

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 1208 DEL 17/07/2026

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.P.G.R. n. 21 del 28/02/2026

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott.ssa LAURA ESPOSITO

DIRETTORE SANITARIO

dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI

dott.ssa PAOLA VESCOVI

OGGETTO: RETE DELLE CURE PALLIATIVE. APPROVAZIONE DEL PIANO AZIENDALE
DI POTENZIAMENTO DELLE CURE PALLIATIVE E NOMINA REFERENTI

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
dott. Giovanni Carretta

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale
sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi
informatici dell'Azienda.*

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
Anno Proposta: 2026 Numero Proposta: 1247/26

Il Direttore U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to Cinzia Brunello

Il Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale relaziona quanto segue:

Premesso che:

- l'art. 1, comma 83, Legge n. 197/2022 prevede che le Regioni presentino, entro il 30 gennaio di ciascun anno, un piano di potenziamento delle cure palliative al fine di raggiungere, entro l'anno 2028, il 90% della popolazione interessata;
- con DGRV n. 26 del 27 gennaio 2026 la Regione Veneto ha approvato il Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica per l'anno 2026, ai sensi dell'art. 1, comma 83 della Legge 29 dicembre 2022, n. 197;
- tale piano individua i seguenti obiettivi:
 - incrementare la copertura delle Cure Palliative fino al 90% del fabbisogno;
 - ridurre la variabilità tra Aziende;
 - rafforzare la presa in carico precoce e territoriale;
 - garantire integrazione e continuità assistenziale tra setting;prevedendo l'articolazione degli ambiti di intervento lungo tre direttrici principali:
 - identificazione precoce e presa in carico;
 - sviluppo e integrazione della rete;
 - governance, competenze e qualità del sistema;
- la suddetta DGRV ha inoltre stabilito che le Aziende predispongano i Piani aziendali di potenziamento per gli anni 2026-2028 secondo un template regionale standardizzato, che consistono in documenti operativi di attuazione del Piano regionale;
- la DGRV n. 276/2026, con riferimento al sub-indicatore 26.Q.D.03.1 sub 3 – Cure palliative domiciliari, ha previsto, tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali, il raggiungimento di almeno il 90% degli obiettivi programmati nel Piano aziendale di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2026;

Dato altresì atto che la Regione del Veneto:

- con DGRV n. 208/2017 ha individuato il modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore;
- con DGRV n. 553/2018 ha definito il percorso integrato di cura (PIC), quale strumento a supporto dello sviluppo della rete delle cure palliative in età adulta, come prevista dalla DGR 208/2017.
- con Decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 140/2022 ha approvato il PIC per la terapia del dolore e Cure Palliative nell'età pediatrica;
- con DGRV n. 1636/2022 ha approvato i requisiti di accreditamento istituzionale delle reti di cure palliative e con DGRV n. 1262/2023 i requisiti generali di qualificazione per l'accreditamento della rete regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche;

Preso atto che, in attuazione del Piano aziendale di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica l'Azienda Ulss 7 Pedemontana:

- ha redatto il Piano Aziendale 2026-2028, quale strumento di governo che accompagna lo sviluppo delle cure palliative con responsabilità dell'intera organizzazione aziendale, individuando azioni trasversali da perseguire per il triennio 2026-2028;
- con nota prot. n. 41779 del 04/05/2026 ha provveduto a trasmetterlo, entro il termine richiesto, alla Direzione Programmazione Sanitaria dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto;
- ha sviluppato un modello organizzativo trasversale, che prevede il coinvolgimento di diverse Unità

Operative aziendali in relazione alle competenze richieste, che fungono da nodi della rete locale di Cure Palliative e Cure Palliative Pediatriche, al fine di realizzare quanto previsto dal Piano e, in particolare, al fine di procedere con l'identificazione precoce dell'eleggibilità, la rilevazione dei bisogni clinico-assistenziali e l'attivazione tempestiva dei percorsi di presa in carico, sia nell'ambito delle Cure Palliative di base sia di quelle specialistiche;

Dato atto che con nota ns prot. n. 63906 del 08/07/2026 la Direzione Programmazione Sanitaria dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto ha restituito gli esiti della lettura regionale e declinazione degli obiettivi 2026 del Piano aziendale di potenziamento delle Cure Palliative;

Ritenuto di attivare, su disposizione del Direttore Generale, il Tavolo di Lavoro permanente di “Potenziamento delle Cure Palliative in Azienda ULSS 7”, rappresentativo delle varie aree aziendali della rete locale di Cure Palliative e Cure Palliative Pediatriche e di nominare, su indicazione del Direttore dei Servizi Socio Sanitari e del Direttore Sanitario, i seguenti referenti aziendali:

- UOC Cure palliative: Dott.ssa Amalia Simari – con funzioni di Coordinamento del Tavolo
- Direzione Funzione territoriale: Dott. Emanuele Barbierato
- UOC Cure Primarie Distretto 1: Dott.ssa Cristina Velludo
- UOC Cure Primarie Distretto 2: Dott.ssa Manuela Miorin
- Direzione Funzione ospedaliera: Dott. Mario Grattarola
- Dipartimento Medico Bassano: Dott. Diego Tonello
- Dipartimento Medico Santorso: Dott. Luca Pellizzari
- Dipartimento Funzionale Transmurale di Oncologia Clinica: Dott. Franco Bassan
- UOSD Pneumologia territoriale: Dott. Carlo Barbeta
- UOC Pneumologia: Dott. Massimiliano Cavenaghi
- UOC Ortopedia PO Bassano: Dott. Cesare Chemello
- UOC Ortopedia PO Santorso: Dott. Andrea Micaglio
- UOC Pediatria PO Santorso: Dott. Massimo Scollo e Dott.ssa Anna Capretta
- UOC Pediatria PO Bassano: Dott. Davide Meneghesso
- Terapia del Dolore: Dott.ssa Lara Zanini e Dott. Vittorio Bernardi
- UOC Professioni Sanitarie: Dott.ssa Anna Zambon
- UOC Controllo Gestione: Dott.ssa Mara Pigato
- UOC Sistemi Informativi: Dott.ssa Valentina Campagnolo
- COT: Coordinatore Christian Mottin
- Ufficio Formazione: Dott.ssa Adalberto Moreno da Silva
- Ufficio Comunicazione: Dott.ssa Diletta Lorenzon

a garanzia dello sviluppo di un approccio trasversale alla rete di Cure Palliative, coerente con la natura multiprofessionale e multidisciplinare dei percorsi assistenziali;

Per quanto sopra, il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa Territoriale propone pertanto:

- di approvare il Piano aziendale di potenziamento della rete di cure palliative 2026-2028, allegato al presente provvedimento quale parte integrante;
- di attivare il Tavolo di Lavoro permanente di “Potenziamento delle Cure Palliative in Azienda ULSS 7”, rappresentativo delle varie aree aziendali della rete locale di Cure Palliative e Cure Palliative Pediatriche, e di nominare i seguenti referenti aziendali:
 - UOC Cure palliative: Dott.ssa Amalia Simari – con funzioni di Coordinamento del Tavolo
 - Direzione Funzione territoriale: Dott. Emanuele Barbierato
 - UOC Cure Primarie Distretto 1: Dott.ssa Cristina Velludo
 - UOC Cure Primarie Distretto 2: Dott.ssa Manuela Miorin

- Direzione Funzione ospedaliera: Dott. Mario Grattarola
- Dipartimento Medico Bassano: Dott. Diego Tonello
- Dipartimento Medico Santorso: Dott. Luca Pellizzari
- Dipartimento Funzionale Transmurale di Oncologia Clinica: Dott. Franco Bassan
- UOSD Pneumologia territoriale: Dott. Carlo Barbetta
- UOC Pneumologia: Dott. Massimiliano Cavenaghi
- UOC Ortopedia PO Bassano: Dott. Cesare Chemello
- UOC Ortopedia PO Santorso: Dott. Andrea Micaglio
- UOC Pediatria PO Santorso: Dott. Massimo Scollo e Dott.ssa Anna Capretta
- UOC Pediatria PO Bassano: Dott. Davide Meneghesso
- Terapia del Dolore: Dott.ssa Lara Zanini e Dott. Vittorio Bernardi
- UOC Professioni Sanitarie: Dott.ssa Anna Zambon
- UOC Controllo Gestione: Dott.ssa Mara Pigato
- UOC Sistemi Informativi: Dott.ssa Valentina Campagnolo
- COT: Coordinatore Christian Mottin
- Ufficio Formazione: Dott.ssa Adalberto Moreno da Silva
- Ufficio Comunicazione: Dott.ssa Diletta Lorenzon

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione e la proposta del Responsabile del procedimento;

Viste le attestazioni del Responsabile del servizio competente dell'avvenuta regolare istruttoria della pratica in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare;

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

1. di dare atto che le premesse fanno parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di approvare il Piano aziendale di potenziamento della rete di cure palliative 2026-2028, allegato al presente provvedimento quale parte integrante;
3. di attivare il Tavolo di Lavoro permanente di “Potenziamento delle Cure Palliative in Azienda ULSS 7”, rappresentativo delle varie aree aziendali della rete locale di Cure Palliative e Cure Palliative Pediatriche, e di nominare i seguenti referenti aziendali:
 - UOC Cure palliative: Dott.ssa Amalia Simari – con funzioni di Coordinamento del Tavolo
 - Direzione Funzione territoriale: Dott. Emanuele Barbierato
 - UOC Cure Primarie Distretto 1: Dott.ssa Cristina Velludo
 - UOC Cure Primarie Distretto 2: Dott.ssa Manuela Miorin
 - Direzione Funzione ospedaliera: Dott. Mario Grattarola
 - Dipartimento Medico Bassano: Dott. Diego Tonello
 - Dipartimento Medico Santorso: Dott. Luca Pellizzari
 - Dipartimento Funzionale Transmurale di Oncologia Clinica: Dott. Franco Bassan
 - UOSD Pneumologia territoriale: Dott. Carlo Barbetta
 - UOC Pneumologia: Dott. Massimiliano Cavenaghi
 - UOC Ortopedia PO Bassano: Dott. Cesare Chemello

- UOC Ortopedia PO Santorso: Dott. Andrea Micaglio
- UOC Pediatria PO Santorso: Dott. Massimo Scollo e Dott.ssa Anna Capretta
- UOC Pediatria PO Bassano: Dott. Davide Meneghesso
- Terapia del Dolore: Dott.ssa Lara Zanini e Dott. Vittorio Bernardi
- UOC Professioni Sanitarie: Dott.ssa Anna Zambon
- UOC Controllo Gestione: Dott.ssa Mara Pigato
- UOC Sistemi Informativi: Dott.ssa Valentina Campagnolo
- COT: Coordinatore Christian Mottin
- Ufficio Formazione: Dott.ssa Adalberto Moreno da Silva
- Ufficio Comunicazione: Dott.ssa Diletta Lorenzon

4. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi;
5. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22/07/2022.



Piano Aziendale di Potenziamento delle Cure Palliative

Azienda

AULSS 7

POPOLAZIONE ADULTA – BISOGNO DI CURE PALLIATIVE

(sezione da compilare da AULSS + AO + IOV)

OBIETTIVO	TARGET
<i>Rilevazione dell'eleggibilità alla presa in carico in Cure Palliative: sviluppo di protocolli strutturati e formalizzati per la rilevazione precoce dell'eleggibilità alla presa in carico di pazienti con patologie inguaribili, croniche e avanzate (respiratorie, cardiache, neurologiche, cerebrovascolari, demenze, fragilità geriatrica, patologie renali ed epatiche)</i>	2028

Definizione KPI
<i>Presenza di protocolli/programmi aziendali strutturati e formalizzati per la rilevazione precoce dell'eleggibilità alla presa in carico in Cure Palliative per pazienti con patologie croniche avanzate, con evidenza documentale della loro applicazione</i>

Indicatore misurabile (comparativo):

- AULSS: % distretti con protocolli eleggibilità attivi e tracciati = distretti con (atto/procedura + tracciabilità segnalazioni attiva) / distretti totali ×100
- (AO + IOV): protocollo attivo

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + documentazione aziendale (protocolli, PPDTA, istruzioni operative, evidenze applicative)

Baseline 31/12/2025

Descrivere lo stato attuale aziendale della rilevazione dell'eleggibilità alla presa in carico in Cure Palliative, indicando:

- presenza di protocolli/PPDTA per l'identificazione dei pazienti eleggibili
- ambiti clinici coperti (oncologico e non oncologico)
- eventuale utilizzo di strumenti standardizzati (es. NECPAL o equivalenti)
- modalità attualmente utilizzate per l'identificazione e l'attivazione della presa in carico
- livello di integrazione tra unità operative, servizi territoriali e cure primarie
- eventuali criticità o ambiti non coperti (es. attivazione tardiva, assenza di criteri condivisi, disomogeneità tra servizi, scarsa copertura delle patologie non oncologiche)

BASELINE

- L'Azienda con Delibera N. 2303 DEL 13/12/2024 ha recepito la DGR 553/2018 che è riferimento per la presa in carico dei pz candidati a cure palliative
- Esiste una scheda aziendale di segnalazione con ESAS

- Vengono valutati tutti gli ambiti e presi in carico pz Oncologici prevalentemente , i pz SLA vengono valutati con Centro riferimento provinciale A Vicenza mensilmente e si collabora per la presa in carico territoriale
- Vengono inoltre valutati pazienti nefropatici, BPCO e cardiopatie end stage discussi con gli specialisti ma senza protocolli strutturati
- La presa in carico avviene tramite il raccordo tra unità operative e i servizi territoriali /cure primarie
- Non in uso il NECPAL per la valutazione dei bisogni
- L'identificazione avviene da parte dei singoli professionisti (Ospedalieri MMG CSA) e la segnalazione viene fatta all'UOC Cure Palliative che provvede ad organizzare la successiva valutazione domiciliare attraverso la UVMD per la stesura del PAI con il MMG e l'infermiere dell'ADI

CRITICITA' :

- attivazione tardiva con pazienti inviati negli ultimi giorni di vita con difficoltà ad una assistenza efficace ;
- poca copertura patologie non oncologiche legate alla difficoltà dell'UO di poter prendere in carico tutta la cronicità complessa per mancanza di risorse mediche e mancanza di equipe dedicate
- mancanza di un sistema informatico unico nei 2 distretti , SIT
- non utilizzo strumento Necpal

Attività previste entro il 31/12/2026

Attività previste entro il 31/12/2026

Indicare le azioni operative che l'Azienda intende realizzare per lo sviluppo e il rafforzamento dei protocolli per la rilevazione precoce dell'eleggibilità, specificando modalità organizzative, strutture coinvolte e tempistiche, includendo ad esempio:

- mappatura dei protocolli e PDTA esistenti
- definizione e formalizzazione di protocolli aziendali condivisi per l'identificazione precoce
- estensione ai principali ambiti clinici non oncologici
- introduzione e sperimentazione di strumenti standardizzati (es. NECPAL o equivalenti)
- coinvolgimento delle principali unità operative (oncologia, medicina interna, geriatria, pneumologia, cardiologia, neurologia, nefrologia, epatologia, cure primarie)
- formazione degli operatori sanitari sulla identificazione precoce dei bisogni di Cure Palliative
- avvio dell'integrazione nei sistemi informativi aziendali per la tracciabilità

AZIONI

- Procedura presa in carico cure palliative esistente da monitorare
- Procedura dei sintomi in cure palliative condiviso nella RLCP (operativo) e da monitorare
- PDTA Parkinson, mammella ORL esistenti da monitorare , in fase di stesura PDTA Polmone e Vescica
- **FORMAZIONE** Inserire in PFA una formazione MMG/CA/MO sull'identificazione dei bisogni di Cure Palliative e utilizzo del NECPAL
- Revisione PROTOCOLLO di attivazione dei pazienti candidabili (oncologici e non oncologici)

- attivazione di Advenias/nuovo SIT
- MONITORAGGIO SEMESTRALE
- formalizzazione di un documento aziendale ADI-UCPDOM
- Formalizzazione di un gruppo di lavoro con il coinvolgimento dei rappresentanti della Medicina Generale per l'elaborazione di una procedura Aziendale "L'identificazione precoce del bisogno di CP, l'approccio palliativo e la modalità di ingresso nella Rete Locale di Cure Palliative del paziente adulto"

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di estensione, consolidamento e monitoraggio dell'applicazione dei protocolli a livello aziendale, includendo ad esempio:

- estensione dei protocolli a tutte le unità operative e ai diversi setting assistenziali (ospedale, territorio, RSA/CSA, cure primarie)
- integrazione strutturata nei sistemi informativi aziendali
- monitoraggio sistematico dell'applicazione (audit, indicatori, report periodici)
- verifica dell'uniformità applicativa tra distretti e servizi
- consolidamento delle competenze attraverso formazione continua e audit clinici
- eventuale revisione e aggiornamento dei protocolli sulla base dei risultati del monitoraggio

AZIONI 2027

- Avviare ambulatori di Cure Palliative in Ospedale/case della comunità anche per coprire patologie non oncologiche
- introduzione del NECPAL per l'identificazione precoce dei bisogni in concerto con Cure Primarie MMG Ospedali e diffusione dello strumento -UTILIZZO NECPAL
- Estendere la copertura del bisogno di CP AI CENTRI SERVIZI E ODC
- Formazione al personale Centri Servizi e ODC in collaborazione con L'Ufficio Formazione
- Audit clinici su casi specifici

🎯 Target finale 31/12/2028

Presenza e piena applicazione di protocolli aziendali strutturati e uniformi per la rilevazione precoce dell'eleggibilità alle Cure Palliative per tutte le principali patologie croniche avanzate, con utilizzo sistematico di strumenti standardizzati e integrazione nei percorsi assistenziali aziendali

(sezione da compilare solo da AULSS)

OBIETTIVO	TARGET
<i>Intercettazione precoce e segnalazione del bisogno clinico-assistenziale di Cure Palliative nella popolazione adulta, attraverso la costruzione di una rete organizzativa territoriale su base geografica e il coinvolgimento attivo delle Cure Primarie e dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC).</i>	2028

Definizione KPI

Presenza e applicazione di un modello organizzativo aziendale strutturato per l'intercettazione precoce e la segnalazione del bisogno di Cure Palliative nella popolazione adulta, che preveda:

- **coinvolgimento attivo delle articolazioni territoriali (distretti, COT, ADI, UCPDOM)**
- **partecipazione sistematica dei Medici di Medicina Generale e dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)**
- **definizione di modalità strutturate di segnalazione e attivazione della presa in carico**
- **integrazione nei sistemi informativi aziendali per la tracciabilità del bisogno e delle segnalazioni**

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + documentazione aziendale (modelli organizzativi, procedure, flussi informativi, evidenze applicative)

Indicatore misurabile (comparativo):

(AULSS): (%) distretti con protocollo aziendale attivo per intercettazione precoce dei bisogni= distretti totali ×100

● **Baseline 31/12/2025**

Descrivere lo stato attuale aziendale in relazione alla intercettazione del bisogno di Cure Palliative, indicando:

- modalità attualmente utilizzate per l'identificazione del bisogno (ospedale, territorio, MMG, ADI, altri servizi)
- eventuale coinvolgimento dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)
- livello di strutturazione della rete territoriale (distretti, COT, UCPDOM, servizi sociali)
- modalità di segnalazione e attivazione della presa in carico
- livello di integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e cure primarie
- eventuali strumenti utilizzati per la valutazione multidimensionale del bisogno
- eventuali criticità (es. intercettazione tardiva, scarsa integrazione, assenza di percorsi condivisi, ruolo non strutturato dell'IFoC)

BASELINE:

- **Modalità di segnalazione** :Il bisogno viene identificato e segnalato tramite modulo apposito uguale in tutti i nodi della Rete (Ospedale , Oncologia , Territorio)
- Presa in carico con accesso congiunto a domicilio tra MMG e Medico di Cure Palliative e Infermiere Territoriale, con identificazione dei bisogni e definizione del profilo assistenziale (Cure Palliative di Base, Cure Simultanee, Specialistiche) e formalizzazione e condivisione in UVMD con tutti gli attori della Rete.
- Per i pazienti ricoverati : Le Dimissioni protette e la COT smista le richieste dei pazienti ricoverati verso il setting più appropriato (Hospice , domicilio) spesso dopo consulenza del NCP ;
- Per i MMG : segnalazione avviene attraverso il modulo che viene preso in carico direttamente dall'UOC CP
- **CRITICITA'**
- estendere la possibilità di segnalazione anche agli ambulatori
- Ad oggi non esiste ancora un percorso strutturato dell'IFOC nella rete cure palliative che dovrebbe diventare una delle figure chiave per l'intercettazione

precoce e la segnalazione del bisogno assistenziale dei pazienti candidati a cure palliative

- Non esistono UCPDOM ed equipe multiprofessionali strutturate per l'esiguità del personale medico che non permette di avere equipe stabili e assenza di Infermieri dedicati e altri professionisti (OSS, Fisioterapisti di riferimento per le CP)

● Attività previste entro il 31/12/2026

Indicare le azioni operative per lo sviluppo del modello di intercettazione del bisogno, includendo ad esempio:

- mappatura dei processi attuali di segnalazione del bisogno nei diversi setting
- definizione di un modello organizzativo aziendale su base geografica (distrettuale/sovradistrettuale)
- formalizzazione delle modalità di segnalazione del bisogno di Cure Palliative
- coinvolgimento strutturato delle cure primarie e dell'IFoC
- definizione del ruolo dell'Infermiere di Famiglia o Comunità nell'intercettazione precoce
- integrazione con COT, ADI e UCPDOM
- formazione degli operatori (MMG, IFoC, specialisti, personale territoriale)
- avvio della tracciabilità delle segnalazioni nei sistemi informativi aziendali

AZIONI 2026:

- INTEGRARE NEL DOCUMENTO DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI IN CURE PALLIATIVE LA MODALITÀ DI SEGNALEZIONE DA PARTE DELL' IFOC e degli specialisti ambulatoriali;

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di consolidamento e monitoraggio del modello, includendo ad esempio:

- estensione del modello a tutti i distretti e setting assistenziali
- applicazione sistematica delle modalità di segnalazione del bisogno
- integrazione completa nei sistemi informativi aziendali
- monitoraggio delle segnalazioni e dei tempi di presa in carico
- verifica dell'uniformità applicativa tra territori
- consolidamento del ruolo dell'IFoC nella rete di Cure Palliative
- eventuale revisione del modello organizzativo sulla base dei risultati

- Potenziare la presa in carico di pz non oncologici e pazienti in fase precoce attraverso il potenziamento dell'UOC CP e apertura ambulatori cure palliative
- formalizzazione UCPDOM
- sarà necessario definire protocolli per definire modalità di integrazione con MMG per favorire le "Primary Palliative Care" e segnalazione tempestiva all'UCPDOM per l'ingresso formale nella RLCP.
- Definizione delle aggregazioni funzionali distrettuali come previsto

🎯 Target finale 31/12/2028

Sistema aziendale strutturato, integrato e uniforme per l'intercettazione precoce e la segnalazione del bisogno di Cure Palliative nella popolazione adulta, basato su una rete territoriale organizzata per ambiti geografici, con pieno coinvolgimento delle Cure Primarie e dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, integrazione nei sistemi informativi e tracciabilità dei percorsi di presa in carico.

(sezione da compilare da AULSS + AO + IOV)

OBIETTIVO	TARGET
<i>Identificazione precoce e presa in carico tempestiva dei pazienti oncologici elegibili alle CP: favorire l'integrazione strutturata tra oncologia e rete di Cure Palliative lungo tutto il decorso di malattia e non limitatamente alle fasi terminali o di end of life</i>	2026 e mantenimento

Definizione KPI
<i>Criteri aziendali utilizzati per definire la presa in carico precoce (es. tempo dalla presa in carico al decesso, modalità di attivazione, criteri clinici,...). Descrivere eventuali criticità nella disponibilità dei dati e le azioni previste per il loro superamento</i>

Indicatore misurabile (comparativo):

(AULSS): % distretti con protocollo aziendale/checklist/altro dedicato alla standardizzazione della presa in carico e segnalazione precoce di pazienti oncologici elegibili alle CP attivo/ tot distretti

(AO + IOV): Presenza di un protocollo aziendale/checklist/altro dedicato alla standardizzazione della presa in carico e segnalazione precoce di pazienti oncologici elegibili alle CP

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + flussi informativi aziendali + documentazione aziendale (protocolli, evidenze di integrazione con oncologia, dati di presa in carico)

● Baseline 31/12/2025

Descrivere lo stato attuale della presa in carico dei pazienti oncologici in Cure Palliative, indicando:

- modalità di attivazione della presa in carico (precoce vs terminale/urgente)
- livello di integrazione con i servizi oncologici (es. presenza di percorsi condivisi, consulenze precoci, partecipazione a team multidisciplinari)
- eventuali criteri già utilizzati per l'identificazione precoce dei pazienti eleggibili
- modalità di invio/attivazione (es. richiesta diretta, consulenza, PDTA)
- eventuali criticità (es. attivazione tardiva, assenza di criteri condivisi, difficoltà di tracciabilità dei dati, disomogeneità tra unità operative)

BASELINE

- la presa in carico avviene su segnalazione con strumenti già in atto da parte di MMG, Ospedale e, COT; è definita nel PDTA Cure Palliative in età adulta.
- **INTEGRAZIONE CON ONCOLOGIE**: con la Oncologia esistono incontri multidisciplinari in presenza e modalità telematica e una richiesta diretta di attivazione: può essere attivazione precoce per pazienti ancora in trattamenti chemioterapici palliativi o Urgente su segnalazione diretta per pazienti in fase avanzata e/o con sintomi gravi che necessitano di una presa in carico urgente
- Segnalazione diretta alle CP per pazienti in prima visita e considerati non idonei ad approfondimenti diagnostici e/o trattamenti antitumorali

● Attività previste entro il 31/12/2026

Indicare le azioni aziendali per favorire l'identificazione precoce e la presa in carico tempestiva dei pazienti oncologici in Cure Palliative, specificando modalità organizzative, servizi coinvolti e tempistiche, includendo ad esempio:

- definizione e formalizzazione di criteri aziendali condivisi con i servizi oncologici per l'identificazione precoce
- attivazione di percorsi/protocolli strutturati di invio precoce alle Cure Palliative
- sviluppo di modalità di consulenza precoce (es. consulenze integrate, partecipazione a meeting oncologici/multidisciplinari)
- coinvolgimento delle unità operative oncologiche e dei servizi territoriali
- formazione degli operatori sanitari sull'identificazione precoce e sui criteri di attivazione
- definizione delle modalità di tracciabilità dei dati (es. indicatori, sistemi informativi, flussi dedicati)

Consolidare le attività 2025

- Partecipazione a GOM ORL e gastroenterico per anticipare la presa in carico
- Definire l'attivazione degli Ambulatori di cure simultanee/palliative off therapy
- Attività di monitoraggio delle tempistiche di attivazione delle cp

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di consolidamento e monitoraggio del modello, includendo ad esempio:

- estensione dei percorsi a tutte le unità operative oncologiche e ai diversi setting assistenziali
- monitoraggio sistematico delle tempistiche di presa in carico (es. tempo tra attivazione CP e decesso)
- integrazione dei dati nei sistemi informativi aziendali
- verifica dell'applicazione uniforme dei criteri e dei percorsi tra strutture e servizi
- utilizzo dei dati per audit clinici e miglioramento continuo
- eventuale revisione e aggiornamento dei criteri aziendali sulla base dei risultati

- Consolidamento delle azioni poste nel 2026
- Migliore raccolta e trasmissione dei dati in integrazione con il controllo di gestione e con i sistemi informatici

🎯 Target finale 31/12/2028

Presa in carico precoce e sistematica dei pazienti oncologici in Cure Palliative, secondo criteri aziendali definiti e tracciabili, con integrazione strutturata tra oncologia e rete di Cure Palliative e riduzione del ricorso prevalente alle fasi terminali/end of life

☐ POPOLAZIONE PEDIATRICA – BISOGNO DI CURE PALLIATIVE

(sezione da compilare solo da AULSS e Aziende Ospedaliere)

OBIETTIVO	TARGET
<i>Rilevazione dell'eleggibilità e attivazione della consulenza specialistica di Cure Palliative Pediatriche: sviluppo e implementazione di procedura aziendale formalizzata per la richiesta ed erogazione della consulenza specialistica al Centro di riferimento</i>	2028

regionale, con utilizzo dello strumento ACCAPED per l'identificazione degli assistiti eleggibili	
---	--

Definizione KPI
Presenza di procedura aziendale formalizzata ed evidenza documentale della sua applicazione, inclusa: • adozione dello strumento ACCAPED per l'identificazione degli assistiti eleggibili • tracciabilità delle richieste di consulenza al Centro regionale

Indicatore misurabile (comparativo):

(AULSS): % distretti con protocollo aziendale attivo (utilizzo ACCAPED e modalità di richiesta consulenza) / tot distretti

(AO): Presenza di un protocollo aziendale attivo (utilizzo ACCAPED e modalità di richiesta consulenza)

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + documentazione aziendale (procedura, istruzioni operative, evidenze utilizzo ACCAPED)

● **Baseline 31/12/2025**

Descrivere lo stato attuale aziendale in relazione alla rilevazione dell'eleggibilità e all'attivazione della consulenza specialistica in Cure Palliative Pediatriche, indicando:

- presenza/assenza di una procedura aziendale formalizzata per la richiesta di consulenza CPP
- modalità attualmente utilizzate per l'identificazione dei pazienti eleggibili
- eventuale utilizzo di strumenti strutturati (es. ACCAPED o altri strumenti)
- modalità di attivazione della consulenza specialistica al Centro regionale
- servizi/unità operative coinvolte (es. pediatria, neonatologia, territorio)
- livello di tracciabilità delle richieste di consulenza
- eventuali criticità (es. identificazione non sistematica, mancato utilizzo di strumenti condivisi, difficoltà di accesso o attivazione della consulenza)

- Allo stato attuale, l'AULSS 7 Pedemontana non dispone di una procedura aziendale formalizzata per la richiesta e l'erogazione della consulenza specialistica in Cure Palliative Pediatriche (CPP).
- Identificazione dei pazienti eleggibili. Non sono in uso strumenti strutturati e validati per l'identificazione degli assistiti eleggibili alle CPP. La segnalazione avviene su base clinica discrezionale, mediante discussione collegiale all'interno del team assistenziale, secondo criteri generici di complessità clinica e assistenziale.
- Attivazione della consulenza specialistica. In assenza di un percorso formalizzato, il Centro di Riferimento regionale viene contattato telefonicamente dal clinico referente del caso. Il percorso di presa in carico viene quindi definito sulla base delle indicazioni fornite dal Centro in quella sede.
- Tracciabilità. Non è attivo alcun sistema di registrazione e tracciabilità delle richieste di consulenza inoltrate al Centro regionale.
- Servizi coinvolti. Le unità operative potenzialmente interessate sono la Pediatria e la Neonatologia dei presidi ospedalieri di Bassano del Grappa, Santorso e Asiago, nonché i servizi territoriali distrettuali.

● Attività previste entro il 31/12/2026

Indicare le azioni aziendali per lo sviluppo e l'avvio della procedura, specificando modalità organizzative, servizi coinvolti e tempistiche, includendo ad esempio:

- redazione e approvazione della procedura aziendale per la richiesta/erogazione della consulenza CPP secondo quanto definito dal Percorso Integrato di Cura (PIC) regionale (DDR 140/2019)
- definizione di istruzioni operative per l'utilizzo dello strumento ACCAPED, in accordo con le linee di indirizzo regionali/Centro di riferimento regionale
- individuazione dei servizi e delle unità operative coinvolte
- definizione delle modalità di identificazione dei pazienti eleggibili
- formazione degli operatori sanitari coinvolti sull'utilizzo dello strumento e sulle modalità di attivazione della consulenza
- avvio della tracciabilità delle richieste di consulenza al Centro regionale

- Redazione e approvazione della procedura aziendale per la richiesta/erogazione della consulenza CPP secondo quanto definito dal Percorso Integrato di Cura (PIC) regionale (DDR 140/2019), con individuazione delle UO coinvolte (Pediatria e Neonatologia di Bassano del Grappa, Santorso e Asiago) e delle rispettive responsabilità
- Definizione di istruzioni operative per l'utilizzo dello strumento ACCAPED, in accordo con le linee di indirizzo del Centro di riferimento regionale
- Avvio della formazione degli operatori sanitari sull'utilizzo dello strumento ACCAPED e sulle modalità di attivazione della consulenza specialistica
- Avvio della tracciabilità delle richieste di consulenza verso Hospice Pediatrico PD

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di estensione, consolidamento e monitoraggio dell'applicazione della procedura, includendo ad esempio:

- estensione dell'utilizzo dello strumento ACCAPED a tutte le unità operative, servizi e ambulatori coinvolti
- applicazione sistematica della procedura nei diversi setting assistenziali (ospedaliero e territoriale)
- monitoraggio delle richieste di consulenza e della loro appropriatezza
- integrazione della tracciabilità nei sistemi informativi aziendali
- verifica dell'uniformità applicativa tra servizi
- eventuale revisione e aggiornamento della procedura sulla base dei risultati del monitoraggio

- Estensione dell'utilizzo dello strumento ACCAPED alle UO di Pediatria della ULSS 7, PLS e MMG
- Applicazione sistematica della procedura aziendale di richiesta/erogazione della consulenza CPP presso le pediatrie di Bassano del Grappa, Santorso e Asiago
- Istituzione di un registro aziendale per la tracciabilità delle richieste di consulenza, la valutazione della loro appropriatezza e il monitoraggio dell'esito del percorso

🎯 Target finale 31/12/2028

Procedura aziendale pienamente implementata e applicata, con utilizzo sistematico dello strumento ACCAPED per l'identificazione degli assistiti eleggibili e attivazione strutturata e tracciabile della consulenza specialistica con il Centro di riferimento regionale

(sezione da compilare solo da AULSS e Aziende Ospedaliere)

OBIETTIVO	TARGET
Transizione CPP-CP adulto (14-18 anni): definizione e implementazione del modello regionale per la transizione dei pazienti dalle Cure Palliative Pediatriche ai Servizi di cura dell'età adulta (Reti locali di cure palliative (RLCP) aziendali; Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-DOM), Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Servizi distrettuali, etc.)	2028

Definizione KPI
Recepimento e implementazione del modello regionale per la transizione dei pazienti dalle Cure Palliative Pediatriche ai Servizi di cura dell'età adulta (fascia 14-18 anni), con evidenza documentale della definizione del percorso e della sua applicazione nei diversi setting assistenziali.

Indicatore misurabile (comparativo):
(AULSS + AO): Recepimento del documento regionale

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + documentazione aziendale (procedura/PPDTA di transizione, evidenze applicative, casi tracciati)

● **Baseline 31/12/2025**

Descrivere lo stato attuale aziendale in relazione alla transizione dei pazienti dalle Cure Palliative Pediatriche (CPP) ai Servizi di cura dell'età adulta/Cure Palliative dell'adulto (CP), indicando in modo sintetico:

- presenza/assenza di un percorso aziendale strutturato di transizione CPP-CP adulto
- modalità attualmente utilizzate per la gestione dei pazienti in fascia 14-18 anni
- livello di collaborazione e integrazione tra servizi pediatrici e servizi per adulti
- eventuale presenza di:
 - percorsi condivisi tra area pediatrica e area adulti
 - servizi o modalità organizzative dedicate ai giovani adulti ad alta complessità assistenziale
- modalità di identificazione e gestione dei pazienti in condizione di transizione
- principali criticità (es. assenza di percorso formalizzato, discontinuità assistenziale, difficoltà di coordinamento tra servizi)
- **NON percorso aziendale strutturato di transizione CPP-CP adulto**

● **Attività previste entro il 31/12/2026**

Indicare le azioni che l'Azienda intende realizzare per avviare e strutturare il percorso di transizione CPP-CP adulto, specificando modalità organizzative, servizi coinvolti e tempistiche, includendo ad esempio:

- recepimento del modello/procedura regionale di transizione
- definizione del percorso aziendale di transizione (procedura/PPDTA)

- individuazione dei servizi e delle strutture coinvolte (CPP, CP adulti, ospedale, territorio)
 - definizione delle modalità di identificazione e presa in carico dei pazienti in fascia 14–18 anni
 - definizione delle modalità di coordinamento e comunicazione tra servizi pediatrici e dell'adulto
 - eventuale attivazione o rafforzamento di modelli organizzativi dedicati ai giovani adulti ad alta complessità assistenziale
 - avvio della tracciabilità dei casi di transizione
- Nel documento CPP inserire anche riferimento al PAI inserito nel percorso di presa in carico
 - Verificare le modalità di presa in carico e gestione del paziente 14-18

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di applicazione, consolidamento e monitoraggio del percorso, includendo ad esempio:

- formalizzazione e diffusione operativa del percorso nei diversi setting assistenziali
 - applicazione sistematica del percorso ai pazienti in transizione
 - consolidamento delle modalità di coordinamento tra servizi pediatrici e servizi per adulti
 - eventuale sviluppo o stabilizzazione di servizi/modelli dedicati ai giovani adulti ad alta complessità
 - monitoraggio dei casi di transizione e delle modalità di presa in carico
 - verifica dell'uniformità applicativa tra strutture e servizi
 - eventuale revisione del percorso sulla base delle criticità emerse
- consolidamento delle modalità di coordinamento tra servizi pediatrici e servizi per adulti
 - eventuale revisione del percorso sulla base delle criticità emerse

🎯 Target finale 31/12/2028

Percorso aziendale di transizione CPP–CP adulto pienamente attivo e applicato, in coerenza con il modello regionale, con gestione strutturata e continuativa dei pazienti in fascia 14–18 anni e adeguata risposta ai bisogni dei giovani adulti ad alta complessità assistenziale

□ NODO ADI - UCPDOM

(sezione da compilare solo da AULSS)

OBIETTIVO	TARGET
<i>Continuità assistenziale H24/7 nelle Cure Palliative domiciliari: implementare il primo livello obbligatorio di continuità assistenziale H24/7 attraverso l'attivazione della reperibilità infermieristica e medica e la formalizzazione del modello organizzativo ADI–UCPDOM</i>	2026 (realizzazione e mantenimento dello standard DM 77) e prosecuzione

Definizione KPI 1

Attivazione della reperibilità infermieristica notturna (fascia 21:00–7:00), almeno in modalità telefonica, anche su base sovradistrettuale, garantita da personale ADI con competenze in Cure Palliative e integrata funzionalmente con le UCP-DOM

Indicatore misurabile (comparativo):
(AULSS)

- % distretti coperti da reperibilità infermieristica notturna (21–7)
- % distretti con integrazione ADI–UCPDOM formalizzata (procedura + flusso operativo)

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure

● Baseline 31/12/2025

Descrivere l'assetto attuale delle UCP-DOM, indicando:

- Presenza/assenza di reperibilità infermieristica notturna (21:00–7:00);
- eventuale attivazione parziale o non strutturata;
- livello di integrazione ADI–UCPDOM

BASELINE:

- presenza di 1 NCP (3 medici + Direttore) che lavorano nei 2 Distretti , non esistono UCP-DOM strutturate per il numero di professionisti attuali
- n° 3 Infermieri (dedicati alla programmazione degli accessi)
- Non attiva la reperibilità infermieristica
- integrazione operativa dell'ADI Infermieristica che gestisce i pz in cure palliative con il NCP non è attualmente formalizzata in un documento formalizzato che definisca l'integrazione funzionale

● Attività previste entro il 31/12/2026

Indicare le azioni per la strutturazione del modello, includendo ad esempio:

- Attivazione della reperibilità infermieristica notturna (anche telefonica)
- Estensione almeno a livello distrettuale/sovradistrettuale
- Integrazione con assetto ADI - UCPDOM

- Definizione e formalizzazione dell'integrazione funzionale ADI-NCP
- Analisi condivisa tra Cure Primarie e Direzione delle Professioni Sanitarie della fattibilità e regolamentazione di una reperibilità infermieristica integrata con reperibilità medica
- aggiornamento del modello assistenziale e individuazione di infermiere case manager

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di consolidamento, includendo ad esempio:

- Consolidamento del servizio su tutto il territorio aziendale
- Monitoraggio della copertura per distretto/ sovradistrettuale
- Eventuale estensione della modalità operativa (es. da telefonica a presenza dove necessari)
- Strutturazione di almeno 2 UCP-Dom (1 per Distretto 1 e 1 per distretto 2
- Adeguamento al DM 77 con le UCPDOM previste : 1 UCPDOM ogni 100000 abitanti.
- consolidamento del modello definito nel 2026 e monitoraggio

🎯 Target finale 31/12/2028

Reperibilità infermieristica notturna attiva, uniforme e stabilmente garantita su tutto il territorio aziendale, integrata con le UCP-DOM e monitorata per livello di copertura distrettuale

Definizione KPI 2
<i>Attivazione della reperibilità medica telefonica per le Cure Palliative domiciliari, organizzata a livello distrettuale o sovradistrettuale secondo il modello aziendale</i>

Indicatore misurabile (comparativo):

(AULSS): % distretti coperti da reperibilità medica telefonica / tot distretti

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure

🟡 Baseline 31/12/2025

Descrivere l'assetto attuale delle UCP-DOM, indicando:

- Presenza/assenza di reperibilità medica telefonica per CP domiciliari;
 - eventuale copertura disomogenea tra distretti;
 - livello di integrazione ADI-UCPDOM
- Assenza reperibilità medica con risorse attuali e assenza di infermieri dedicati (3 palliativisti+ Direttore)
 - Il livello di integrazione tra UCPDOM e ADI attraverso la Centrale ADI è occasionale e non strutturata
 - Manca documento che definisca l'integrazione funzionale Cure Primarie UCPDOM

🟢 Attività previste entro il 31/12/2026

Indicare le azioni per la strutturazione del modello, includendo ad esempio:

- Attivazione della reperibilità medica telefonica per CP domiciliari
 - Estensione almeno a livello distrettuale/sovradistrettuale
 - Integrazione con assetto ADI - UCPDOM
- Procedura integrazione ADI -UPC DOM
 - Sarà valutata la fattibilità in base alle risorse mediche e all'integrazione con la reperibilità ADI con Infermieri dedicati /vocati alle CP
 - Monitoraggio delle attività

🟢 Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di consolidamento, includendo ad esempio:

- Consolidamento del servizio su tutto il territorio aziendale
- Monitoraggio della corretta implementazione
- Consolidamento della tracciabilità degli interventi
- Eventuale revisione/ottimizzazione del modello

- consolidamento della procedura di integrazione ADI e UCPDOM a livello aziendale
- Monitoraggio della corretta implementazione

🎯 Target finale 31/12/2028

Reperibilità medica telefonica per le Cure Palliative domiciliari pienamente attiva, uniforme e stabilmente garantita su tutto il territorio aziendale

(sezione da compilare solo da AULSS)

OBIETTIVO	TARGET
<i>Rafforzare e rendere omogenea la rete delle UCPDOM, garantendo l'allineamento allo standard del DM 77 in termini di dotazione, multiprofessionalità e capacità di risposta ai bisogni assistenziali</i>	2026 (realizzazione e mantenimento dello standard DM 77) e prosecuzione

Definizione KPI
<i>Presenza di UCPDOM aziendali coerenti con lo standard del DM 77 (≈1 équipe ogni 100.000 abitanti), dotate di assetto multiprofessionale stabile e con definizione di criteri di attivazione e volumi di attività in relazione ai livelli di complessità assistenziale.</i>

Indicatore misurabile (comparativo):

AULSS: Copertura standard UCPDOM = (n. équipe UCPDOM attive) / (popolazione/100.000) × 100

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + flussi aziendali (attività UCP-DOM, dotazione équipe, volumi di attività)

🟡 Baseline 31/12/2025

Descrivere l'assetto attuale delle UCP-DOM, indicando:

- numero di équipe attive (pubbliche e private accreditate) in rapporto alla popolazione
 - livello di allineamento allo standard DM 77
 - composizione multiprofessionale delle équipe (medici, infermieri, psicologi, altre figure)
 - distribuzione territoriale (eventuali disomogeneità tra distretti)
 - volumi di attività e capacità di risposta ai bisogni assistenziali
 - eventuali criticità (es. carenza di personale, copertura non uniforme, difficoltà di attivazione)
- AD OGGI: attiva 1 équipe pubblica condivisa nei 2 Distretti su popolazione di circa 361000 abitanti, nel Distretto 1 popolazione over 18 : 150000 ; Nel Distretto 2 153000 (3 Medici Palliativisti +Direttore)
 - Le équipe sono costituite da: Medici palliativisti AULLS, MMG , Infermieri ADI e Psicologo del'UOCCP ma non sono strutturate (non allineata al DM 77)
 - nel 2025 sono stati presi in carico circa 530 pazienti e presi in carico tutti i segnalati

🟢 Attività previste entro il 31/12/2026

Indicare le azioni di rafforzamento e riallineamento, includendo ad esempio:

- definizione di un piano aziendale di sviluppo delle UCP-DOM in relazione allo standard DM 77
- potenziamento e stabilizzazione delle équipe multiprofessionali
- eventuale attivazione di nuove équipe in relazione ai fabbisogni
- definizione dei criteri di attivazione e dei livelli di complessità assistenziale
- miglioramento della distribuzione territoriale
- avvio del monitoraggio dei volumi di attività

Revisione del piano potenziamento aziendale per allineamento agli standard , consolidamento delle équipe multiprofessionali con personale infermieristico dedicato individuato all'interno delle équipe dell'ADI stabilizzazione delle équipe multiprofessionali

- Definizione del piano di potenziamento aziendale
- Formazione
- Monitoraggio

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di consolidamento, includendo ad esempio:

- riequilibrio territoriale e copertura uniforme tra distretti
- monitoraggio sistematico dei volumi di attività e della capacità di risposta
- verifica dell'aderenza allo standard DM 77
- eventuale adeguamento degli assetti organizzativi
- consolidamento della multiprofessionalità delle équipe
- strutturazione di almeno 2 UCPDOM (1 per distretto)
- adeguamento al DM 77 (1 UCPDOM ogni 100.000 ab)
- consolidamento del modello
- Monitoraggio sistematico dei volumi di attività e della capacità di risposta

🎯 Target finale 31/12/2028

Assetto delle UCP-DOM coerente con lo standard DM 77, con équipe multiprofessionali stabili, distribuzione territoriale equilibrata e capacità di risposta adeguata ai bisogni assistenziali

📋 FUNZIONI DI CASE MANAGEMENT IN CP E CPP

(sezione da compilare solo da AULSS)

OBIETTIVO	TARGET
<i>Presenza del ruolo di Case Manager in Cure Palliative (CP e CPP), in coerenza con le indicazioni regionali, con definizione di funzioni, ambiti operativi e integrazione nei PIC e nelle reti locali e regionali di CP e CPP</i>	2026 e mantenimento

Definizione KPI 1

Presenza e recepimento negli atti organizzativi aziendali del ruolo di Case Manager in Cure Palliative dell'adulto, in coerenza con le indicazioni regionali, con definizione di funzioni, ambiti operativi e integrazione nei PIC

Indicatore misurabile (comparativo):

(AULSS): $\% \text{ UCPDOM con Case Manager assegnato} = \frac{\text{UCPDOM con CM nominato}}{\text{UCPDOM totali}} \times 100$

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + documentazione aziendale

● **Baseline 31/12/2025**

Descrivere lo stato attuale, indicando:

- N. case manager dell'adulto attivi

- Non è presente la funzione di case manager nell'UOC CP

● **Attività previste entro il 31/12/2026**

Indicare:

- Modalità di recepimento del documento regionale "Funzioni di case management nelle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP/UCP-DOM)"
- Formalizzazione del ruolo del case manager
- Definizione funzioni e responsabilità
- Integrazione nei PIC
- N. case manager dell'adulto attivi per UCPDOM

- Definizione funzioni e responsabilità , inserimento in mappatura incarichi

● **Attività previste entro il 31/12/2027**

Descrivere le azioni di consolidamento, includendo ad esempio:

- Consolidamento del ruolo nelle strutture aziendali
- N. case manager dell'adulto attivi per UCPDOM

- Integrare figura del Case manager nell'UOCCP

🎯 **Target finale 31/12/2028**

Ruolo di Case Manager formalmente istituzionalizzato e integrato nei PIC in tutte le Aziende con ruolo nella presa in carico condivisa e nella continuità assistenziale nei passaggi di setting, compreso transizione CPP-CP. Almeno n. 1 case manager dell'adulto attivo per UCPDOM

(sezione da compilare solo da AULSS e Aziende Ospedaliere)

Definizione KPI 2

Presenza e recepimento negli atti organizzativi aziendali del ruolo di Case Manager in Cure Palliative Pediatriche, in coerenza con le indicazioni regionali, con definizione di funzioni, ambiti operativi e integrazione nei PIC

Indicatore misurabile (comparativo):

(AULSS + AO): CM CPP nominato

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + documentazione aziendale

● Baseline 31/12/2025

Descrivere lo stato attuale, indicando:

- Presenza/assenza case manager pediatrico

- Non è presente la funzione di case manager pediatrico nell'UOC CP

● Attività previste entro il 31/12/2026

- Indicare nomina case manager pediatrico in caso di assenza
- nomina del case manager pediatrico

● Attività previste entro il 31/12/2027

Recepimento del documento regionale relativo alle funzioni di case management nella Rete di Cure Palliative pediatriche

🎯 Target finale 31/12/2028

Ruolo di Case Manager CPP formalmente istituzionalizzato e attivo in tutte le Aziende con ruolo nella presa in carico condivisa e nella continuità assistenziale nei passaggi di setting, compreso transizione CPP-CP. Almeno n. 1 case manager per Azienda.

□ SETTING AMBULATORIALE E OSPEDALIERO

(sezione da compilare da AULSS + AO + IOV)

OBIETTIVO	TARGET
<i>Consolidare e standardizzare l'offerta di Cure Palliative nei setting ambulatoriale e ospedaliero, garantendo modalità operative chiare di consulenza e presa in carico e il raccordo con la rete territoriale in particolare nelle dimissioni protette in raccordo con la rete domiciliare COT – ADI - UCPDOM</i>	2028

Definizione KPI

Presenza e applicazione di un modello aziendale strutturato per le Cure Palliative nei setting ambulatoriale e ospedaliero, che preveda:

- **definizione di funzioni, criteri di accesso e integrazione degli ambulatori nella rete locale di Cure Palliative**
- **modalità di consulenza ospedaliera formalizzata**
- **raccordo sistematico con i percorsi di dimissione protetta, le UCPDOM e le Centrali Operative Territoriali (COT)**
- **per i pazienti pediatrici: raccordo con il Centro regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche**

Indicatore misurabile (comparativo):

(AULSS): n. distretti con un ambulatorio dedicato alle Cure Palliative/ tot distretti (%)

(AO + IOV): Servizio di consulenza di cure palliative e supporto nelle dimissioni protette (sì/no)

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + documentazione aziendale

● **Baseline 31/12/2025**

Descrivere lo stato attuale, indicando:

- presenza e ruolo delle équipe ospedaliere e degli ambulatori territoriali
- modalità di attivazione della consulenza (chi, come, quando, dove)
- livello di formalizzazione dei percorsi
- modalità di raccordo con UCP-DOM e COT, in particolare nelle dimissioni protette
- per i pazienti pediatrici: modalità di raccordo con il Centro regionale
- eventuali criticità (es. attivazione non strutturata, tempi incerti, disomogeneità tra presidi)

- Al momento non presente équipe ospedaliera
- il NCP effettua consulenze ospedaliere su richiesta dei Reparti tramite gli applicativi ospedalieri (MED TRACK e Galileo)
- esiste procedura di attivazione dimissioni protette e COT con attivazione delle cure palliative
- non ancora attivati Ambulatori di CP
- Le modalità di segnalazione alle Cure palliative(CP) tra i 2 presidi ospedalieri sono analoghe. Per pazienti in ricovero ospedaliero: consulenza agli specialisti Oncologi che attestano il fine cure/la non idoneità ad un percorso diagnostico o a cure oncologiche fornendo l'indicazione alla presa in carico delle CP. Per pazienti in ricovero DH oncologico o in follow up segnalazione alla centrale operativa territoriale (tramite modulo previsto) del fine cura. A Santorso consulenza in trackare, a Bassano Galileo.
- A Santorso discussione dei casi clinici con i Medici Palliativisti al Martedì mattina.
- A Bassano meet specialisti Ospedalieri, oncologo e Palliativisti per discussione casi clinici idonei al Martedì ore 8.15

● **Attività previste entro il 31/12/2026**

Indicare le azioni per la strutturazione del modello, includendo ad esempio:

- definizione delle funzioni e dei criteri di accesso degli ambulatori
- formalizzazione delle modalità di consulenza ospedaliera
- definizione dei tempi di risposta della consulenza

- strutturazione del raccordo con UCP-DOM e COT per la dimissione protetta
- per i pazienti pediatrici: definizione del raccordo con il Centro regionale
- Per i pazienti Oncologici la consulenza deve essere espletata, salvo problemi intercorrenti, entro le 24 h da parte degli Oncologi .
- In definizione l'attivazione degli Ambulatori di Cure palliative/out therapy/simultanee con documentazione prevista per le modalità di accesso e rendicontazione attraverso i sistemi informatici
- Condivisione con DMO , DS e Servizi Informatici per l'avvio degli Ambulatori (refertazione nei sistemi operativi, ricetta elettronica , inserimento in FSE)

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di consolidamento, includendo ad esempio:

- applicazione uniforme del modello nei diversi presidi
- monitoraggio dei tempi di risposta della consulenza
- monitoraggio delle attivazioni e dei passaggi ospedale-territorio
- verifica dell'integrazione con UCP-DOM e COT
- eventuale revisione del modello organizzativo

🎯 Target finale 31/12/2028

Modello aziendale di Cure Palliative nei setting ambulatoriale e ospedaliero pienamente operativo, con funzioni definite, modalità di attivazione chiare, tempi di risposta definiti e tracciabili e integrazione sistematica con UCP-DOM e COT, garantendo continuità assistenziale e presa in carico territoriale

(sezione da compilare solamente da AULSS)

OBIETTIVO	TARGET
Garantire l'accesso alle Cure Palliative nei Centri Servizi per Anziani (CSA), attraverso il potenziamento dell'attività di consulenza specialistica delle Unità di Cure Palliative.	2028

Definizione KPI
Presenza e applicazione di un modello aziendale strutturato per l'erogazione delle Cure Palliative nei CSA, che preveda: • attivazione sistematica della consulenza specialistica da parte delle Unità di Cure Palliative • definizione di modalità strutturate di richiesta e risposta alla consulenza nei CSA • integrazione funzionale tra CSA, UCP-DOM, servizi territoriali e RLCP • tracciabilità delle consulenze

Indicatore misurabile (comparativo):

- **% CSA con modello CP attivo** = CSA con (modalità richiesta/risposta + consulenze tracciate + piano formativo CSA attivo) / CSA totali × 100

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + documentazione aziendale (procedure, programmi formativi, report attività, evidenze di consulenza)

● **Baseline 31/12/2025**

Descrivere lo stato attuale aziendale in relazione all'accesso alle Cure Palliative nei CSA, indicando:

- presenza e modalità di attivazione della consulenza specialistica nei CSA
- frequenza e tipologia delle consulenze (programmate vs occasionali)
- livello di integrazione tra CSA e rete di Cure Palliative (UCP-DOM, distretti, COT)
- livello di competenze del personale sulle Cure Palliative
- eventuali accordi o protocolli formalizzati con i CSA
- principali criticità (es. accesso non sistematico, formazione non strutturata, disomogeneità tra strutture)

- Attivazione occasionale della consulenza tramite scheda aziendale o richiesta diretta al NCP di discussione di casi complessi -
- Viene gestito dal medico della Struttura con il supporto del Medico palliativista
- assenza di protocolli formalizzati con CSA
- effettuate attività formative su terapia del dolore e alfabetizzazione sulle cure palliative (2024 e 2025)
- Mancanza di accesso delle CSA ad applicativi con cui richiedere consulenza che però viene richiesta con la scheda di segnalazione
- Necessità di continuare con percorsi formativi condivisi per uniformare il linguaggio, per applicare l'approccio palliativo e supportare il personale della Strutture.

● **Attività previste entro il 31/12/2026**

Indicare le azioni per la strutturazione del modello, includendo ad esempio:

- mappatura dei CSA presenti nel territorio aziendale
- definizione e formalizzazione delle modalità di consulenza specialistica nei CSA
- attivazione di percorsi strutturati di richiesta consulenza (anche tramite COT)
- coinvolgimento delle UCP-DOM e dei servizi territoriali
- raccordo con il coordinamento della RLCP per programmi e modalità condivise
- avvio della tracciabilità delle consulenze

Siamo in attesa della convocazione dei tavoli di lavoro per la formulazione di una procedura regionale di consulenza nei CSA.

- Creazione di un modello di segnalazione CSA e di rendicontazione dell'attività svolta
- proseguire l'attività di Formazione

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di consolidamento, includendo ad esempio:

- estensione uniforme del modello a tutti i CSA del territorio
- applicazione sistematica della consulenza specialistica
- monitoraggio delle attività di consulenza
- verifica dell'uniformità applicativa tra CSA
- integrazione nei sistemi informativi aziendali
- eventuale revisione del modello sulla base dei risultati
- integrazione nei sistemi informativi aziendali della richiesta di consulenza

🎯 Target finale 31/12/2028

Accesso alle Cure Palliative nei CSA garantito in modo uniforme e strutturato su tutto il territorio aziendale, con consulenza specialistica sistematica da parte delle Unità di Cure Palliative e piena integrazione dei CSA nella Rete Locale di Cure Palliative.

□ HOSPICE

(sezione da compilare solo da AULSS e IOV per Hospice dell'adulto; AOUPD per Hospice pediatrico)

OBIETTIVO	TARGET
<i>Rafforzare il ruolo dell'hospice come nodo della rete di Cure Palliative, attraverso l'analisi, il monitoraggio e lo sviluppo continuo del suo funzionamento, in relazione ai bisogni assistenziali, all'integrazione con la rete e alla qualità e umanizzazione delle cure</i>	2028

Definizione KPI
<i>Avvio e progressiva strutturazione, a livello aziendale, di un'analisi sistematica dell'assetto e dell'attività hospice, finalizzata a valutare adeguatezza dell'offerta, modalità di funzionamento e integrazione nella rete di Cure Palliative, attraverso l'utilizzo di dati di attività, indicatori e momenti di confronto multiprofessionale</i>

Indicatore misurabile (comparativo):

(AULSS/IOV/AOUPD): % hospice con audit/analisi strutturata svolta = hospice con audit programmato+report indicatori / hospice totali ×100

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + documentazione aziendale

● Baseline 31/12/2025

Descrivere in modo strutturato l'assetto e il funzionamento degli hospice aziendali, includendo:

- censimento degli hospice presenti (pubblici, privati accreditati, eventuali posti letto in altri setting es. CSA/ospedale)
- ruolo degli hospice nella RLCP e modalità di integrazione con UCP-DOM, ospedale e territorio
- analisi dei principali dati di attività (ricoveri, tempi di attesa, durata della degenza, tassi di occupazione, rotazione, turn-over)
- disponibilità e composizione dell'équipe multiprofessionale (medici, infermieri, psicologi e altre figure coinvolte)
- presenza di supporto psicologico per pazienti e familiari
- eventuali ulteriori interventi a supporto della qualità di vita (es. attività espressive, musicoterapia, ecc.)
- condizioni organizzative e spazi dedicati (es. aree per colloqui, spazi per familiari, spazi per operatori)
- prima valutazione dell'adeguatezza dell'offerta e del funzionamento rispetto ai bisogni assistenziali

- In AULSS 7 ci sono 3 Hospice : 2 convenzionati : Bassano presso Casa Gerosa 10 PL Thiene presso OIC 9 PL e Asiago 3 posti intraospedalieri a gestione diretta .(totale 22 PL)
- Avvengono ricoveri nel fine vita e occasionalmente ricoveri di sollievo, vi è comunque una stretta integrazione con le UCPDOM
- Il personale che opera nelle strutture è costituito da: Medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, psicologi, coordinatore infermieristico
- Sono presenti all'interno delle strutture spazi dedicati ai familiari per colloqui, cucina per preparazione di pasti,
- La gestione del personale è a carico delle Strutture ma le transizioni, verifica dell'appropriatezza delle richieste vengono gestite dal'UOCCP che effettua anche periodiche supervisioni ;
- Sono integrati nella RLCP ; nel 2025 sono stati accolti 120 pz a Bassano , 136 a Thiene 27 ad Asiago ; giornate ricovero 3908 a Bassano, 3198 a Thiene ,542 ad Asiago
- TASSI DI OCCUPAZIONE NEL 2025: Bassano 88,60%; THIENE 79,12% ASIAGO 58,41%
- c'è la presenza dello Psicologo
- A Thiene si effettuano settimanalmente riunioni di equipe e discussione di casi con la presenza del Palliativista

● Attività previste entro il 31/12/2026

Indicare le azioni per la comprensione del funzionamento dell'hospice, includendo ad esempio:

- analisi dei dati di attività e degli indicatori aziendali al momento disponibili
- avvio di momenti di confronto multiprofessionale (audit/riunioni di équipe)
- prima individuazione di ambiti di sviluppo organizzativo, clinico e relazionale

- Prosecuzione della supervisione e coinvolgimento del personale ad attività formative sulle cure palliative
- Analisi dati con cdg
- Incontri periodici anche con Coordinatori e Responsabili degli altri Hospice (Bassano e Asiago)

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di sviluppo, includendo ad esempio:

- evoluzione delle modalità di integrazione con la rete (UCP-DOM, ospedale, domicilio)
- rafforzamento della presa in carico multidimensionale e dell'utilizzo del PAI
- attivazione di programmi di formazione, aggiornamento e approfondimento per il personale
- sviluppo di iniziative a supporto del benessere degli operatori (es. momenti di confronto, spazi dedicati)
- attivazione di programmi di formazione, aggiornamento e approfondimento per il personale
- sviluppo di iniziative a supporto del benessere degli operatori (es. momenti di confronto, spazi dedicati)

🎯 Target finale 31/12/2028

Funzionamento dell'hospice pienamente integrato nella rete di Cure Palliative, con presa in carico multidimensionale e personalizzata, condivisa con paziente e famiglia gestione strutturata dei percorsi assistenziali, inclusi i momenti di fine vita supporto psicologico e attenzione ai bisogni relazionali e familiari attenzione al benessere degli operatori e presenza di contesti organizzativi adeguati valutazione della qualità percepita e sviluppo continuo delle pratiche assistenziali comunicazione chiara e progressiva, e rispetto dei principi della Legge 219/2017 (consenso informato e pianificazione condivisa delle cure).

□ FORMAZIONE

OBIETTIVO	TARGET
<i>Sviluppare e consolidare un sistema formativo aziendale in Cure Palliative, orientato alla diffusione delle competenze di base, allo sviluppo di competenze specialistiche e alla loro applicazione e valorizzazione nei percorsi assistenziali e organizzativi</i>	2028

(sezione da compilare da AULSS + AO + IOV)

Definizione KPI 1
Presenza e attuazione di un piano formativo aziendale in Cure Palliative (CP-Terapia del Dolore), coerente con gli indirizzi regionali, finalizzato a: • diffondere competenze di base (alfabetizzazione) tra tutti i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali; • promuovere e sostenere attivamente la partecipazione del personale a percorsi di formazione specialistica (master, corsi avanzati, alta formazione, convegni/congressi, ...);

- sviluppare progettualità formative aziendali e interaziendali come investimento strategico sulle competenze;
- garantire l'applicazione concreta delle competenze nei processi assistenziali e organizzativi e il loro riconoscimento all'interno del sistema aziendale;

(sezione da compilare solamente da AULSS)

Definizione KPI 2
Presenza e attuazione di un piano formativo aziendale in Cure Palliative (CP–Terapia del Dolore), coerente con gli indirizzi regionali, finalizzato allo sviluppo di programmi formativi specifici per il personale dei Centri Servizi per Anziani (CSA), con prioritaria attenzione alle Cure Palliative, in raccordo con il coordinamento della RLCP.

Indicatore misurabile (comparativo):

(AULSS + AO+ IOV): % professionisti target formati (base) = $\text{formati base} / \text{target base} \times 100$

(AULSS): % CSA che ha avviato formazione = $\text{CSA che ha avviato formazione} / \text{tot CSA} \times 100$

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + documentazione aziendale (piani formativi, report attività, dati di partecipazione, atti di riconoscimento competenze, ..)

● **Baseline 31/12/2025**

Descrivere lo stato attuale della formazione in Cure Palliative, indicando:

- iniziative formative attive e loro distribuzione tra formazione di base e specialistica
- livello di diffusione delle conoscenze di base tra i professionisti (ospedale, territorio, CSA, cure primarie)
- presenza di percorsi di formazione specialistica (master, corsi avanzati, ecc.)
- modalità di integrazione tra formazione e organizzazione aziendale
- livello di partecipazione del personale e eventuali ostacoli organizzativi
- livello di riconoscimento delle competenze acquisite (es. incarichi, ruoli, funzioni)
- eventuali criticità (es. frammentazione, prevalenza contenuti clinici, difficoltà di accesso ai percorsi formativi, mancato riconoscimento delle competenze)
- presenza di attività formative rivolte al personale dei CSA e livello di copertura

- Sono stati effettuati corsi di formazione sia per MMG, sia nei CSA sulle cure palliative organizzate dall'UOC CP in concerto con le Cure Primarie
- da 2 anni è in corso una formazione sul campo per Infermieri ADI/Hospice per l'alfabetizzazione delle cure palliative organizzate e condotte dall'UOCCP con riconoscimento ECM
- nel 2025 :” Formazione sul campo per Infermieri ADI:” Focus su casi clinici in carico alle cure palliative, condivisione, bisogni, problematiche cliniche e relazionali tra UOCCP e ADI “con crediti ECM .

● **Attività previste entro il 31/12/2026**

Indicare le azioni per lo sviluppo del sistema formativo, includendo ad esempio:

- definizione di un piano formativo aziendale coerente con gli indirizzi regionali
- attivazione di iniziative di formazione di base/alfabetizzazione rivolte ai diversi setting assistenziali

- integrazione dei contenuti relativi a Cure Palliative, terapia del dolore e umanizzazione delle cure (L. 38/2010 e L. 219/2017)
- adozione di misure organizzative che facilitino la partecipazione del personale (es. programmazione, coperture, riconoscimento delle ore formative)
- raccordo tra servizi formazione e servizi del personale
- definizione e avvio di programmi formativi periodici rivolti al personale dei Centri Servizi per Anziani (CSA), con focus sulle Cure Palliative, in raccordo con il coordinamento della RLCP

- nel 2026 Formazione sul campo : elementi base cure palliative: sintomi, terapie aspetti di relazione ed elementi di bioetica, lavoro in equipe con 10 Crediti ECM
- Ottobre : Formazione per Hospice Asiago : “aggiornamenti in CP “
- Continuare la formazione sul campo per Infermieri ADI ed eventuali infermieri dedicati a CP
- rafforzare la formazione all'interno della RLCP con il supporto dell'Ufficio Formazione

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di sviluppo, includendo ad esempio:

- promozione e sostegno a percorsi di formazione specialistica (master, corsi avanzati, alta formazione), anche attraverso progetti aziendali o interaziendali
- sviluppo di iniziative di formazione sul campo (affiancamento, audit, confronto multiprofessionale)
- applicazione delle competenze nei percorsi assistenziali e organizzativi
- avvio di modalità di riconoscimento delle competenze acquisite (es. incarichi di funzione, ruoli specifici)
- consolidamento e monitoraggio dei programmi formativi periodici rivolti al personale dei CSA

🎯 Target finale 31/12/2028

Sistema formativo aziendale strutturato, continuo e sostenuto, orientato alla diffusione delle competenze di base nei diversi setting assistenziali, inclusi i Centri Servizi per Anziani (CSA), con presenza e mantenimento di competenze specialistiche dedicate. Il sistema garantisce un sostegno stabile alla formazione avanzata quale leva di sviluppo professionale, promuove l'applicazione concreta delle competenze nei processi di presa in carico e nell'organizzazione dei servizi, assicura il riconoscimento e la valorizzazione delle professionalità all'interno dell'organizzazione e contribuisce al miglioramento della qualità assistenziale e della risposta ai bisogni dei pazienti e delle famiglie.

(sezione da compilare da AULSS e AO)

OBIETTIVO	TARGET
Sviluppo e implementazione del registro relativo alla formazione regionale: “LA RETE REGIONALE DI TERAPIA DEL	2028

DOLORE E CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE Implementazione del Percorso Integrato di Cura nelle Aziende Sanitarie del Veneto

Definizione KPI

Presenza e utilizzo del registro aziendale relativo alla formazione regionale: “LA RETE REGIONALE DI TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE Implementazione del Percorso Integrato di Cura nelle Aziende Sanitarie del Veneto”, integrato con i servizi aziendali della formazione e del personale, che consenta la tracciabilità del personale eleggibile e della partecipazione alle edizioni formative (aziendali e regionali), nonché il monitoraggio della copertura formativa rispetto agli standard previsti per ciascun ambito professionale.

Indicatore misurabile (comparativo):

(AULSS + AO):

- almeno il 90% del personale pediatrico ospedaliero formato
- almeno il 10% delle altre categorie professionali coinvolte

Fonte Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + registro aziendale formazione TD/CPP + sistemi aziendali formazione/personale + documentazione edizioni formative

● Baseline 31/12/2025

Descrivere lo stato attuale indicando:

- numero di edizioni formative aziendali realizzate nel 2024 e 2025
- numero complessivo di operatori formati (per ambito, se disponibile)
- numero di istruttori formati e numero di istruttori effettivamente attivi (specificare n edizioni a cui hanno partecipato)
- strategie adottate per favorire la partecipazione del personale (es. organizzazione turni, coinvolgimento MMG/PLS, utilizzo continuità assistenziale/guardia medica, ecc.)
- eventuale accreditamento ECM delle attività formative
- modalità di programmazione e diffusione delle edizioni formative
- modalità attualmente utilizzate per la raccolta e gestione dei dati formativi (registro o altri strumenti)
- livello di integrazione con i sistemi aziendali della formazione e del personale
- eventuali criticità (es. bassa partecipazione, sottoutilizzo degli istruttori, difficoltà di tracciamento dei dati, discontinuità delle edizioni formative)
- identificazione completa del personale eleggibile per ambito (ospedaliero, territoriale, prenatale)
- Coinvolgimento di un n° maggiore di specialisti (non pediatri) all'interno del percorso formativo

● Attività previste entro il 31/12/2026

Indicare le azioni aziendali per lo sviluppo e l'avvio del registro della formazione TD/CPP, includendo:

- definizione e attivazione del registro aziendale TD/CPP
- identificazione completa del personale eleggibile per ambito (ospedaliero, territoriale, prenatale)

- avvio della tracciabilità delle edizioni formative
- inserimento dei dati di partecipazione del personale
- prima misurazione della copertura formativa per categoria professionale
- definizione e programmazione del numero di edizioni formative previste per l'anno 2026, in relazione al fabbisogno formativo aziendale
- definizione e attivazione del registro aziendale TD/CPP

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di consolidamento e utilizzo del registro aziendale della formazione TD/CPP, includendo:

- aggiornamento continuo e sistematico del registro aziendale
- integrazione del registro con i sistemi aziendali della formazione e del personale
- monitoraggio sistematico della copertura formativa per ciascun ambito professionale
- utilizzo dei dati del registro per la programmazione e il riequilibrio dell'offerta formativa
- verifica del grado di realizzazione delle edizioni formative programmate
- progressivo avvicinamento agli standard regionali di copertura formativa, con particolare riferimento a:
- almeno il 90% del personale pediatrico ospedaliero formato
- almeno il 10% delle altre categorie professionali coinvolte

🎯 Target finale 31/12/2028

Registro aziendale della formazione TD/CPP pienamente implementato e integrato con i sistemi aziendali, con tracciabilità completa del personale eleggibile e delle edizioni formative e raggiungimento della copertura formativa prevista per ciascun ambito professionale secondo gli standard regionali (90% personale pediatrico ospedaliero; 10% altre categorie)

📄 UMANIZZAZIONE / Legge n.219/2017

(sezione da compilare da AULSS + AO + IOV)

OBIETTIVO	TARGET
PAZIENTI ADULTI - Promuovere l'umanizzazione delle cure e il coinvolgimento attivo della persona assistita nei percorsi di Cure Palliative, attraverso la costruzione e diffusione di percorsi strutturati per l'applicazione della L. 219/2017 (consenso informato, pianificazione condivisa delle cure, DAT)	2028

Definizione KPI
Presenza e applicazione di percorsi aziendali e territoriali strutturati per la raccolta, documentazione, registrazione e deposito del consenso informato, della pianificazione condivisa delle cure e delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), nei diversi setting assistenziali (ospedaliero, domiciliare, ambulatoriale e territoriale), inclusi i Centri Servizi per Anziani (CSA), con individuazione e formazione del personale

coinvolto (inclusi i Medici di Medicina Generale) e sviluppo della conoscenza e competenza operativa sui percorsi locali, con evidenza del coinvolgimento attivo della persona assistita.

Indicatore misurabile (comparativo):

AULSS:

% distretti con procedura aziendale operativa (consenso/PCC/DAT) / totali distretti ×100

Presenza sportello DAT (Sì/no)

% CSA con procedura aziendale operativa (consenso/PCC/DAT) / totali CSA ×100

AO+IOV:

Presenza procedura operativa (Sì/no)

Presenza sportello DAT (Sì/no)

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + documentazione aziendale (procedure, percorsi DAT, moduli, cartella clinica, evidenze di pianificazione condivisa, sistemi di registrazione, attività formative)

Baseline 31/12/2025

Descrivere lo stato attuale aziendale in relazione all'applicazione della L. 219/2017, indicando:

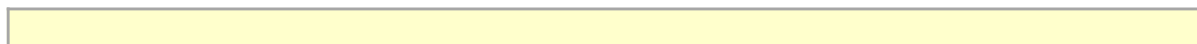
- presenza di procedure e percorsi per consenso informato, pianificazione condivisa e DAT
- livello di conoscenza e utilizzo dei percorsi per la raccolta, registrazione e deposito delle DAT
- modalità di attivazione nei diversi setting (ricovero, ambulatorio, domicilio, fasi acute)
- livello di coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale
- presenza di spazi/servizi dedicati (es. sportelli DAT)
- livello di formazione del personale (teorica vs operativa sui percorsi)
- eventuali criticità (es. mancata conoscenza dei percorsi, difficoltà di registrazione, utilizzo non sistematico)

- presenza nella cartella clinica delle CP di consenso informato
- Per i pazienti SLA esiste documento codificato (PICC) condiviso con il centro Riferimento Provinciale (AULSS8)
- Nel sito aziendale è previsto riferimento alle DAT
- Non esiste procedura aziendale per le DAT per le quali l'utenza si riferisce ai Comuni o ad appositi Siti

Attività previste entro il 31/12/2026

Indicare le azioni aziendali per la costruzione e diffusione dei percorsi operativi per l'applicazione della L. 219/2017, specificando modalità organizzative, servizi coinvolti e tempistiche (es. definizione di procedure aziendali, attivazione di percorsi per la raccolta e registrazione delle DAT, integrazione con sistemi informativi e registri, ecc.), includendo:

- definizione e formalizzazione dei percorsi aziendali e territoriali per la gestione delle DAT
- diffusione operativa dei percorsi (non solo documentale)
- individuazione delle figure professionali coinvolte
- attivazione di percorsi formativi di base (alfabetizzazione) e operativi sui percorsi locali
- coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e delle cure primarie
- definizione delle modalità di proposta/attivazione (ricovero, ambulatorio, domicilio, fasi acute, pazienti cronici/fragili)
- avvio della tracciabilità delle attività



● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di consolidamento e monitoraggio dell'applicazione dei percorsi, includendo:

- estensione uniforme a tutti i setting assistenziali e territoriali
- integrazione nei sistemi informativi aziendali
- monitoraggio dell'effettiva applicazione dei percorsi (raccolta, registrazione, utilizzo DAT)
- consolidamento e aggiornamento della formazione del personale e dei MMG
- verifica dell'uniformità applicativa tra strutture e distretti
- eventuale revisione e miglioramento dei percorsi

- Definizione di un percorso aziendale per la condivisione del documento di PCC /DAT con tutti gli attori che interagiscono con il paziente in particolar modo il SUEM/118 con stesura di una modulistica per raccolta delle PCC
- Estendere l'eventuale modulistica integrata nei sistemi informatici agli Ospedali e al Territorio
- monitoraggio del percorso di raccolta DAT/PCC e verifica dell'applicazione del percorso

🎯 Target finale 31/12/2028

Applicazione sistematica, uniforme e documentata dei percorsi aziendali e territoriali per la gestione del consenso informato, della pianificazione condivisa delle cure e delle DAT, con personale adeguatamente formato e competente sui percorsi operativi, pieno coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e integrazione nei diversi setting assistenziali

(sezione da compilare da AULSS + AO)

OBIETTIVO	TARGET
PAZIENTI PEDIATRICI - Promuovere l'umanizzazione delle cure e il coinvolgimento attivo del minore e della famiglia nei percorsi di Cure Palliative Pediatriche, attraverso l'applicazione strutturata della pianificazione condivisa delle cure, nel rispetto dell'età, del grado di maturità e delle volontà espresse	2028

Definizione KPI
Presenza e applicazione di percorsi strutturati di pianificazione condivisa delle cure in ambito di Cure Palliative Pediatriche, con coinvolgimento del minore e della famiglia, evidenza dell'applicazione operativa delle competenze acquisite dal personale (anche attraverso il percorso formativo regionale) e integrazione delle volontà espresse nei momenti di confronto collegiale dell'équipe assistenziale.

Indicatore misurabile (comparativo):

AULSS+AO: Presenza e applicazione di percorsi strutturati di pianificazione condivisa delle cure in ambito di Cure Palliative Pediatriche (Sì/no)

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale CPP + documentazione aziendale (cartella clinica, pianificazione condivisa, evidenze di équipe, attività formative)

● Baseline 31/12/2025

Descrivere lo stato attuale, indicando:

- modalità di coinvolgimento del minore e della famiglia
- utilizzo della pianificazione condivisa
- livello di applicazione pratica nei percorsi assistenziali
- eventuali criticità (es. coinvolgimento non sistematico, scarsa condivisione in équipe)

no

● Attività previste entro il 31/12/2026

Indicare le azioni per l'attivazione operativa dei percorsi, includendo ad esempio:

- definizione di modalità strutturate di coinvolgimento del minore (per età/maturità) e della famiglia
- attivazione di momenti di confronto collegiale (équipe) per la condivisione delle volontà espresse
- applicazione nei percorsi assistenziali delle competenze acquisite dal personale formato
- Riferimento al centro HUB

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di consolidamento, includendo ad esempio:

- estensione uniforme nei diversi setting assistenziali
- monitoraggio dell'effettiva applicazione e della condivisione in équipe
- eventuale revisione e miglioramento dei percorsi

🎯 Target finale 31/12/2028

Applicazione sistematica e documentata della pianificazione condivisa delle cure in ambito pediatrico, con coinvolgimento attivo del minore e della famiglia e integrazione delle volontà espresse nei processi decisionali dell'équipe assistenziale

□ DIFFUSIONE DELL'INFORMAZIONE – OPERATORI E CITTADINI

(sezione da compilare da AULSS + AO + IOV)

OBIETTIVO	TARGET
<i>Promuovere la diffusione sistematica e omogenea delle informazioni relative ai servizi di Cure Palliative, Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore, rivolta agli operatori sanitari e alla popolazione, al fine di favorire la conoscenza dei modelli organizzativi, dei criteri di eleggibilità, dei percorsi assistenziali e delle modalità di accesso ai servizi</i>	2028

Definizione KPI
Presenza e attuazione di un piano aziendale strutturato di informazione e comunicazione su Cure Palliative, Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore,

rivolto a operatori e cittadini, integrato con le iniziative regionali e supportato da evidenze documentali delle attività realizzate.

Indicatore misurabile (comparativo):

- **(AULSS+AO+IOV): N. iniziative informative/anno**

Fonte: Monitoraggio semestrale regionale Cure Palliative + documentazione aziendale (piani di comunicazione, materiali informativi, report eventi, evidenze di diffusione)

● **Baseline 31/12/2025**

Descrivere lo stato attuale aziendale delle attività di informazione e comunicazione in ambito Cure Palliative, Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore, indicando:

- eventuale presenza di iniziative strutturate di informazione rivolte agli operatori (MMG, PLS, specialisti, infermieri, assistenti sociali, personale amministrativo)
 - modalità attualmente utilizzate per la diffusione delle informazioni (es. incontri, materiali informativi, intranet, formazione)
 - livello di conoscenza dei servizi e dei percorsi assistenziali tra gli operatori
 - eventuale presenza di iniziative rivolte alla cittadinanza (eventi, campagne, collaborazioni con associazioni)
 - partecipazione ad iniziative regionali o nazionali (es. Giornata del Solievo, Giro d'Italia delle Cure Palliative)
 - modalità di collaborazione con Enti del Terzo Settore
 - modalità di collaborazione con Università (es. nel perimetro della progettualità della terza missione)
 - eventuali criticità (es. comunicazione non strutturata, scarsa diffusione, iniziative sporadiche,
- E' presente nel sito intranet la carta dell'Accoglienza della UOC CP e della RLCP e del Piano di rete locale aggiornato di Cure Palliative
 - Sul sito aziendale, nella carta dei Servizi è descritta l'organizzazione, la mission e l'informazione sull'UOCCP con i contatti utili
 - Collaborazione con l'Associazione Mai Soli
 - Iniziative in collaborazione con l'Associazione Mai Soli per la giornata del Solievo

● **Attività previste entro il 31/12/2026**

Indicare le azioni aziendali per lo sviluppo e la strutturazione delle attività di informazione e comunicazione, includendo ad esempio:

- definizione di un piano aziendale di comunicazione su Cure Palliative, Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore
- individuazione dei target di riferimento (operatori, cittadini, associazioni, istituzioni locali)
- sviluppo di strumenti e materiali informativi (digitali e cartacei)
- attivazione di iniziative informative rivolte agli operatori per la diffusione dei modelli organizzativi e dei percorsi di accesso
- partecipazione coordinata alle iniziative regionali (es. Giornata del Solievo, Giro d'Italia delle Cure Palliative)
- avvio o rafforzamento di collaborazioni con Enti del Terzo Settore e associazioni
- definizione delle modalità di monitoraggio delle attività realizzate

- In definizione con l'organizzazione MAI SOLI eventi per la Prossima Giornata del Sollevio per la diffusione delle cure palliative . Si terranno iniziative il 20 e 22 Maggio (in progress l'organizzazione degli eventi)
- Rafforzare la collaborazione con l'Associazione Mai Soli

● Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di consolidamento e sviluppo, includendo ad esempio:

- diffusione capillare delle attività informative su tutto il territorio aziendale
- integrazione delle iniziative aziendali con la programmazione regionale
- consolidamento delle collaborazioni con il territorio (associazioni, volontariato, enti locali)
- monitoraggio sistematico delle attività di comunicazione e della loro efficacia
- valorizzazione e diffusione delle buone pratiche aziendali
- eventuale aggiornamento del piano aziendale di comunicazione

- diffusione capillare delle attività informative su tutto il territorio aziendale

🎯 Target finale 31/12/2028

Sistema aziendale strutturato, continuativo e integrato di informazione e comunicazione su Cure Palliative, Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore, rivolto a operatori e cittadini, coerente con le iniziative regionali e capace di garantire diffusione omogenea delle informazioni, accesso consapevole ai servizi e promozione della cultura delle Cure Palliative sul territorio

□ MONITORAGGIO RETE TD E CPP

(sezione da compilare solo da AOPD - Centro Regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche)

OBIETTIVO	TARGET
<i>Sviluppo e implementazione del sistema di monitoraggio della Rete di Terapia del Dolore (TD) e Cure Palliative Pediatriche (CPP), attraverso l'attivazione e l'integrazione dei flussi informativi aziendali nei flussi regionali e nazionali, con definizione di indicatori per la valutazione delle attività e dei percorsi assistenziali.</i>	2028

Definizione KPI
Presenza e utilizzo di un sistema strutturato di monitoraggio della Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche che preveda: • implementazione dei <i>flussi informativi aziendali nei flussi regionali e nazionali</i> • definizione e utilizzo di indicatori di attività, processo ed esito • produzione periodica di report di monitoraggio • utilizzo dei dati per il miglioramento continuo della rete

Indicatore misurabile:

AOUPD: attivazione e integrazione dei flussi informativi aziendali nei flussi regionali e nazionali (sì/no)

Fonte: Flussi informativi regionali e nazionali TD/_CPP + sistemi informativi aziendali + report di monitoraggio

Baseline 31/12/2025

Descrivere lo stato attuale, indicando:

- disponibilità e utilizzo dei flussi informativi regionali e nazionali
- livello di integrazione con i sistemi informativi aziendali
- presenza di indicatori già definiti (se presenti)
- modalità di raccolta, analisi e utilizzo dei dati
- eventuale produzione di report periodici
- principali criticità (es. incompletezza dati, mancata integrazione, assenza di indicatori condivisi)

Attività previste entro il 31/12/2026

Indicare le azioni per l'avvio del sistema, includendo ad esempio:

- implementazione e attivazione dei flussi informativi regionali e nazionali
- integrazione dei flussi nei sistemi informativi aziendali
- definizione di un set di indicatori condivisi (attività, processo, esito)
- avvio della raccolta sistematica dei dati
- definizione delle modalità di analisi e reporting
- primo utilizzo dei dati per il monitoraggio della rete

Attività previste entro il 31/12/2027

Descrivere le azioni di consolidamento, includendo ad esempio:

- consolidamento dell'integrazione dei flussi informativi
- applicazione sistematica degli indicatori definiti
- produzione periodica di report di monitoraggio
- utilizzo dei dati per audit e miglioramento dei percorsi
- verifica della qualità e completezza dei dati
- eventuale revisione degli indicatori

Target finale 31/12/2028



Sistema di monitoraggio della Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche pienamente implementato, con flussi informativi integrati, indicatori condivisi e utilizzo sistematico dei dati per la valutazione delle attività, il governo della rete e il miglioramento continuo della qualità assistenziale.

Firmato

Il Direttore Sanitario



DI CAPRIO
ANTONIO
04.05.2026
17:10:26
GMT+02:00

Firmato

Il Direttore dei Servizi Socio-sanitari



VESCOVI
PAOLA
04.05.2026
16:46:47
GMT+02:00