings (acute hospitals, palliative care clinics, home cares, hospices, community hospitals, residential care facilities) and ensures specific skills among all healthcare professionals involved. The project aims to increase the number of patients receiving care by LPCN by providing early and context-appropriate interventions, as well as developing the skills of all personnel involved in this assistance. Strengthening palliative care for patients with chronic degenerative diseases should result in a reduction in emergency department visits and inappropriate hospital admissions, as well as an improvement in the quality of life for patients with chronic conditions.

Parole chiave/Key words: Cure palliative, Integrazione, Appropriatelyzza

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Potenziamento della rete di cure palliative presso l'azienda Usl Umbria 1
Rivista SIMG 2023;30 (03):22-28.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

INTRODUZIONE

Le Cure Palliative nascono a metà degli anni '60 in ambito oncologico grazie alla iniziativa di Cecily Saunders, un'infermiera inglese che si è poi laureata in Medicina, che nel 1967 fonda il primo Hospice del mondo, il St Christopher Hospice di Londra.¹

Da allora le Cure Palliative si sono progressivamente sviluppate in tutto il mondo, Italia compresa, soprattutto in ambito oncologico; in tale ambito l'Italia fa un passo fondamentale con la approvazione della Legge n. 38 del 2010 ("Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"),

attraverso la quale il legislatore ha inteso tutelare il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.²

L'OMS (WHO-WPCA Atlas 2021) ha stimato che il bisogno di cure palliative in Europa è pari a 1337 pazienti circa ogni 100.000 abitanti/anno.³

In Italia si stima che il fabbisogno di cure palliative tra la popolazione adulta sia pari all'1-1,4% e che l'incidenza dei pazienti con bisogno di cure palliative nell'ultimo periodo di vita risulti pari al 75% /anno (dei quali 60% non oncologici e 40% oncologici)³. In Umbria, allo stato attuale, presso l'Azienda USL Umbria 1 è attiva una Unità di Cure Palliative, definita

Tabella 1 - Cure Palliative - Utenti presi in carico a domicilio

Strutture/Indicatori	2019		2020		2021	
	n°	%	n°	%	n°	%
(Liv 2) Assistenza Distrettuale	1059	100	1121	100	1146	100
(Liv 3) Distretto Perugino	339,00	32,01	373,00	33,27	383,00	33,42
(Liv 3) Distretto Assisano	154,00	14,54	168,00	14,99	158,00	13,79
(Liv 3) Distretto Media Valle Tevere	125,00	11,80	102,00	9,10	118,00	10,30
(Liv 3) Distretto Trasimeno	100,00	9,44	136,00	12,13	122,00	10,65
(Liv 3) Distretto Alto Tevere	160,00	15,11	168,00	14,99	180,00	15,71
(Liv 3) Distretto Alto Chiascio	181,00	17,09	174,00	15,52	185,00	16,14

fonte: Azienda USL UMBRIA1 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2021

come aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative operante a domicilio, in Ospedale, in una struttura residenziale (Hospice) ed in altre strutture residenziali (per anziani e disabili).⁴ Nella presa in carico da parte dell'equipe domiciliare è necessaria la segnalazione del MMG o dell'ospedale tramite dimissione protetta e seguirà valutazione multidimensionale e stesura del PAI.

La popolazione che fa riferimento all'Azienda USL Umbria 1, da dati relativi al 2022, risulta essere pari a 491.039 abitanti (dati ISTAT al 01/01/2022), il 25,2% dei quali con età >65 anni, afferenti a 6 distretti sanitari; la stima del bisogno di cure palliative nel territorio dell'Azienda USL Umbria1 indica una prevalenza di pazienti compresa tra 4.910-6.875 e una incidenza compresa tra il 69 e l'84% (% morti con bisogno di CP/anno); è presente 1 Hospice con 10 posti letto.⁴

In base a dati di letteratura ed approfondimenti tecnici la presa in carico da parte delle Cure Palliative Specialistiche dovrebbe interessare il 35/45% del bisogno totale⁵ stimando per l'ASL 1 una prevalenza di 1964-2750 pazienti, il restante bisogno deve essere garantito con il contributo delle Cure Primarie ed il supporto delle equipe specialistiche.

In ogni distretto sono difformemente presenti risorse dedicate per le Cure Palliative Domiciliari con equipe specialistiche definite presenti solo in alcuni di questi

ANALISI DEI DATI

Dall'analisi dei dati e delle informazioni disponibili, sono emerse le seguenti criticità:⁶⁻⁷

- Assenza di struttura di coordinamento reti locali di cure palliative;

- Insufficiente copertura del bisogno soprattutto per malattie diverse dal cancro;
- Insufficiente numero di posti letto Hospice rispetto agli standard (8-10 posti letto ogni 100.000 abitanti secondo il D.M. 77/2022; 5 posti letto ogni 100.000 abitanti secondo il D.M. 43/2007);⁷
- Elevato numero di decessi intra-ospedalieri (31-39% da dati Agenas 2021) e in Pronto Soccorso (3,5-4,7% da dati Agenas 2021) per malattia oncologica;⁸
- Carenza personale specialistico per le cure domiciliari, con necessità di incremento graduale e progressivo (secondo le stime della SICP - Umbria in base agli standard: 25 medici specialisti rispetto ai 19 attuali, per un aumento su base regionale del 25%; 50 infermieri rispetto ai 35 attuali, per un aumento su base regionale $\geq 30\%$);
- Carenza personale dedicato in ospedale (1 medico specialista e 1 infermiere ogni 250 posti letto);
- Carenza di percorsi formativi aziendali;
- Mancata attivazione di percorsi di Primary Palliative Care (cure anticipatorie pianificate con identificazione precoce dei malati che si avvicinano alla fase finale

della vita e con la successiva pianificazione delle cure).

MATERIALI E METODI:

Al fine di realizzare una Rete di Cure Palliative che consenta un'efficace presa in carico e gestione dei pazienti è necessario che l'Azienda USL Umbria 1 raggiunga l'obiettivo di realizzare un assetto organizzativo/gestionale che coinvolga e integri tutti gli ambiti assistenziali (ospedale per acuti, ambulatorio cure palliative, domicilio del malato, Hospice, Ospedale di Comunità, RSA) e garantisca competenze specifiche da parte degli operatori interessati (medici, infermieri, psicologi); Nel rispetto del DM77/22, si dovrebbero attribuire alla Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) le seguenti funzioni:

- Coordinare e integrare le Cure Palliative nei diversi livelli di assistenza in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'Assistenza Primaria;
- Definire un sistema di erogazione di cure

Tabella 2 - Attività Hospice

Indicatori	2019	2020	2021
n° posti letto effettivi	10	10	10
n° utenti presenti inizio anno	9	6	5
n° utenti dimessi nel periodo	228	167	139
n° utenti deceduti nel periodo	158	123	88
n° giornate di assistenza in residenzialità	2810	2467	2096
Tasso di utilizzo PL	76,99	67,40	57,42

fonte: Azienda USL Umbria1 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2021

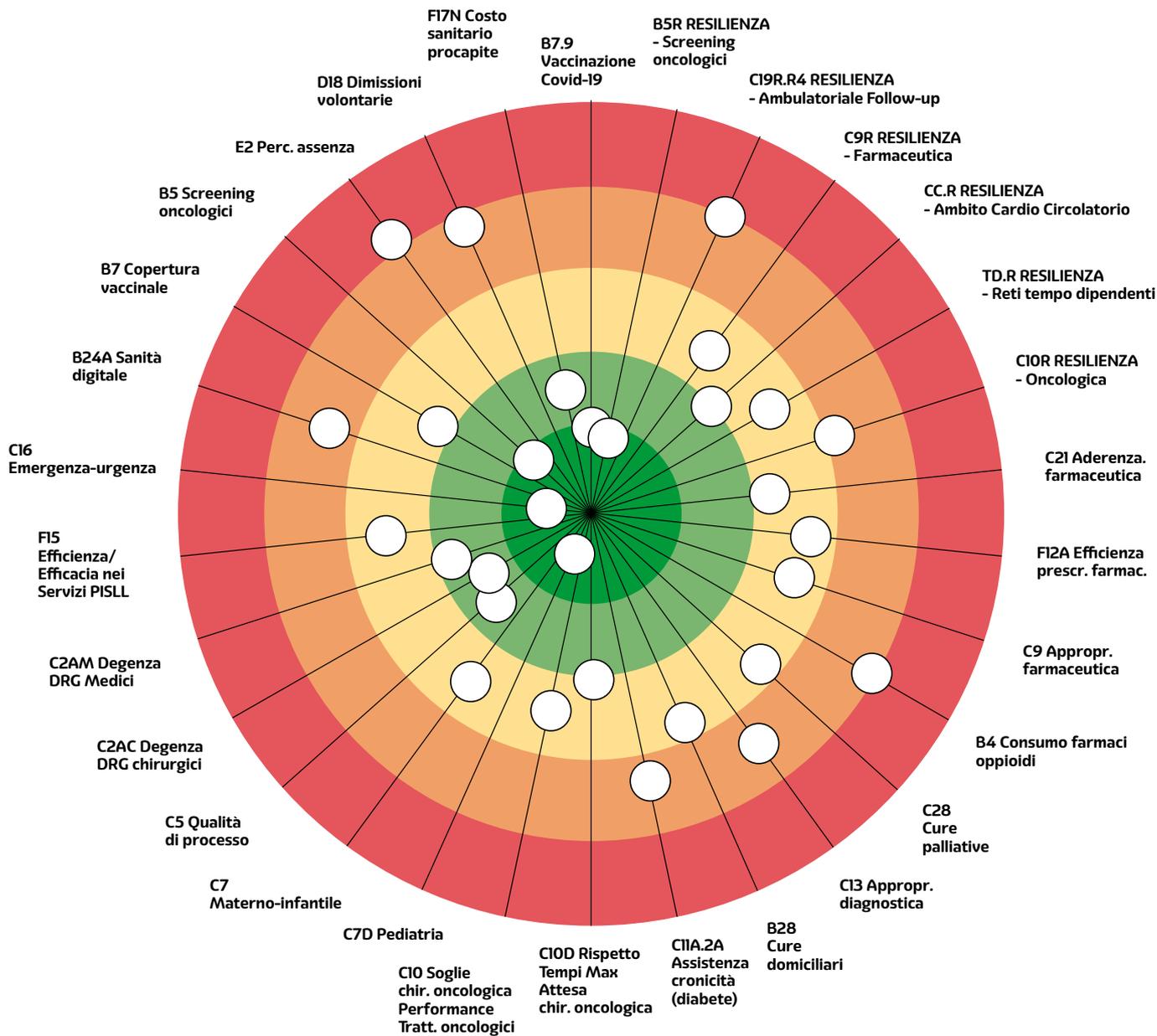


Figura 1 - Report MES 2021 Usl Umbria 1. Scuola Superiore Sant'Anna Pisa

palliative, per l'attuazione di percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;

- Adottare un sistema di valutazione e miglioramento della qualità dei percorsi di cura erogati;
- Attivare percorsi formativi aziendali specifici;
- Partecipare a iniziative di ricerca.

La Rete Locale Cure Palliative dovrebbe agire nell'ambito delle strutture di degenza ospedaliera con una equipe in consulenza, mentre in ambito ambulatoriale

dovrebbe erogare cure palliative precoci e simultanee con equipe dedicate e specificamente formate; a domicilio, invece, dovrebbe essere attivato un servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD) o, in alternativa, un'equipe assistenziale dedicata e specificamente formata (UCP) in integrazione con il MMG per assicurare la continuità assistenziale h 24 - 7 giorni/7 e che può essere integrata con l'equipe dell'ADI, nelle strutture residenziali e negli Hospice. E' necessario, inoltre, procedere con l'analisi dei PDTA esistenti extraregionali, la contestualizzazione alla realtà regionale e la

successiva applicazione del PDTA per l'Azienda USL Umbria 1.

Il progetto si pone l'obiettivo di garantire l'accesso precoce ed appropriato alle cure palliative e alla terapia del dolore ai pazienti affetti da patologie cronico-degenerative, sviluppando la Rete Locale Delle Cure Palliative.

Per questo è fondamentale individuare precocemente le persone per le quali, a causa della/e patologie di cui sono affette, non sembra più appropriato un percorso di cura volto alla guarigione e basato su interventi saltuari in acuzie bensì un percor-

so attivo e continuo, trasversale alle varie strutture sanitarie aziendali, ospedaliere e territoriali, che privilegia la qualità di vita residua.

RISULTATI:

I dati 2019-2021 mostrano la seguente copertura del bisogno di cure domiciliari (Tabella 1)

L'attività in Hospice, per il medesimo triennio, risulta evidenziata nella Tabella 2.

Complessivamente la copertura del bisogno risulta essere <25%.³ In entrambi i setting assistenziali risulta vi sia una netta prevalenza di malati oncologici che rappresentano il 98% in Hospice ed il 95% nelle Cure Palliative Domiciliari.³

La performance della regione Umbria:

Il report MES 2021⁶ all'indicatore C28 mostra performance media in termini di percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative, performance scarsa nella copertura delle cure palliative, performance media nell'attesa Hospice (intesa come percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice minore uguale a 3 giorni) (Figura 1).

Nella Tabella 4 sono descritti gli obiettivi specifici del progetto e le azioni necessarie da intraprendere per perseguirli.

Tra i pre-requisiti, fondamentali per la buona riuscita del progetto vi è un aumento dei posti letto presso l'Hospice e l'incremento del personale sanitario dedicato alla cura dei pazienti presi in carico dalle cure palliative, obiettivi specifici che sono previsti nel Piano Sanitario Regionale già approvato dalla Giunta Regionale⁹ e in via di realizzazione. (Tabella 4)

Nella Tabella 4 sono presente inoltre due obiettivi che sono raggiungibili attraverso la creazione di un gruppo di lavoro all'interno dell'Azienda Usl Umbria 1 e attraverso l'utilizzo di strumenti previsti dal PNRN oltre alla formazione del personale che può essere realizzata attraverso i medici delle cure palliative presenti all'interno dell'Azienda Usl Umbria 1.

Da valutare l'incremento dei professionisti sanitari dedicati alle cure palliative che necessita di un atto aziendale che modifichi l'attuale organigramma dell'Azienda. L'attivazione del progetto prevede una presa in carico di un maggior numero di pazienti, soprattutto nelle fasi iniziali, con patologie croniche degenerative e non sol-

Tabella 4 - Obiettivi specifici per la realizzazione del progetto

<p>Prerequisiti⁹ (programmazione regionale)</p>	<p>Azione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentare posti letto Hospice fino ad almeno 20 • Incrementare i professionisti sanitari dedicati
<p>OS. 1 Aumentare il n° di pazienti che accedono alle cure palliative</p>	<p>Azione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contestualizzare il PDTA per le cure palliative al territorio dell'AUSL Umbria I • Costruire la rete tra le strutture che assicuri la continuità assistenziale del paziente • Attivare monitoraggio paziente domiciliare in telemedicina • Ridurre il tempo di attesa per attivazione cure palliative
<p>OS. 2 Sviluppare le competenze del personale dedicato</p>	<p>Azione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Progettare i percorsi formativi per MMG e professionisti sanitari per le cure domiciliari e negli Ospedali di Comunità • Realizzare i percorsi di formazione per MMG e professionisti sanitari per le cure domiciliari e negli Ospedali di Comunità • Organizzare incontri formativi annuali con coinvolgimento di tutte le figure professionali coinvolte • Organizzare incontri divulgativi annuali con la popolazione e le associazioni di volontariato

Tabella 5 - Le principali criticità, interne all'organizzazione ed esterne ad essa, che si possono incontrare nella realizzazione del progetto

Ostacoli/criticità interni	Ostacoli/criticità esterni
<ul style="list-style-type: none"> • Carenza del personale dedicato • Carenza di posti letto Hospice • Scarsa sensibilità del personale sanitario dovuta alla ridotta conoscenza del problema • Insufficiente collegamento e collaborazione tra ospedale e territorio • Mancanza di interoperabilità dei sistemi informatizzati 	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa sensibilizzazione sociale al problema (ovvero bisogna superare l'ostacolo che anche il domicilio può essere un adeguato luogo di cura) • Carenza di caregiver (famiglie monocomponente) • Insufficiente disponibilità finanziaria per la realizzazione dei setting extra-ospedalieri e per l'assunzione del personale

tanto dei pazienti oncologici. Tali pazienti verrebbero gestiti in un ambito di una forte integrazione ospedale – territorio, fondamentale per l’ottimizzazione delle ri-

orse e migliorando il confort dei pazienti che potrebbero essere seguiti a domicilio, in totale sicurezza e riducendo il numero degli accessi in PS e dei ricoveri nei reparti

di Medicina. Durante lo studio del progetto abbiamo identificato anche le criticità che potrebbero influenzare gli outcome attesi (Tabella 5)

Tabella 6 - Diagramma di GANTT delle attività per la realizzazione del progetto

Obiettivi	Azioni	...	Mesi													
			I II	III IV	V VI	VII VIII	IX X	XI XII	XIII XIV	XV XVI	XVII XVIII	XIX XX	XXI XXII	XXIII XXIV		
Prerequisiti	Aumentare posti letto Hospice fino ad almeno 20															
	Incrementare il n. dei professionisti sanitari dedicati															
OS.1 Aumentare il n° di pazienti che accedono alle cure palliative	Azione 1.1 contestualizzare il PDTA locale per le CP															
	Azione 1.2 costruire una rete tra le strutture che assicuri la continuità assistenziale del paziente															
	Azione 1.3 attivare monitoraggio paziente domiciliare in telemedicina															
	Azione 1.4 ridurre il tempo di attesa per attivazione cure palliative															
OS.2 Attivare percorsi formativi	Azione 2.1 formare MMG e professionisti sanitari per le cure domiciliari e negli Ospedali di Comunità															
	Azione 2.2 realizzare incontri formativi annuali con coinvolgimento di tutte le figure professionali coinvolte															
	Azione 2.3 realizzare incontri divulgativi annuali con la popolazione e le associazioni di volontariato															

Tabella 7 - Descrizione degli indicatori per il MONITORAGGIO IN ITINERE delle azioni previste dal progetto

Prerequisiti	Indicatori	Descrizione degli indicatori	Valore atteso
Prerequisito 1: Aumentare posti letto Hospice	I.A.1: % aumento posti letto Hospice	(N° posti letto Hospice 2024/N° posti letto Hospice 2022) %	≥80%
Prerequisito 2: Incrementare medici specialisti dedicati	I.A.2: % aumento medici specialisti	(N° medici specialisti dedicati al 2024/N° medici specialisti dedicati al 2022) %	25%
Prerequisito 3: Incrementare infermieri dedicati	I.A.3: % aumento infermieri dedicati	(N° infermieri dedicati al 2024/N° infermieri dedicati al 2022) %	≥30%
Azioni	Indicatori	Descrizione degli indicatori	Valore atteso
A.1.1: Contestualizzare il PDTA locale per le cure palliative	I. A.1.1: N° riunioni per analisi PDTA esistenti		2
	I. A.1.1.2: N° riunioni per contestualizzare PDTA locale		2
A.1.2: Costruire la rete tra le strutture che assicurano la continuità assistenziale del paziente	I.A.1.2: % pazienti gestiti da RLCP	(N° pazienti gestiti/N° pazienti con bisogno di CP) %	≥30%
A.1.3: Attivare monitoraggio paziente domiciliare in telemedicina	I.A.1.3: % pazienti in cure palliative domiciliari in monitoraggio con telemedicina	(N° pz in cure palliative domiciliari in monitoraggio con telemedicina/ N° pz in cure palliative domiciliari) %	≥30%
A.1.4: Ridurre il tempo di attesa per attivazione cure palliative	I.A.1.4: % pazienti presi in carico entro 3 giorni	(N° pazienti presi in carico entro 3 giorni/N° pazienti presi in carico) %	≥30%
A.2.1: Formazione MMG e professionisti sanitari per le cure domiciliari e negli Ospedali di Comunità	I.A.2.1: N° incontri formativi annuali MMG e professionisti sanitari		2
A.2.2: Organizzare incontri formativi annuali per tutte le figure professionali coinvolte	I.A.2.2: N° incontri formativi annuali figure professionali coinvolte		1
A.2.3: Organizzare incontri divulgativi annuali con la popolazione e le associazioni di volontariato	I.A.2.3: N° incontri divulgativi annuali con la popolazione e le associazioni di volontariato		1

Per la realizzazione del progetto è stato stilato un cronoprogramma della durata di 24 mesi (Tabella 6)

Il monitoraggio del progetto avverrà attraverso i seguenti indicatori in itinere (Tabella 7).

Nella Tabella 8 abbiamo indicato gli indicatori di valutazione finale che permettono di valutare la riuscita del progetto.

DISCUSSIONE

Attraverso l'attivazione della Rete Locale Cure Palliative sarà possibile creare un percorso che permetta di reclutare i pazienti e suddividerli in 3 macrocategorie:

1) Pazienti a bassa complessità clinica, gestiti dai MMG e da infermieri preventivamente formati;

2) Pazienti complessi, ancora in trattamento, per i quali si preveda un'integrazione tra RLCP, il MMG e gli specialisti che gestiscono il paziente per i trattamenti terapeutici;

3) Pazienti in fase di fine vita da accompagnare insieme con i caregiver (ove presenti) nell'ultimo periodo di esistenza, prevedendo, oltre naturalmente al controllo del dolore e/o di altri sintomi attraverso i MMG e i medici specialisti, il supporto psicologico e gestionale prevalentemente a domicilio o, in caso di necessità, all'in-

terno degli Hospice o degli Ospedali di Comunità. Sarà inoltre necessario applicare le Cure Simultanee, intese come inserimento precoce delle cure palliative nel percorso di cura attivo e definite come un modello organizzativo mirato a garantire la presa in carico globale del malato attraverso un'assistenza continua, integrata e progressiva fra terapie e cure palliative quando l'outcome non sia principalmente la sopravvivenza del malato ma la qualità della vita residua.¹⁰

E' auspicabile una forte integrazione tra il medico specialista che ha in cura il malato ed il team della rete di cure palliative per selezionare i pazienti da avviare a cure

Tabella 8 - Descrizione degli indicatori per la valutazione dei risultati finali del progetto

Obiettivi del progetto	Indicatori	Descrizione degli indicatori	Valore atteso
OS. 1: Aumentare il n° di pazienti che accedono alle cure palliative	I.OS.1.1 % di persone decedute a causa di malattie cronico-degenerative assistite da RLCP	(N° di persone decedute a causa di malattie cronico-degenerative assistite da RLCP/numero di persone decedute per MCD) %	≥80%
	I.OS.1.2 Tempo di attesa Hospice	Giorni medi di attesa per ricovero in Hospice	≤3
OS. 2: Percorsi formativi	I.OS.2.1 % MMG formati	(N° MMG formati/N° MMG) %	≥30%
	I.OS.2.2 N° Incontri formativi		2
	I.OS.2.3 N° Incontri divulgativi		2

simultanee attraverso una valutazione condivisa: il medico palliativista ha anche il ruolo di garantire che il percorso territoriale in cure palliative sia concomitante al trattamento specialistico anche nelle fasi successive.

Ciò permetterà di:

- Realizzare la presa in carico globale del paziente e della sua rete di affetti;
- Definire i punti di accesso, le modalità ed i criteri di appropriatezza per l'accesso al PDTA;
- Realizzare la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità;
- Prevedere la presenza del Case Manager per la guida del paziente lungo il percorso;
- Definire i criteri di appropriatezza per l'utilizzo delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche;
- Prevedere modalità di gestione integrata del percorso assistenziale ospedale-territorio;
- Prevedere i criteri per l'avvio delle cure palliative precoci e simultanee;
- Potenziare il servizio di cure palliative al domicilio;
- Definire i criteri per il passaggio dalla terapia attiva alle terapie di supporto di fine vita;
- Stabilire modalità operative di assistenza in telemedicina per le cure palliative.¹¹

CONCLUSIONI

Gli obiettivi prefissati, le criticità emerse e il progetto presentato potranno aiutare le strutture erogatrici di cure palliative, non solo appartenenti all'USL Umbria 1, nella rilevazione delle proprie criticità,

stimolandole e supportandole nella ricerca di percorsi virtuosi di miglioramento, aumentando sensibilmente il numero degli utenti che vengono gestiti dai servizi di cure palliative, riducendo il tempo di attesa di presa in carico degli utenti che necessitano di questo tipo di assistenza e sviluppando la metodologia delle cure palliative simultanee.

In questa prospettiva, la formazione dei professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative rappresenta uno dei punti fondamentali da sviluppare.¹² Nell'ottica del cittadino, invece, il presente articolo ha come obiettivo la diffusione della conoscenza in termini di offerta delle strutture erogatrici di cure palliative di vari livelli, e dei centri di supporto alla famiglia, potendosi essi misurare con i bisogni e le preferenze dei malati e dei loro familiari.

Bibliografia

1. Oliver DP, et al. Interdisciplinary collaboration: the voices of hospice medical directors. *Am J Hosp Palliat Care* 2010;27:537-44.
2. Mammucari M et al. La gestione del dolore nella medicina primaria: esiti di un progetto di formazione sulla Legge 38/2010. *Recenti Prog Med* 2014;105:159-165.
3. Sudhakaran D, et al. Screening for palliative care needs in the community using SPICT. *Med J Armed Forces India*. 2023;79:213-219.
4. Azienda USL Umbria 1: Piano della performance 2022-2024 online on: <https://www.uslumbria1.it/ammtrasparente/performance/piano-della-performance/>

5. Moroni L et al. Il modello organizzativo in cure palliative. *Riv It Cure Palliative* 2019;21:248-252.

6. Sistema di Valutazione del Network delle Regioni - MES Online on <https://performance.santannapisa.it/pes/network/home.php>

7. Gobber G et al. La Scuola di specializzazione in medicina e cure palliative: una svolta epocale. *Riv It Cure Palliative* 2022;24:165-166.

8. AGENAS: Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative online on <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2048-cure-palliative-l%E2%80%99attuazione-delle-reti>

9. Piano Sanitario Regionale 2022 - 2026 - DGR n. 793 del 01/08/2022 online on <https://www.regione.umbria.it/documents/18/25430096/PSR+2022-2026.pdf/61cb6a3e-0898-43d5-96d4-3efb72581911>

10. Zaganel V et al. AIOM Simultaneous and Continuous Care (SCC), Task Force: ESMO Italian DCs. Position paper of the Italian Association of Medical Oncology on early palliative care in oncology practice (Simultaneous Care). *Tumori* 2017;103:9-14.

11. Van der Plas AG et al. Palliative care case managers in primary care: a descriptive study of referrals in relation to treatment aims. *J Palliat Med* 2015;18:324-31

12. Paciullo F et al. Epidemiology of emergency calls for time-dependent acute illnesses during COVID-19 outbreak in Umbria region (Italy). *Ann Ig* 2021;33:198-200.