



**Albert Einstein:**

*"La crisi può essere una vera benedizione per ogni persona e per ogni nazione, perché è proprio la crisi a portare progresso [...]. "È nella crisi che si sviluppa l'inventiva e nascono le scoperte e le grandi strategie"...*

*"Peggio di questa crisi c'è solo il dramma di sprecarla" (Papa Francesco).*

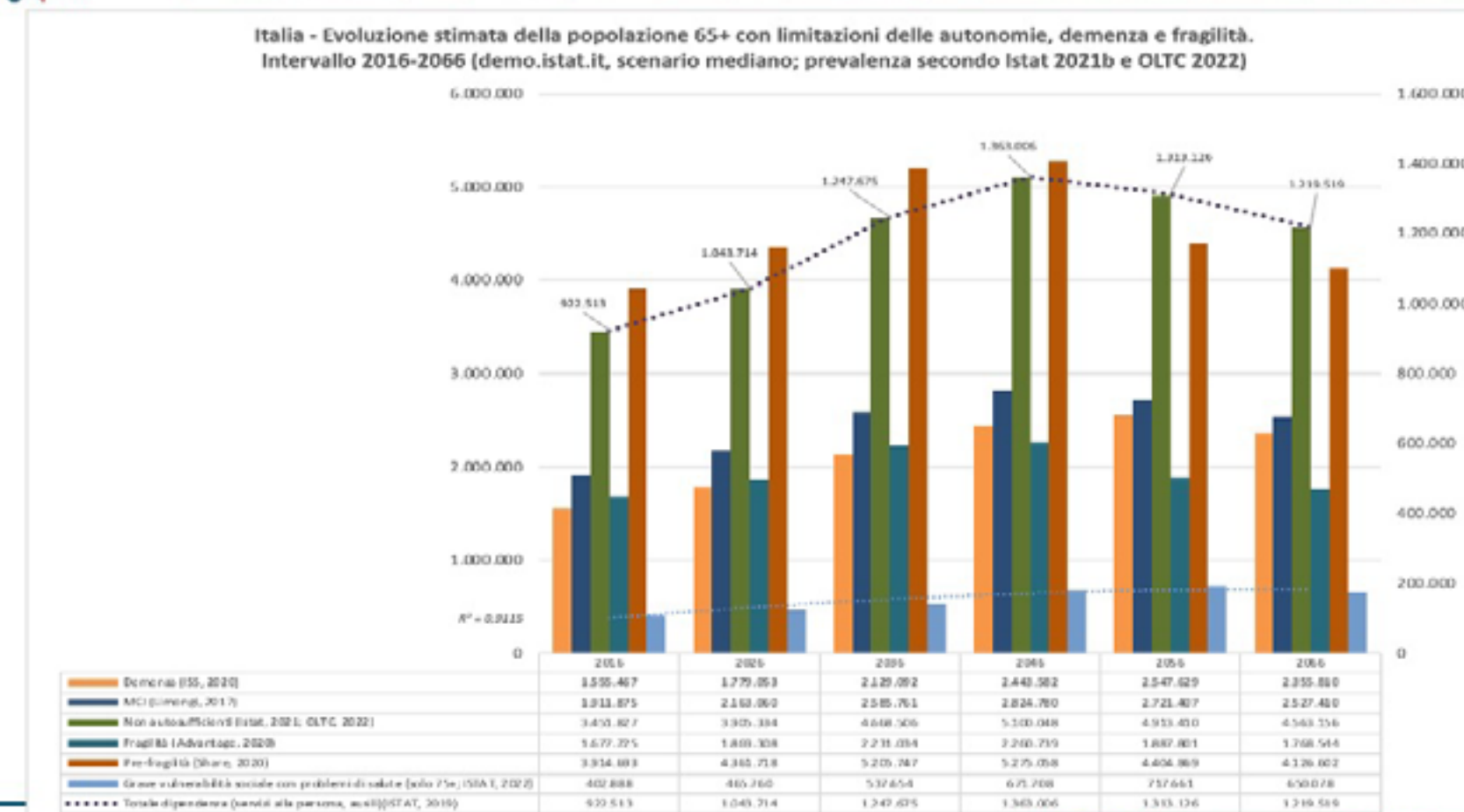
« Le reti di Cure Palliative e di Terapia del dolore »  
COME PRODURRE VALORE IN CURE PALLIATIVE  
RIPROGRAMMARE LE RETI ALLA LUCE DEL DM 77

*Forum risk management in sanità* ®  
**GIANLORENZO SCACCABAROZZI**  
*Bergamo, 14-15 giugno 2023*



L'aumento della popolazione anziana sta determinando un effetto di trascinamento sulla numerosità assoluta di tutti i sottogruppi che esprimono bisogni, sia globali che differenziati:

- Mild Cognitive Impairment (MCI);
- Demenza;
- Fragilità;
- Limitazioni della autonomie;
- Totale dipendenza;
- Vulnerabilità sociale.



#sanita2030

Gianlorenzo Scaccabarozzi

CORTESIA  
 F. GIUNCO



www.sanita2030.it







**laboratorio SANITÀ 2030**<sup>TM</sup>  
 14-15 GIUGNO 2023 LOMBARDIA  
 FIERA DI BERGAMO

### The Lancet Commissions

**Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life**

*«si muore male»*

**Gianlorenzo Scaccabarozzi**

**Perseus Hospital**  
 University NHS Trust,  
 Portsmouth, UK

**(S) Russell D. Evers**, Georgetown  
 University, Washington, DC,  
 USA (E) See PhD's King's College  
 London, London, UK

**Shirley A. Korman PhD**,  
 Stabroek College, Saint George's  
 Springs, WI, USA

**(S) Suzanne Plotz**, Hellenic  
 Hospital, London, UK

**(E) Tyler MAJ and Anandam,  
 Netherlands**  
 (M) Trevor Ford, MDiv)

Correspondence to:  
 Dr Lily Sahme,  
 St Christopher's Hospital,  
 London SE14 6JZ, UK  
 lily.sahme@nhs.uk

**Executive summary**

The value of death in the 21st century is a story of paradox. While many people are over-treated in hospitals, still more remain undertreated, dying of preventable conditions and without access to basic pain relief. The value of death and dying has become unbalanced and unmanaged. Relationships and networks are being replaced by professionals and protocols. Climate change, the COVID-19 pandemic, and our wish to defeat death all have their origins in the delusion that we are in control of, not part of, nature. Rebalancing death and dying will depend on changes across death systems—the many inter-related social, cultural, economic, religious, and political factors that determine how death, dying, and bereavement are understood, experienced, and managed.

The disadvantaged and powerless suffer most from the imbalance in care for those dying and grieving.

The Lancet Commission on the Value of Death sets out five principles of a realistic utopia, a new vision of how death and dying could be. The five principles are the social determinants of death, dying, and grieving are tackled; dying is understood to be a relational and spiritual process rather than simply a physiological event; networks of care lead support for people dying, caring, and grieving; conversations and stories about everyday death, dying, and grief become common; and death is recognised as having value.

The challenge of transforming how people die and grieve today has been recognised and responded to by many around the world. Communities are reclaiming death, dying and grief as social concerns, restrictive policies on equated availability are being transformed and health-care professionals are working in partnership with people and families, but more is needed.

To achieve our ambition to rebalance death, dying and grieving, radical changes across all death systems are needed. It is a responsibility for us all, including global bodies and governments, to take on this challenge. The Commission will continue its work in this area.

**Introduction**

The value of death can help care at the end of life and reduce harm.

Treatment in the last months of life is costly and a cause of health inequalities. In countries without universal health coverage, high-income countries between 6% and 20% of annual health expenditure for the entire population is spent on the last days of life. In the absence of high-quality end-of-life care, patients and health professionals face the false choice between an ill-considered treatment that is unlikely to improve quality of life, or no treatment at all. Patients, partners, or family members may find it easier to avoid these difficult and complex decisions. Making an assumption at the end of life, influenced by one person's beliefs, values, or preferences, can be a source of regret for patients and partners who rarely receive a sensitive response to their end wishes.

Rebalancing death and dying will depend on changes across death systems—the many inter-related social, cultural, economic, religious, and political factors that determine how death, dying, and bereavement are understood, experienced, and managed. A realistic utopia approach the task to explore the complexity of the death system of all societies and to identify needed changes as they face the COVID-19 pandemic, the disadvantaged and powerless suffer most from the imbalance in care when dying and grieving. Society, culture, and politics influence how much people suffer at death and the capacity for people to change them.

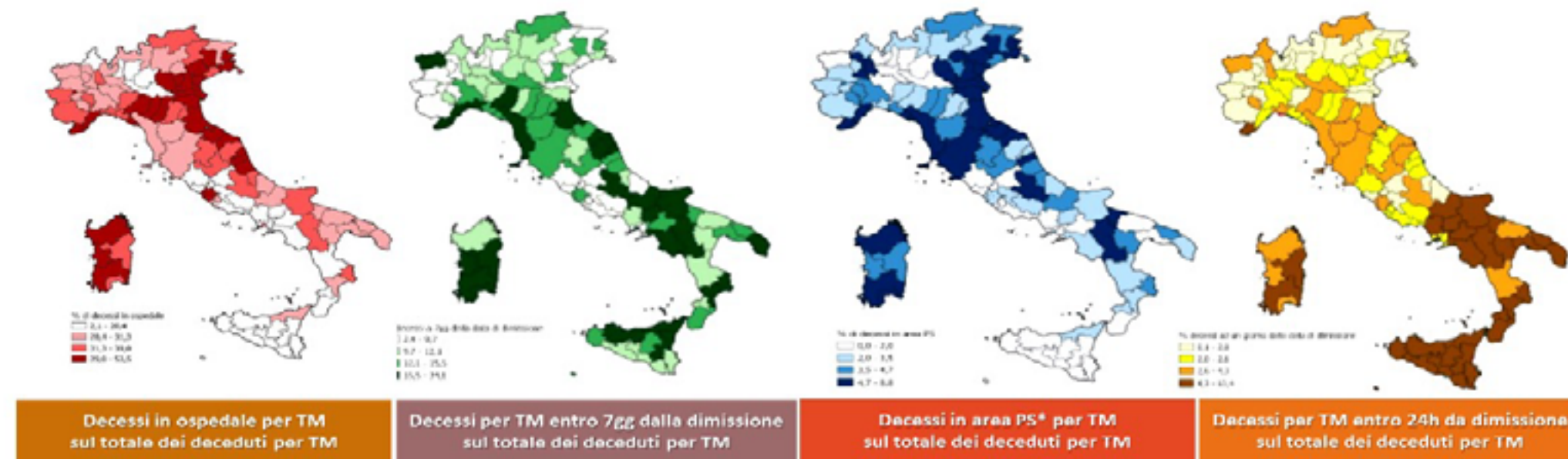
Radically integrating a better system for death and dying into the social determinants of death, illness, and ageing are needed. Dying or bereavement to be a relational and spiritual process rather than simply a physiological event. Networks of care lead support for people dying, caring, and grieving; conversations and stories about everyday death, dying, and grief become common; and death is recognised as having value.

There are many challenges and many progressions are underway that encourage the following





**DAL DIRITTO ALLA SALUTE  
 AL DIRITTO ALLE CURE PALLIATIVE**



#sanita2030

Gianlorenzo Scaccabarozzi



www.sanita2030.it





**Accettare IL LIMITE e la MORTE COME PARTE DELLA VITA significa rimodulare le cure**

«Mentre la medicina sembra offrire possibilità infinite la realtà è invece governata da limiti»

*Kevin Wilder - bioeticista*

- **Di Efficacia clinica:** si modifica nel tempo in continua evoluzione con il bagaglio delle conoscenze, la medicina alza progressivamente l'asticella, raggiunge risultati entusiasmanti, riduce morbilità e mortalità ma non sempre è in grado di guarire i pazienti, salvare loro la vita o incidere in modo significativo sulla evoluzione della malattia e annullare la morte
- **Di Ragionevolezza:** conoscenze e azioni non sono in grado di rispondere a ogni richiesta o bisogno
- **Di Senso e proporzionalità :** ogni azione nell'ambito della salute e della cura va valutata rispetto al senso e all'accettabilità anche sul piano etico: non sempre ciò che è possibile fare è eticamente accettabile

DA IL SENSO DEL LIMITE IN MEDICINA di Alberto Giannini





**Integration of Palliative Care Into All Serious Illness Care as A Human Right**

**William E. Rosa, PhD, APRN;  
 Betty R. Ferrell, PhD, RN; Diana J. Mason, PhD, RN**

**JAMA Health Forum.**

**Integration of Palliative Care Into All Serious Illness Care as A Human Right**

WILLIAM E. ROSA, PH.D., APRN; BETTY R. FERRELL, PH.D., RN; DIANA J. MASON, PH.D., RN

Deaths from COVID-19 are approaching 600,000 in the US and 3 million worldwide. As intensive care units have reached or exceeded capacity in many hospitals, concerns have grown about the ethical dimensions of rationed care. But many of those focused on who gets a ventilator, rather than how to provide palliative care to those who are seriously ill, including those treated with ventilators and those who may not want or cannot get a ventilator.

Early on in the pandemic, clinical leaders at Mount Sinai Medical Center in New York City, New York, realized that although they had a palliative care team, they did not have enough clinicians prepared to lead the crucial conversations with patients and families about end-of-life decision making and symptom management.<sup>1</sup> There is always a consistent need for the deep expertise of palliative care teams, but COVID-19 has highlighted that every clinician needs knowledge and skills in the fundamentals of palliative care.

Focusing primarily on access to ventilators sets up a mental model that fails to capture the premise of person-centered care. This model frames the rationing decisions in terms of abandoning the patient if the health system and clinicians cannot provide a ventilator. But patient abandonment only occurs if decision making and care stop at the point of the ventilator. Palliative care is not dependent on life-saving interventions. It may very well include a ventilator, but it is ultimately structured around the individualized wants and needs of the patient. It includes alleviating suffering and managing complex communications, psychosocial dynamics, facilitating symptom management needs, and spiritual care throughout the dying process.

Every patient treated with a ventilator also needs palliative care. It is not an either-or clinical proposition, but rather a both-and moral imperative.

COVID-19 has accentuated the need for clinicians to have frequent conversations with patients and families about dying. The pandemic has forced many healthy people to confront rapid onset, life-threatening episodes of acute illness. Patients are dying without their loved ones, and families are grieving alone. For every person who dies, an average of 6 others are profoundly affected and grieve.<sup>2</sup> COVID-19 has interrupted the cultural and community practices for coping with death, raising concerns about the pervasiveness of grief and loss associated with the pandemic. This disruption is reflected in the US Centers for Disease Control and Prevention's guidance on coping with grief and loss during the pandemic. Frontline generalist clinicians trained in the fundamentals of palliative care are essential for ensuring appropriate support for families' anticipatory grief prior to a loved one's death, and extending into the bereavement phase, for sharing resources, for coping with loss, and for identifying when complicated grief requires a referral for care.

The mandate for universal access to palliative care preceded COVID-19. In 2014, the World Health Assembly called for the fundamentals of palliative care to be embedded in the care provided by health care systems and integrated into all clinicians' training. The US population is aging, and structural barriers to care (such as systemic racism and disparities in insurance coverage and access) tend to increase the burden of chronic illness. The need for palliative care for those dying from serious illness is expected to increase approximately 37% over the next 4 decades, disproportionately affecting people living in poverty and people older than 70 years, among other groups. Although 77% of US hospitals with 50 beds or more report having a palliative care team, 80% of them are in urban areas, rendering palliative care services out of reach for many rural

Author disclosures and acknowledgments are included in the full publication.







**Improving Care of People With Serious Medical Illness — An Economic Research Agenda for Palliative Care**

Mireille Jacobson, PhD; Peter May, PhD; R. Sean Morrison, MD

JAMA Health Forum.

**Improving Care of People With Serious Medical Illness — An Economic Research Agenda for Palliative Care**

Mireille Jacobson, PhD; Peter May, PhD; R. Sean Morrison, MD

In 2019, the US spent nearly \$4 trillion on health care, almost 20% of the overall economy and for more than other high-income nations.<sup>1,2</sup> The top 10% of spenders, many with serious chronic illness, account for two-thirds of this cost.<sup>3</sup> Despite such high spending, many patients with serious illnesses feel their families experience unmet needs and other symptoms, unmet needs, and treatment that is inconsistent with their preferences.<sup>4-6</sup> Nearly 30% of patients with serious illness report being sent to undergo duplicate tests or diagnostics, 23% feel that hospital staff are unresponsive to their needs, and more than 60% have felt anxious, confused, or helpless when receiving care.<sup>7</sup> More people are living with serious illness as the population ages, and patients with socioeconomic disadvantages bear the greatest burden of poor care.<sup>8</sup>

Policy makers and the US public are largely agreed on the need to improve care for patients with serious illness while curtailing wasteful spending and sparing burdens on family caregivers. By 1 estimate, the value of unpaid US family caregiving for people with serious illness exceeds \$300 billion annually.<sup>9</sup> Studies to date suggest that palliative care could help increase the value, defined as some combination of better quality and lower costs, of US health care spending. Palliative care, which “attends to the physical, functional, psychological, practical, and spiritual consequences of a serious illness,” improves care quality,<sup>10</sup> however, without robust economic evidence to calculate the value equation, including costs and benefits, the current paradigm of high costs, poor outcomes, and growing inequalities will persist for people with serious illnesses.

**Research Priorities to Build the Economic Evidence Base in Palliative Care**

In 2020, the USC Schaeffer Center for Health Policy & Economics (Los Angeles, California) convened an expert panel to develop a consensus-driven economic research agenda for palliative care. The panel, which included experts in health economics and palliative and geriatric medicine, as well as payers, policy makers, and research funders, noted that current evidence gaps have not occurred incidentally. Substantial challenges to research on palliative care include stakeholder information gaps and variation in delivery models. As a result, to our knowledge, identifying when patients would benefit from specific palliative care interventions, how to measure these benefits, and how benefits vary over time has not been well studied. Our hope is that the research agenda (<https://healthpolicy.usc.edu/evidence-base/improving-care-of-people-with-serious-medical-illness-an-economic-research-agenda-for-palliative-care/>), which includes questions on supply-side, demand-side, and methodological factors (SDBME), will spur researchers and funders to undertake studies designed to identify the costs and benefits of palliative care.

**Supply-side Factors: Payment Policy and Access**

Reimbursement policy affects care delivery and patient treatment choices. A better understanding of current payment practices could help identify barriers to high-value palliative care. Medicare is the major US payer of palliative care services. Fee-for-service Medicare, which covers almost 3 in 5 beneficiaries, generally supports palliative care in inpatient settings but not in ambulatory settings, including patients’ homes. Some Medicare Advantage plans offer palliative care services, but the lack of uniform quality standards and accreditation requirements contributes to highly variable service

**Open Access.** This open access article distributed under the terms of the CC BY license. [jama-health-forum.2023.39.429454. doi:10.1001/jamahealthforum.2023.4464](https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2023.4464)

Author disclosures of potential conflicts of interest and author contributions are found at the end of this article.



#sanita2030

Gianlorenzo Scaccabarozzi

January 25, 2023 10

[www.sanita2030.it](http://www.sanita2030.it)





**OMS 2002**

"la cura attiva globale di malati la cui patologia **non risponde più** a trattamenti volti alla guarigione o al controllo dell'evoluzione delle malattie (medicina curativa). Il controllo del **dolore**, di altri **sintomi** e degli aspetti **psicologici, sociali e spirituali** è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i **malati** e le loro **famiglie**"

**La legge 219/2017**

**RICHIAMA LA CULTURA DELLE CURE PALLIATIVE E NE PRESUPPONE IL DIRITTO ALL'ACCESSO**

Disposizioni anticipate di trattamento  
 Pianificazione condivisa delle cure  
 Consenso informato



**IAHPC 2019**

Le cure palliative rappresentano la cura olistica di individui di ogni età con gravi sofferenze correlate alla salute dovute alla malattia, in particolare di coloro che si avvicinano alla fine della vita.  
 Le CP hanno lo scopo di migliorare la qualità della vita dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro caregiver



**IL DIRITTO ALLE CURE PALLIATIVE**

**Legge n° 38 del 15-03-2010**

le cure palliative: "l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona **malata** sia al suo **nucleo familiare**, finalizzati alla **cura attiva e totale** dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'**inarrestabile evoluzione** e da una prognosi infausta, **non risponde più** a trattamenti specifici"



**DM 77 22-6-2022**

"La Rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, (con l'attività consulenza nelle U.O.), ambulatoriale, domiciliare e in hospice."

- invecchiamento
- famiglie unipersonali
- fragilità
- patologie croniche evolutive
- instabilità clinica
- bisogni sanitari e psicosociali

Medicina della complessità

Le cure palliative sono rivolte a malati di qualsiasi età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia.

**Missione 6**

Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale"





- Il Decreto, denominato fino alla vigilia della promulgazione “DM 71” per richiamare una sorta di continuità con il “DM 70” sugli standard ospedalieri, rappresenta la premessa ed il punto di partenza della Riforma dell’Assistenza Territoriale definendo al suo interno un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria, individuando standard tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, promuovendo un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico.







## Popolazione anziana 65 anni o +

Fragilità max

Fragilità

No fragilità

CP/RSA.....ADI

Casa della comunità/cure primarie

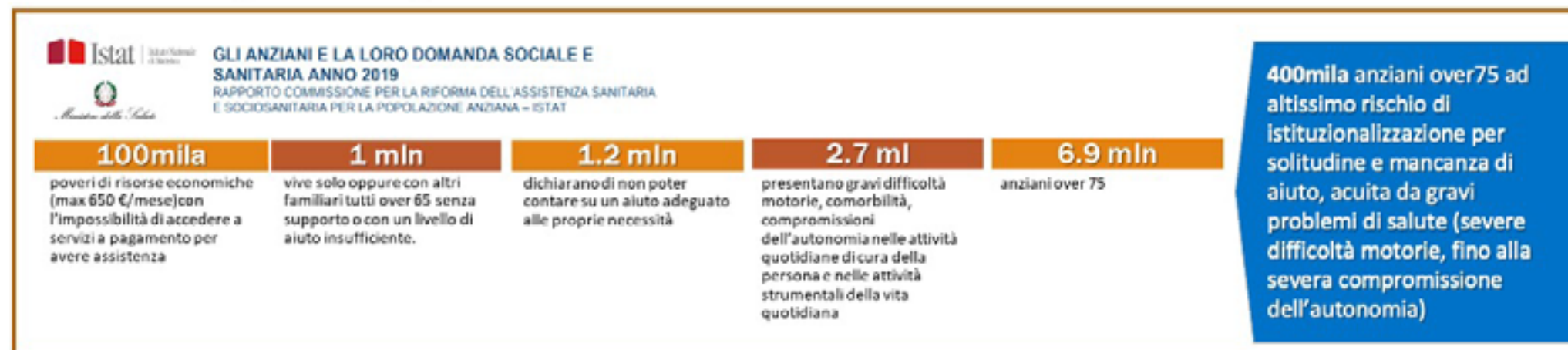
14 milioni





### LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA IN RISPOSTA ALLE TRANSIZIONI DEMOGRAFICA E SOCIALE IN ATTO NEI PAESI AD ALTO/MEDIO REDDITO

Le persone anziane o molto anziane oggi vivono lunghi periodi della propria vita con malattie croniche complesse; un'attenzione particolare deve essere posta al riconoscimento delle fasi di passaggio da una relativa stabilità al momento nel quale queste malattie sviluppano un andamento progressivo e instabile che richiede una presa in carico attraverso servizi dedicati per la continuità delle cure, coordinati ed integrati sia con l'ospedale che con il territorio



#### FAMIGLIE UNIPERSONALI (VALORI PERCENTUALI)

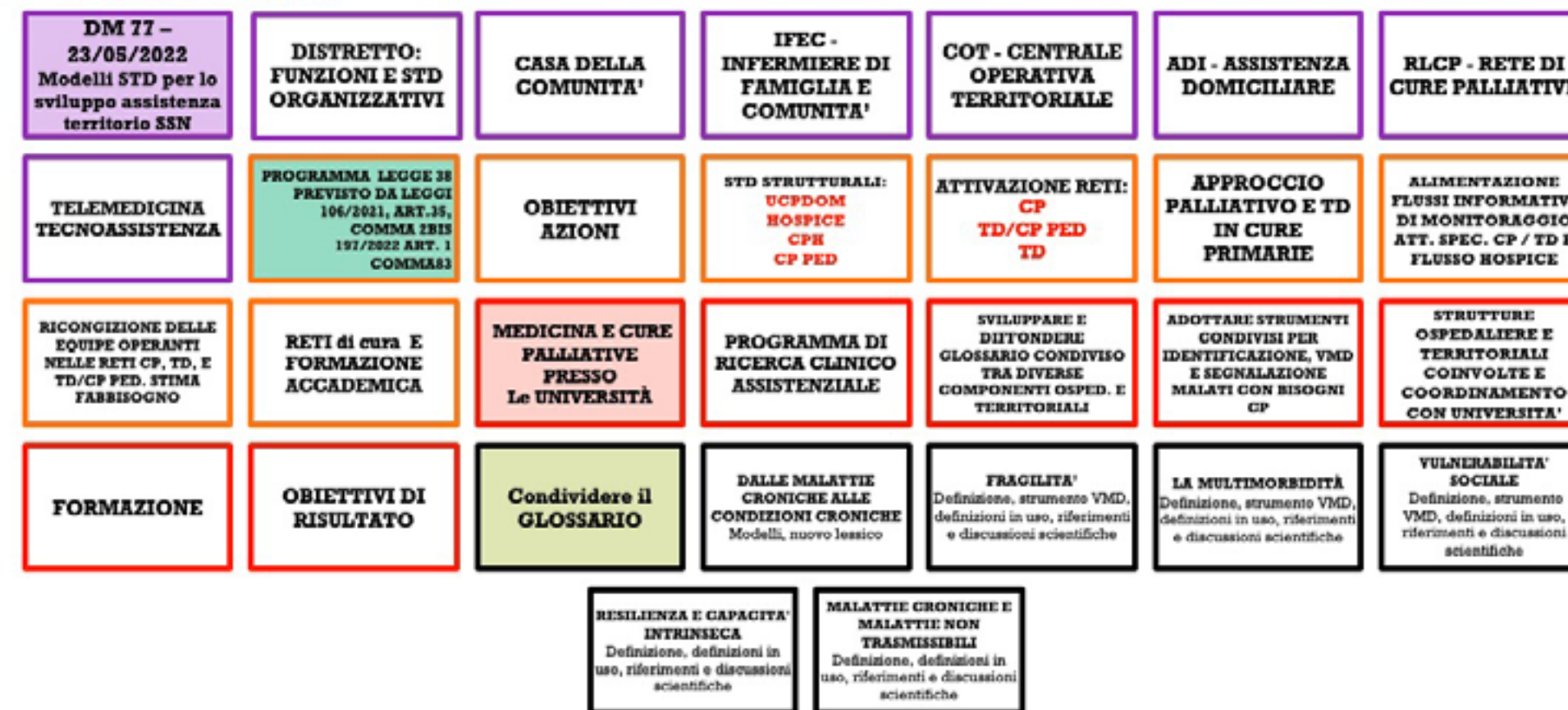
1971	1981	1991	2001	2011	...	2019
12.9	17.84	20.59	24.89	31.15	...	35,0





GIANLORENZO SCACCAROZZI

**TEMI CHIAVE**  
fare governo e governance



#sanita2030

Gianlorenzo Scaccabarozzi



www.sanita2030.it







'How to build healthcare systems, 2012'

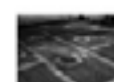
«Il 20° è stato il secolo  
dell'ospedale...  
il 21° sarà il **SECOLO**  
del **SISTEMA**»



#### LA SANITÀ DI INIZIATIVA

**DAL Bisogno rilevato** (Prendersi Cura a casa delle Persone con Cronicità Avanzata e Fragili)

**ALLA Identificazione** delle popolazione target (cronici con multi-morbidità, fragili, con limitata attesa di vita) domiciliari è tra le più avanzate al mondo.



#### UN PERCORSO UNICO CON PIANIFICAZIONE ANTICIPATA DELLE CURE

**DALL'utilizzo di molteplici strumenti** (spesso non finalizzati al prendersi cura )

**AD una Valutazione Multidimensionale** con criteri validati (coerente con le finalità del percorso, uniforme, informatizzata) finalizzata al Piano di Assistenza Individuale.



#### UN PERCORSO INTEGRATO/INTERCONNESSO

**DALLA compilazione di schede domiciliari cartacee** (senza alcuna possibilità di recupero né di condivisione dei dati)

**ALLA digitalizzazione nativa** dei dati e alla condivisione dei flussi informativi con la Rete dei Servizi e delle offerta di cura premessa per un Piano Nazionale Esiti delle Cure Domiciliari.



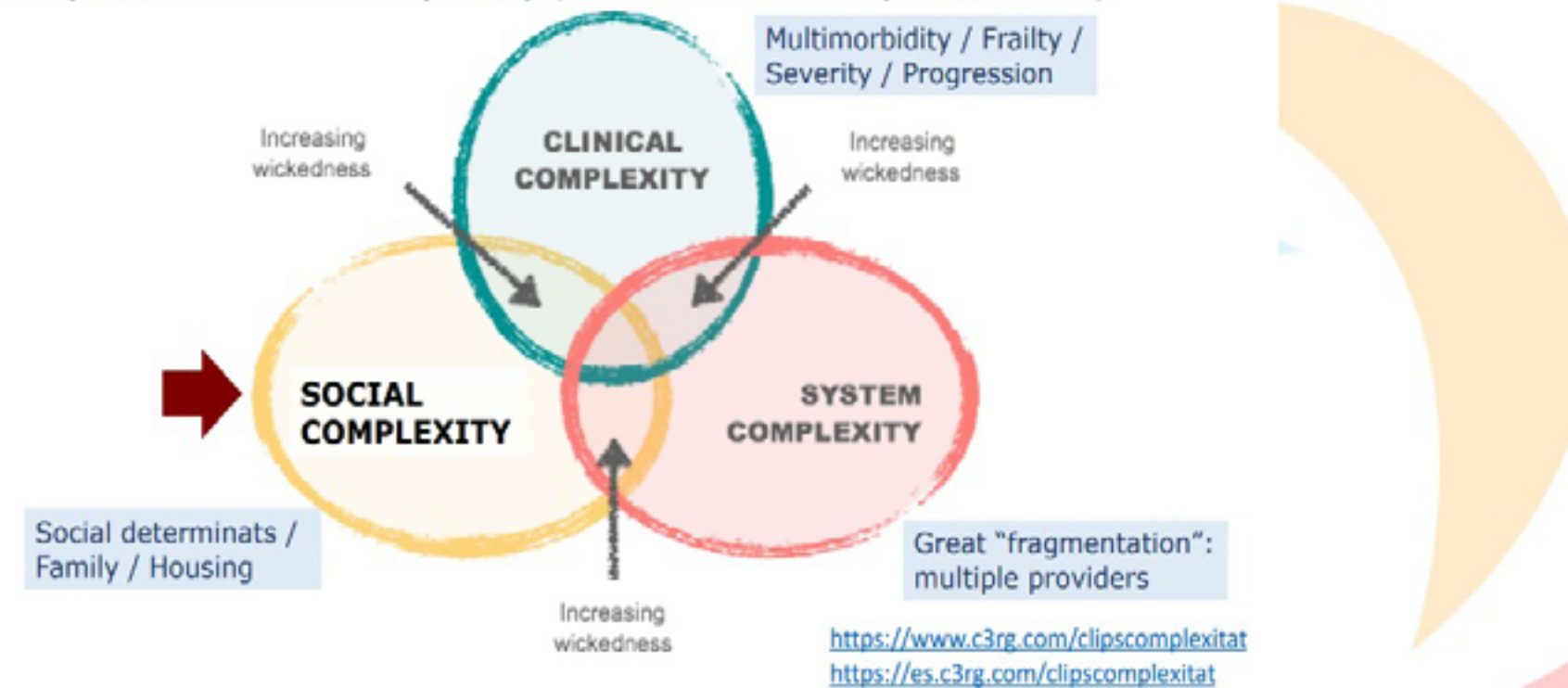
#### LA MEDICINA GENERALE

Sistema a rete con pieno coinvolgimento del MMG.





Conceptual model of complexity (the second conceptualization)



Adapted by **Jordi Amblas** of Kuipers P et al. Complexity and Health care: health practitioners' services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs (2011)

#sanita2030

Gianlorenzo Scaccabarozzi



www.sanita2030.it







**Specific competencies:**

- How to identify
- How to assess needs
- How to look after
- How to improve quality



*Gianlorenzo Scaccabarozzi*





NEC  
PAL  
4.0

From  
**IDENTIFICATION**  
of people with palliative care needs

...to the

**PROGNOSTIC APPROACH**

Xavier Gómez-Batiste, Jordi Amblàs, Pamela Turrillas, Agnès Calsina, Cristian Tebé, Judit Peñafiel

#sanita2030

Gianlorenzo Scaccabarozzi



www.sanita2030.it





NECPAL 4.0 **SANITÀ 2030** LOMBARDIA BERGAMO

## PROGNOSTIC APPROACH



### 3. IDENTIFICATION OF PARAMETERS WITH PROGNOSTIC

#### EXPERT'S SELECTED PARAMETERS:

- **Surprise question**
- +
- **Palliative care needs identified by professionals**
- **Functional decline**
- **Nutritional decline**
- **Multimorbidity**
- **Increase in use/demand of services**
- **Disease-specific indicators**

Original research

**NECPAL tool prognostication in advanced chronic illness: a rapid review and expert consensus**

Xavier Gómez-Batiste<sup>1,2</sup>, Pamela Turrillas<sup>1,2</sup>, Cristian Tebé<sup>3</sup>, Agnès Calsina-Berna<sup>1,2</sup>, Jordi Amblàs-Novellas<sup>2,4</sup>

**What does this paper add?**

- ▶ The combination of the Surprise Question and some individual parameters of the NECPAL tool may have potential prognostic utility for mortality in patients with advanced chronic diseases and PCNs.
- ▶ Selected parameters might be common prognostic factors for a general model for different clinical conditions and end-of-life trajectories.
- ▶ The proposed prognostic tool is intended to be a simple and feasible instrument in daily practice and all clinical settings.





> **Need's Checklist: Identification of palliative care needs to insert a palliative approach**

1. Realize a rapid checklist of the need's dimensions.
2. Complement with additional indicators and parameters if needed.
3. Elaborate aims and actions to respond to the identified needs.
4. Elaborate a comprehensive therapeutic plan.

The result of this procedure permits to identify palliative care needs and elaborate a comprehensive therapeutic plan:

**Actions for the comprehensive care of people identified**

1. Multidimensional assessment
2. Assessment of the stage of diseases and conditions and possible evolution
3. Identify values, preferences, and start advance care planning
4. Identify and care principal carer
5. Identify and activate referent professional
6. Multidimensional Therapeutic Plan
7. Case management and integrated care with other services

**Two very difficult issues to learn:**

1. **Advanced/shared care planning**
2. **Prognostic issues**

**Competences needed:**

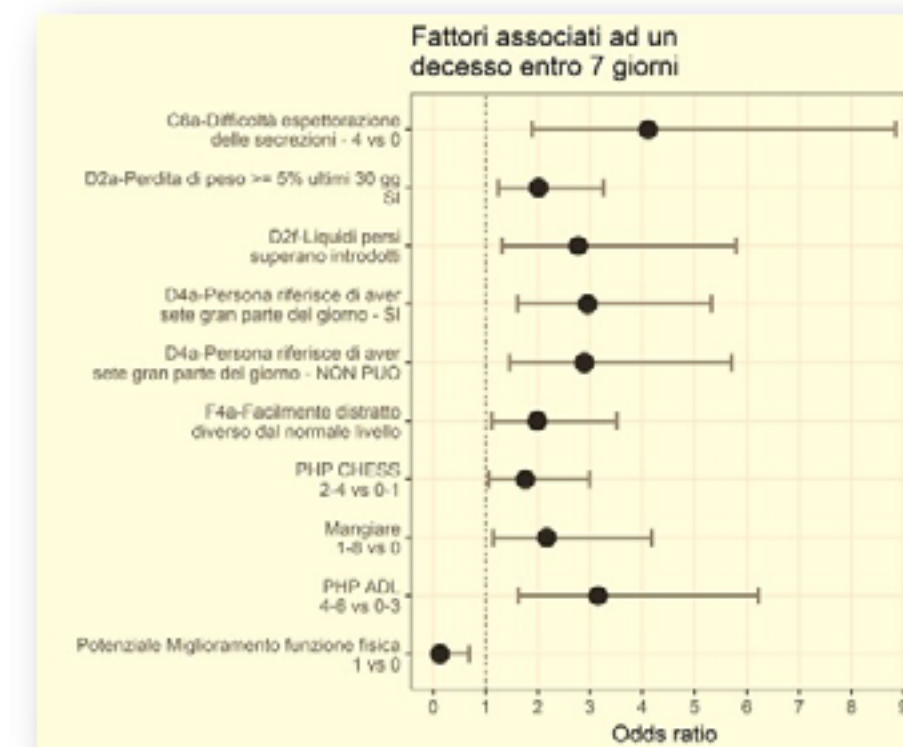
- **Clinical**
- **Ethical**
- **Communication**
- **Case management**





## [CA] CONTACT ASSESSMENT - ESITI

SCALA DEL DOLORE E PROGNOSI  
 FATTORI ASSOCIATI AD UNA MORTE  
 IMMINENTE







Regione	Popolazione residente (ISTAT 2019)	Assistiti oncologici con PIC domiciliare anno 2019 (SIAD)	N° erogatori Cure Domiciliari totale (Questionario)	Fabbisogno di PIC nella rete specialistica 335/100.000 studio Sez.O	Fabbisogno UCPDOM (1/100.000)	Fabbisogno UCPDOM 1/250 pz	Fabbisogno PIC pediatrico 18/100.000
Abruzzo	1.281.012	2.272	3	4.291	13	17	231
Basilicata	545.130	999	1	1.826	5	7	98
Bolzano	534.912	88	1	1.792	5	7	96
Calabria	1.860.601	1.300	0	6.233	19	25	335
Campania	5.624.260	3.685	8	18.841	56	75	1012
Emilia Romagna	4.438.937	10.577	9	14.870	44	59	799
FVG	1.201.510	2.964	3	4.025	12	16	216
Lazio	5.730.399	1.334	29	19.197	57	77	1031
Liguria	1.518.495	3.489	6	5.087	15	20	273
Lombardia	9.981.554	13.863	136	33.438	100	134	1797
Marche	1.498.236	1.574	3	5.019	15	20	270
Molise	294.294	388	1	986	3	4	53
Piemonte	4.274.945	7.722	17	14.321	43	57	769
Puglia	3.933.777	6.024	9	13.178	39	53	708
Sardegna	1.590.044	0	1	5.327	16	21	286
Sicilia	4.833.705	8.005	22	16.193	48	65	870
Toscana	3.692.865	7.067	7	12.371	37	49	665
Trento	542.166	1.453	1	1.816	5	7	98
Umbria	865.452	1.825	3	2.899	9	12	156
Valle d'Aosta	124.089	123	0	416	1	2	22
Veneto	4.869.830	14.217	20	16.314	49	65	877
<b>Tot</b>	<b>59.236.213</b>	<b>88.969</b>	<b>281</b>	<b>198.441</b>	<b>592</b>	<b>794</b>	<b>10.663</b>

#sanita2030

Gianlorenzo Scaccabarozzi



www.sanita2030.it







Regione	Popolazione residente (ISTAT 2019)	N° Hospice adulto (STS 11)				Fabbisogno Adulto		Delta		Hospice pediatrici		Fabbisogno pediatrico	
		Pubblici	Privati	N° Hospice	Tot PL Hospice	Fabbisogno pl Hospice (10/100000)	Fabbisogno pl Hospice (8/100000)	D pl hospice-fabbisogno (10/100.000)	D pl hospice-fabbisogno (8/100.000)	N° hospice	PI	Fabbisogno pl Hospice Pediatrici (0,2/100,000)	D pl hospice pediatrici-fabbisogno
Abruzzo	1.281.012	6		6	59	128	102	-69	-43			3	-3
Basilicata	545.130	5		5	41	55	44	-14	-3	1	4	1	3
Bolzano	534.912	1	1	2	21	53	43	-32	-22			1	-1
Calabria	1.860.601	1	5	6	60	186	149	-126	-89			4	-4
Campania	5.624.260	8	6	14	173	562	450	-389	-277	1	2	11	-9
Emilia Romagna	4.438.937	12	11	23	310	444	355	-134	-45			9	-9
FVG	1.201.510	5	2	7	61	120	96	-59	-35			2	-2
Lazio	5.730.399	4	27	31	432	573	458	-141	-26	1	2	11	-9
Liguria	1.518.495	4	4	8	82	152	121	-70	-39	1	4	3	1
Lombardia	9.981.554	25	46	71	818	998	799	-180	19	1	6	20	-14
Marche	1.498.236	8		8	74	150	120	-76	-46			3	-3
Molise	294.294	1		1	16	29	24	-13	-8			1	-1
Piemonte	4.274.945	11	5	16	175	427	342	-252	-167	1	6	9	-3
Puglia	3.933.777	8	6	14	219	393	315	-174	-96			8	-8
Sardegna	1.590.044	4	11	15	233	159	127	74	106			3	-3
Sicilia	4.833.705	15	1	16	157	483	387	-326	-230	1	5	10	-5
Toscana	3.692.865	16	4	20	148	369	295	-221	-147			7	-7
Trento	542.166	1	2	3	31	54	43	-23	-12			1	-1
Umbria	865.452	3		3	26	87	69	-61	-43			2	-2
Valle d'Aosta	124.089	1		1	7	12	10	-5	-3			0	0
Veneto	4.869.830	7	17	24	240	487	390	-247	-150	1	4	10	-6
<b>#sTot</b>	<b>59.236.213</b>	<b>146</b>	<b>148</b>	<b>294</b>	<b>3383</b>	<b>5924</b>	<b>4739</b>	<b>-2541</b>	<b>-1356</b>	<b>8</b>	<b>33</b>	<b>118</b>	<b>-85</b>

Gianlorenzo Scaccabarozzi





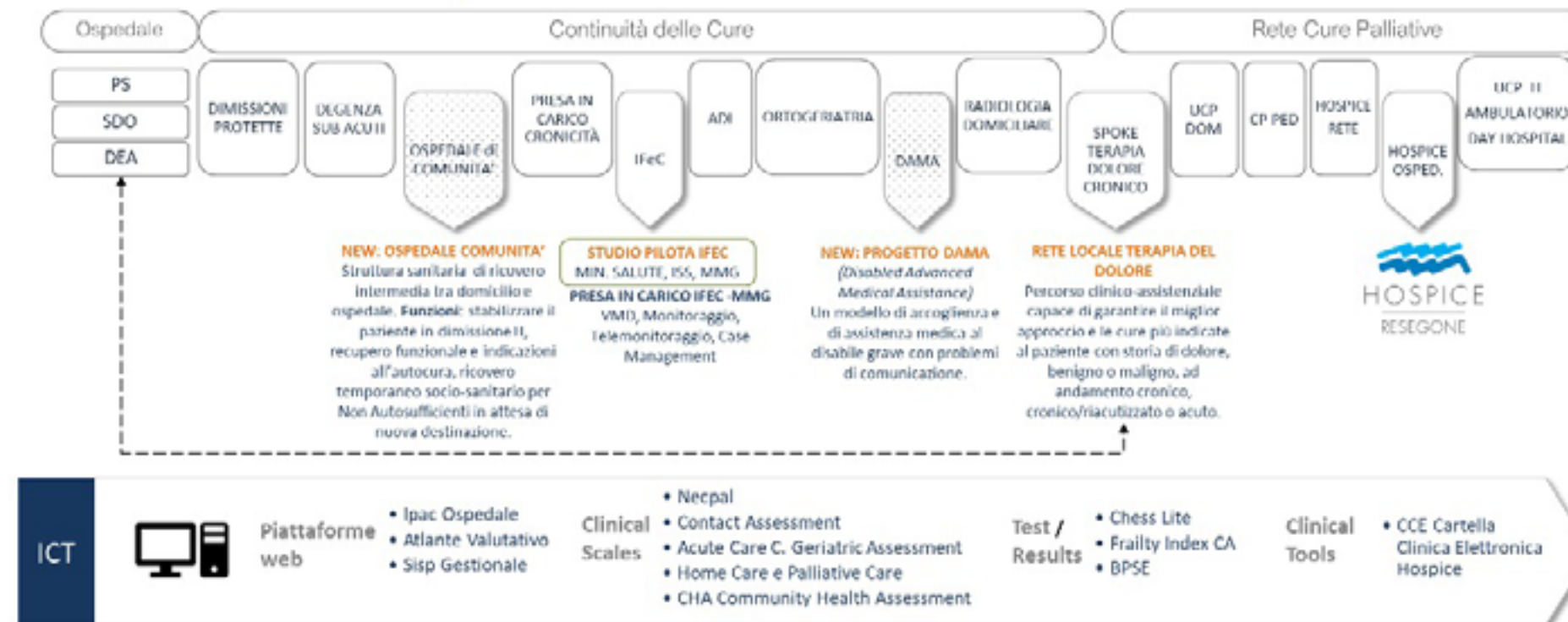
Adattare le prospettive cliniche, etiche e organizzative alle fasi di evoluzione della persona in condizioni croniche avanzate e life-limiting  
 (Gomez-Batiste, 2017)

Condizioni croniche complesse (Long-Term Care)	Condizioni croniche avanzate (Prima transizione)	Fine della vita (End-of-life)
Processo centrato sulla malattia	Processo centrato sulla condizione e sulla qualità di vita	Processo centrato sulla qualità di vita
Prevenzione secondaria e terziaria	Valutazione multidimensionale	Frequente revisione e aggiustamento del programma di cure
Sopravvivenza	Pianificazione anticipata delle cure	Prolungare/non prolungare la vita residua
Costruire fiducia reciproca	Valori, preferenze e scenari	Priorità ai bisogni essenziali
Condivisione delle decisioni	Prevenzione delle crisi	Sedazione se indicata
Costruire un linguaggio comune	Graduale approccio palliativo	Nutrizione/idratazione
Direttive avanzate	Graduale orientamento verso i bisogni essenziali	Preparazione e gestione del lutto
Disease- e care-management	Riabilitazione/Reablement	Cure primarie e cure palliative condivise, se indicate
Riabilitazione	Case management e Cure Integrate	
Cure primarie e cure specialistiche	Cure primarie, cure specialistiche e occasionale introduzione dei servizi di cure palliative	





### QUALE RETE IL MODELLO A FILIERA



INSEGNAMENTO in Medicina e Cure Palliative c/o Uni-MIB RETE FORMATIVA ASST Lecco





**GRAZIE!**



### **Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]**

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

**[Torna all'inizio](#)**