



UNIMORE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

Dipartimento di Scienze Biomediche,
Metaboliche e Neuroscienze

**Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Sede di Modena**

Presidente: Prof.ssa Annalisa Bargellini

**“PERCORSO DI CURE PALLIATIVE NELLE
CASE RESIDENZE ANZIANI:
UN PROGETTO SPERIMENTALE IN 10 CRA DI
REGGIO EMILIA”**

Relatore:

Dott. Prof. Matteo Lauriola

Studente:

Gaia Bartoli

Matricola 206819

Anno Accademico 2025-2026

Indice

1. Introduzione.....	1
1.1 Le Cure Palliative.....	1
1.1.1 Le cure palliative nell’anziano	2
1.1.2 Stratificazione del bisogno di cure palliative	3
1.1.3 Come identificare il bisogno di CP nell’anziano	4
1.1.4 Un diritto ancora spesso negato	5
1.2 Le Case Residenze per Anziani.....	8
1.2.1 Popolazione della CRA	9
1.2.2 Il Piano Assistenziale Individualizzato	10
1.2.3 I bisogni di cure palliative nelle CRA.....	11
1.3 Importanza del tema nella pratica professionale.....	14
2. Contesto e Background.....	19
2.1 Le CRA in provincia di Reggio Emilia.....	19
3. Revisione della letteratura.....	21
3.1 Normativa Italiana e Regionale.....	21
3.1.1 Applicazione delle normative alle CRA	22
3.2 Linee guida.....	22
3.3 Le CP nelle CRA ad oggi.....	24
3.3.1 Esperienze di CP nelle CRA	27
4. Obiettivi del progetto	29
4.1 Obiettivo generale	29
4.2 Obiettivi specifici	29
5. Metodologia	31
5.1 Modello di miglioramento adottato.....	31
5.2 Stakeholder.....	31
6. Progettazione operativa	33
6.1 Analisi del problema	33
6.2 Pianificazione delle azioni di miglioramento e timeline.....	34
6.2.1 Formazione delle equipe	35

6.2.2	Prima fase sperimentale: affiancamento	36
6.2.3	Seconda fase sperimentale: autonomia	38
6.2.4	Termine della fase sperimentale e raccolta dati	39
6.3	Risorse necessarie	40
6.3.1	Tempo	40
6.3.2	Personale	41
6.3.3	Strumenti utilizzati	41
7.	Risultati	45
7.1	Risultati qualitativi	46
7.1.1	Turnover del personale.....	46
7.1.2	Qualità di vita	47
7.1.3	Acquisizione di nuove competenze, punti di forza e debolezza	49
7.2	Risultati quantitativi	51
7.2.1	Presa in carico, PAI e prescrizioni anticipate.....	51
7.2.2	Invio in Pronto Soccorso ed esiti	57
7.2.3	Luogo del decesso	61
8.	Discussione	63
8.1	Interpretazione dei risultati	63
8.1.1	Sintesi dei risultati principali	63
8.1.2	Strumenti di identificazione precoce dei bisogni palliativi.....	64
8.1.3	Caratteristiche degli ospiti arruolati	66
8.1.4	Consulenze specialistiche.....	67
8.1.5	PAI e prescrizioni anticipate	67
8.1.6	Accessi in PS, ricoveri e dimissioni.....	70
8.1.7	Luogo del decesso	73
8.1.8	Benefici del progetto	74
8.2	Raggiungimento degli obiettivi.....	77
8.3	Impatto del progetto sull'organizzazione.....	79
8.4	Confronto con la letteratura e le linee guida	81
9.	Limiti	83

9.1 Limiti metodologici e organizzativi	83
9.2 Criticità incontrate.....	85
10. Conclusioni e raccomandazioni	89
10.1 Sintesi dei risultati.....	89
10.2 Contributi al miglioramento	90
10.3 Sostenibilità nel tempo	92
10.4 Proposte di sviluppo futuro	93
Bibliografia	98

1. Introduzione

1.1 Le Cure Palliative

Secondo la legge 38/2010, articolo 2, le **cure palliative** (CP) sono *“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”* (1).

La definizione fornita dalla Legge Italiana concorda con quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ne sottolinea il focus sul miglioramento della qualità di vita non solo del paziente ma anche dei suoi cari, attraverso l'alleviamento della sofferenza, intesa come esperienza globale vissuta a livello fisico, psicologico o spirituale (2).

Le CP, che considerano il morire come un evento naturale, non accelerano né rallentano la morte, bensì operano per il sollievo dal dolore e dagli altri disturbi; aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte e sostengono la famiglia durante la malattia e il lutto (3).

La definizione di CP è stata modificata ed ampliata nel tempo, comprendendo ad oggi anche i pazienti il cui stato di malattia rende la cura difficilmente raggiungibile, ma non impossibile (4).

Secondo il decalogo della Società Italiana di Cure Palliative (SICP), le CP sono *“un diritto di tutti esigibile in ogni fase di vita e della malattia e in ogni luogo di cura”*, con l'obiettivo di migliorare non solo il fine vita ma anche la vita in sé, fornendo la migliore risposta a bisogni globali della persona nel rispetto dei principi etici della cura e dell'assistenza; tali bisogni vengono presi in carico da equipe multidisciplinari e multiprofessionali dedicate e formate che tendono all'umanizzazione delle cure (5).

In seguito alla pubblicazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, le cure palliative sono diventate parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (6); si configurano non come un intervento opzionale, ma come un diritto che ogni cittadino deve esigere e un dovere che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire.

1.1.1 Le cure palliative nell'anziano

In quasi tutto il mondo si sta assistendo all'aumento della popolazione anziana; tale cambiamento demografico è ben noto anche in Italia, dove entro il 2066 un italiano su 6 avrà più di 80 anni: ciò comporta una modifica radicale dell'epidemiologia del vivere e del morire (7).

L'aumento dell'aspettativa di vita e il miglioramento delle condizioni sia cliniche che funzionali hanno modificato profondamente la demografia. In tale contesto, si è cominciato a distinguere la "terza età" (corrispondente agli over 65) da una "quarta età", quella dei cosiddetti "oldest old", caratterizzata non più da un semplice limite anagrafico, ma da un declino biologico e funzionale maggiore e da elevata morbosità e fragilità (8).

Il "grande vecchio" è la persona che ha intrapreso l'ultimo tragitto dell'invecchiamento, caratterizzato da:

- età molto avanzata (>85);
- aumento della difficoltà di ritornare ad uno stato di omeostasi ed equilibrio in seguito a modificazioni provocate dall'invecchiamento, dalla multimorbilità e dal rapporto con il contesto di vita;
- crescente fragilità, intesa come maggiore vulnerabilità agli stress con aumentato rischio di disabilità, declino funzionale, ospedalizzazione e mortalità;
- co-esistenza di diverse malattie croniche, con conseguente compresenza di sintomatologia e politerapia;
- alto rischio o presenza di disabilità funzionale progressiva;
- elevata prevalenza di compromissione cognitiva;
- necessità di supporto sociosanitario;
- debolezza della rete di supporto familiare e di prossimità (8).

L'assistenza al grande anziano richiede di re-interpretare la relazione tra malattia e invecchiamento, elementi che si intrecciano a tal punto da rendere difficile discernere tra la morte come conseguenza di una o più malattie o come conseguenza del limite biologico dell'esistenza (7): da un lato, è necessario saper affrontare la complessità della condizione clinica di questi pazienti, evitando sia l'accanimento terapeutico che

l'abbandono (7); dall'altro, diventa complesso identificare il punto di superamento dell'irreversibilità della condizione clinica, il quale rende indispensabile l'approccio palliativo (8).

In questo scenario deve essere favorita la collaborazione tra medicina geriatrica e medicina palliativa, due culture che condividono una visione umanistica e sociale delle cure e l'attenzione alle sfere etiche, spirituali, emotive, relazionali e di senso (7).

Già nel 2002, l'OMS affermava che le cure palliative dovrebbero essere applicate il più precocemente possibile nel corso di una malattia cronica (9). Tale indicazione diventa più rilevante a fronte del fatto che, secondo i dati epidemiologici, se la presenza di due o più patologie croniche caratterizza già il 75% dei sessantenni, tale condizione colpisce quasi la totalità degli over 80 (10).

Il legame necessario tra età avanzata e cure palliative si sta già mostrando attraverso i dati: nel 2021, il 47% dei decessi avvenuti in Italia ha riguardato anziani over 85; il 73,4% dei bisogni di cure palliative è oggi legato a malattie e condizioni croniche età-correlate, tra cui la demenza, le malattie cardiovascolari e il cancro; non da meno, il 40% dei pazienti con bisogni di cure palliative ha più di 70 anni (7).

1.1.2 Stratificazione del bisogno di cure palliative

Secondo la Società Italiana di Cure Palliative (SICP), i pazienti che giovano maggiormente delle cure palliative specialistiche non sono coloro che hanno una prognosi più importante, ma coloro che presentano bisogni più complessi (11). Ciò significa che, quando si volge lo sguardo ad un anziano chiedendosi se necessita o meno di un'assistenza palliativa, non bisogna fare attenzione tanto al quadro clinico, diagnostico-prognostico, quanto alla sua interezza e globalità.

Il bisogno di cure palliative può essere stratificato in base alla sua complessità; di conseguenza, si distinguono

- cure palliative “di base”, dette anche “approccio palliativo alle cure”, erogabili da non specialisti;
- cure palliative specialistiche o condivise (11).

Secondo l'OMS, nei Paesi ad alto reddito solo il 30-45% delle persone con bisogni di cure palliative necessitano di specialisti, mentre la maggior parte dei malati può trovare risposta alle proprie necessità tramite un approccio palliativo alle cure (11).

In particolare, a livello internazionale vengono riconosciuti tre livelli di complessità:

- **Bassa complessità:** in pazienti in fase precoce di malattia e/o in stabilità clinica. In questo caso non è necessario l'intervento di un'equipe specialistica, bensì le CP possono essere fornite da personale con competenze di base nel cosiddetto "approccio palliativo". L'assistenza è gestita dal Medico di Medicina Generale (MMG) e personale di base. L'equipe specialista può essere contattata per consulti.
- **Media complessità:** necessità di shared care, ovvero di collaborazione tra equipe non specialistica, che continua a seguire il malato, ed equipe specialistica di CP che offre le proprie competenze ed esperienze;
- **Alta complessità:** la presa in carico da parte dell'equipe specialistica diventa intensiva e globale, sempre mantenendo un coinvolgimento con l'equipe di base ed altri specialisti.

Dal momento che la prognosi degli anziani, caratterizzati da fragilità e morbidità estremamente differenti, è di difficile definizione, è possibile che talvolta la presa in carico sia di bassa complessità fino al decesso, oppure che la complessità vari durante il percorso in base alle fasi di compenso e scompenso del paziente o alla fragilità del contesto sociale-famigliare (12).

1.1.3 Come identificare il bisogno di CP nell'anziano

Secondo quanto descritto da Lunney, esistono tre diverse traiettorie di malattia:

- fase di declino lento e/o stabile seguita da crollo grave e veloce, tipico dei malati di cancro;
- declino graduale con riacutizzazioni, determinato da malattie d'organo avanzate;
- declino progressivo a ritmo lento, caratteristico della demenza o della fragilità (13).

Dal momento che le condizioni croniche portano in sé un'alta incertezza prognostica, legata alla multifattorialità e individualità dei processi di fine vita, non è possibile identificare i pazienti anziani che potrebbero beneficiare di CP tenendo conto solo del tempo loro rimasto. Piuttosto, risulta più affidabile eseguire una Valutazione Multidimensionale (VMD) interdisciplinare che tiene conto di altri indicatori di fine vita, come:

- indicatori funzionali: perdita di autonomia in due o più ADL negli ultimi 6 mesi;
- indicatori nutrizionali: perdita di peso di più del 10% negli ultimi 6 mesi;
- indicatori emotivi: stress emotivo e sintomi psicologici non causati da acuzie;
- sindromi geriatriche: delirium, disfagia, lesioni da pressione, cadute frequenti;
- vulnerabilità sociale;
- utilizzo delle risorse: ricorso al pronto soccorso e/o ospedalizzazioni per complicanze della malattia cronica;
- fragilità: il più forte predittore di mortalità nell'anziano a domicilio, indicante fase terminale se accompagnata da compromissione cognitiva;
- nei pazienti affetti da demenza, perdita di due o più ADL negli ultimi 6 mesi, disfagia e rifiuto dell'alimentazione (8).

La VMD permette di creare un programma olistico per il trattamento e il monitoraggio del paziente:

- individua i bisogni (non solo clinici ma anche psicologici, spirituali e relazionali) e le capacità della persona anziana;
- definisce una prognosi a breve e lungo termine, in modo da predisporre un piano di cura personalizzato (8).

Ciò comporta come conseguenza il miglioramento della qualità dell'assistenza e la riduzione dell'ospedalizzazione, attraverso l'identificazione precoce del bisogno di CP (8).

1.1.4 Un diritto ancora spesso negato

È stato dimostrato che l'identificazione precoce del bisogno di CP nei grandi anziani risulta essere efficace nel miglioramento della qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari, nella riduzione dei costi e nell'aumentare l'appropriatezza degli interventi (8). Ciò perché nelle ultime fasi della vita è necessario concentrarsi sulla condizione

esistenziale della persona, piuttosto che su quella clinica, evitando di spendere energie nella speranza vana di guarire malattie che non rispondono più alle cure (8).

Eppure, le decisioni anticipate circa il proprio fine vita sono ancora rare, i servizi geriatrici sono precari, l'ageismo è imperante e vi è mancanza di formazione circa l'assistenza geriatrica e psicogeriatrica (14). Voumard et al. sottolinea come le cure palliative geriatriche devono ancora affrontare importanti sfide legate a:

1. l'esclusione degli anziani pluripatologici e/o affetti da deficit cognitivi da trial clinici, il che comporta mancanza di interventi assistenziali e formativi evidence-based;
2. la complessità del processo decisionale per gli anziani gravemente malati, che nel 70% dei casi non possiedono una piena capacità decisionale;
3. lo scarso coordinamento dell'assistenza che comporta transizioni tra diversi setting assistenziali, spreco di risorse, riduzione della qualità delle cure, assenza di continuità assistenziale, permanenza di polifarmacoterapia, ricoveri ospedalieri ed accessi a servizi di emergenza negli ultimi mesi di vita (15).

Nel 2025, la Società Italiana di Cure Palliative ha inoltre evidenziato come, a quindici anni dalla Legge n. 38/2010, i dati circa la diffusione delle CP rimangono allarmanti: solo 1 paziente su 4 ha accesso a percorsi specialistici di CP; raramente si assiste ad una rilevazione del bisogno precoce, mentre abbondano le segnalazioni tardive; il diritto è garantito solo a chi ha davanti a sé pochi giorni di vita e, anche in questo caso, solo il 68% dei pazienti che ne hanno bisogno ne possono beneficiare (5). Ad oggi, il 70% dei pazienti non oncologici (affetti da scompenso cardiaco, malattie respiratorie croniche, demenza e malattie neurologiche degenerative, insufficienza renale, fibrosi cistica...) sono esclusi dai servizi di CP (5).

Nonostante le CP siano efficaci nell'accompagnare il paziente sin dalle prime fasi della malattia cronica, migliorando la qualità della vita per mesi o anni, la durata media dei percorsi di presa in carico è spesso limitata a pochi giorni o settimane, con attivazione dei servizi negli ultimi giorni di vita (5).

Ciò spesso avviene perché l'interpretazione pubblica vede le cure palliative come sinonimo di morte; ancora oggi, i team di CP vengono attivati solo quando il controllo della malattia è stato completamente perso (4); in altre parole, troppo tardi.

1.2 Le Case Residenze per Anziani

Secondo la legge 564/2000, la Casa Residenza per Anziani (CRA) è *“una struttura socio-sanitaria residenziale destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere”* (16).

La CRA offre ai cittadini anziani ospitalità e assistenza nelle attività di vita quotidiana; occasioni di vita comunitaria; attività occupazionali, ricreativo-culturali, di mantenimento e di riattivazione. Offre, inoltre, assistenza medica, infermieristica e trattamenti riabilitativi volti al mantenimento e/o miglioramento dello stato di benessere e di salute dell’anziano (16).

In particolare, all’interno della CRA prestano assistenza il Medico di Medicina Generale (MMG), l’infermiere, il fisioterapista, l’operatore socio-sanitario (OSS), l’educatore. Talvolta possono essere prestate consulenze mediche specialistiche o psicologiche (17).

Secondo quanto definito dal DGR 514/2009, la figura infermieristica garantisce assistenza 12 ore al giorno nelle ore diurne, in un rapporto minimo di 1 professionista ogni 12 ospiti; di notte, l’assistenza viene erogata dagli OSS (16).

Perché una CRA possa provvedere all’assistenza della popolazione anziana, deve ricevere, da parte del Comune di appartenenza, una autorizzazione al funzionamento che certifichi il rispetto dei minimi requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici. In un secondo momento, l’accreditamento conferisce alla struttura sanitaria lo status di *“soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale”*, con certificazione di possesso di requisiti di qualità dell’assistenza sanitaria (18), secondo quanto descritto dal D.G.R. 514/2009. Indipendentemente dall’accreditamento, una struttura può essere pubblica o privata, con relative ricadute sulla quota che l’anziano deve versare per la sua permanenza in CRA (16).

Perché un cittadino possa accedere all’assistenza in CRA (provenendo da domicilio, dall’ospedale o da una struttura di post-acuzie) è necessaria la verifica dell’appropriatezza di tale servizio sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni dell’utente, in termini di problematiche

sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche. La VMD deve essere ripetuta periodicamente al fine di verificare la continuità della corrispondenza tra il bisogno dell'anziano e il servizio offerto (19). Ciò non vale per le strutture residenziali private, le quali accolgono gli ospiti tramite lo scorrimento di liste d'attesa interne regolate da disponibilità e requisiti stabiliti dal privato stesso (20).

Il ricovero, da considerarsi come parte del nodo dinamico dell'assistenza e non come soluzione finale, può avere carattere definitivo o temporaneo, in quest'ultimo caso per dare sollievo al nucleo familiare (19).

L'assistenza prestata in regime residenziale si configura come una prestazione a lungo termine in condizioni di cronicità e/o stabilizzazione delle condizioni cliniche; ciò comporta una netta distinzione dall'assistenza post-acuzie di riabilitazione o lungodegenza, prestata a livello ospedaliero (19), senza però prevedere un gradiente di assistenza minore: l'anziano in CRA, infatti, non può mai essere definito "stabile" in senso assoluto e continua a richiedere significativi trattamenti di natura sanitaria (19). La struttura, dunque, deve essere in grado di gestire l'instabilità clinica e le problematiche intercorrenti anche acute, in un contesto assistenziale che può risultare addirittura superiore a quello di alcuni reparti di post-acuzie (19). Ciò che invece caratterizza particolarmente la prestazione residenziale è il carattere assistenziale, piuttosto che terapeutico, connotato da umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza (19).

1.2.1 Popolazione della CRA

Secondo gli ultimi dati ISTAT, i posti letto offerti all'interno di strutture residenziali in Italia sono circa 430 mila, con un'offerta disomogenea da Nord a Sud (21).

Gli anziani over 65 ospitati in CRA sono circa 291 mila, di cui la maggior parte non autosufficienti. Il 73% degli ospiti è di sesso femminile; il 77% ha superato gli 80 anni di età (22). Risulta elevata la prevalenza di disabilità, compromissione cognitiva e importanti sindromi geriatriche (7), con conseguente dipendenza elevata, se non totale, sia dal punto di vista motorio che cognitivo. I residenti in CRA, le cui caratteristiche patologiche ricalcano quelle della popolazione anziana generale, si distinguono per la coesistenza di gravi fragilità e multimorbilità, con attesa di vita inferiore ai 12-15 mesi (7); la durata media della degenza è inferiore

ai 15 mesi, con un tasso di mortalità del 24% entro il primo anno dall'ingresso e dell'8% entro i primi 30 giorni (7).

1.2.2 Il Piano Assistenziale Individualizzato

Secondo il D.G.R. 514/2009, per ogni ospite della CRA deve essere predisposto obbligatoriamente un Piano Individualizzato di Assistenza, altresì detto PAI: un documento redatto in seguito a confronto tra la persona, la sua famiglia e i professionisti dell'equipe contenente la progettazione dell'assistenza in risposta ai problemi e ai bisogni dell'ospite, in modo da favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-assistenziali (7, 23). Accompagnando l'ospite nel proprio percorso di vita, il PAI deve essere considerato come uno strumento dinamico, da aggiornarsi periodicamente sulla base dei cambiamenti dei suoi bisogni, che possono essere di carattere sanitario, terapeutico, riabilitativo, assistenziale e educativo (7, 23).

In particolare, all'interno del PAI (che, idealmente, dovrebbe essere redatto in presenza e collaborazione dell'ospite e/o dei familiari di riferimento), vengono riportati:

- la valutazione multidimensionale e multiprofessionale della persona, indispensabile al mantenimento di una visione olistica ed integrata del progetto. La valutazione deve prevedere l'utilizzo di strumenti riconosciuti in ambito scientifico;
- bisogni e/o problemi della persona e/o della famiglia;
- bisogni, desideri e aspettative dell'equipe rispetto all'assistenza della persona;
- gli obiettivi che si intendono conseguire, raggiungibili in una temporalità dichiarata e misurabili. Devono essere accompagnati dai relativi indicatori atti alla misurazione del raggiungimento del risultato;
- interventi e strategie assistenziali e terapeutiche volti a tali obiettivi declinati e condivisi tra le varie professionalità, con specificazione dei tempi relativi alla realizzazione, frequenza e titolarità degli interventi (7, 23).

In seguito alla redazione, il PAI dovrà essere condiviso con l'ospite, i familiari o i legali rappresentanti e tutta l'equipe, con conseguente sottoscrizione. Tale documento deve essere verificato almeno ogni 6 mesi e adeguato o riformulato in base alla rivalutazione dei bisogni e delle esigenze della persona (22).

Il PAI garantisce la personalizzazione dell'assistenza, coinvolgendo l'ospite e il caregiver come protagonisti attivi del percorso; al contempo, consente all'equipe di uniformare le modalità assistenziali, rendendole coerenti con le volontà e le necessità dell'anziano.

1.2.3 I bisogni di cure palliative nelle CRA

Dato che, nella maggior parte dei casi, la degenza in CRA si conclude con la fine della vita dell'ospite, oltre alla valutazione clinica, diventa fondamentale prestare attenzione alla condizione esistenziale della persona e della sua famiglia, consentendo all'anziano di concludere la propria vita secondo le proprie preferenze (7). In quest'ottica, gli interventi clinico-assistenziali devono essere principalmente volti a garantire la migliore qualità di vita possibile, assicurando comfort e assenza di dolore, attraverso l'individuazione precoce dei bisogni di cure palliative (7). Una volta rilevati, tali bisogni devono essere sempre riportati, monitorati e rivalutati nel tempo all'interno del PAI, che deve accompagnare l'ospite in maniera dinamica, modificandosi con il modificarsi dei suoi bisogni (7).

Secondo Nebuloni, i principali bisogni e desideri espressi dalle persone in fine vita ricoverati in ospedali, hospice e CRA si dividono in:

- fisiologici: eliminare o lenire il dolore e/o la sofferenza; essere in un ambiente accogliente; avere comfort e riservatezza; rispetto del proprio corpo;
- sicurezza: poter esternare le proprie paure e ricevere risposte; ricevere informazioni sulla propria condizione;
- appartenenza/amore: avere accanto i propri affetti; essere ascoltati;
- stima di sé e realizzazione: poter parlare del fine vita; continuare ad essere considerati una persona; rispetto della propria dignità; garanzia delle volontà post-mortem; esprimere e praticare le convinzioni religiose (24).

Cesarina Prandi, nel manuale "Infermieristica in Cure Palliative" identifica i bisogni maggiormente espressi in cure palliative:

- ansia del familiare;
- ansia del malato;
- vomito;
- stipsi;

- dispnea;
- problemi respiratori;
- dolore;
- depressione;
- insonnia;
- confusione (25).

Nella complessità assistenziale della CRA, va considerato che in un ospite possono comparire più sintomi contemporaneamente, influenzandosi reciprocamente: ad esempio, la dispnea crea nella persona angoscia, panico e paura di morire (25); inoltre, il trattamento utilizzato per alleviare un sintomo può provocare la comparsa e/o il peggioramento di un altro (26).

A tal proposito, l'attenzione deve essere posta anche sul problema della polifarmacoterapia, che può comportare un rischio maggiore legato a effetti avversi e interazioni tra farmaci (26); nell'approccio palliativo diventa, dunque, indispensabile il pensiero alla de-prescrizione (26).

Prandi riporta anche i principali problemi assistenziali associati alle cure palliative; quelli riconducibili agli anziani ospiti in CRA sono:

- alterazioni della mucosa orale: xerostomia, mucosite, infezioni batteriche o virali;
- alterazioni nutrizionali: iporessia e/o anoressia, difficoltà a nutrirsi, cachessia;
- idratazione: disidratazione severa associata a diarrea, vomito, febbre, sudorazione, assenza di fame e sete
- eliminazione: incontinenza fecale ed urinaria
- alterazioni del sonno: insonnia dovuta a stress, disturbi psichiatrici, dolore, bruxismo, apnee notturne;
- alterazioni delle attività di vita quotidiana: intolleranza all'attività
- compromissione dell'integrità cutanea: lesioni di diversa natura quali da pressione, vascolari, neoplastiche;
- infezioni: soprattutto batteriche (25).

A fianco dei più comuni e maggiormente rilevati bisogni fisici, compaiono anche i bisogni legati al dominio psicologico, sociale e spirituale degli anziani.

Nella persona che muore, come precedentemente citato, diventano prevalenti i bisogni di comfort, di poter comunicare ansie e angosce, di rispetto della propria persona, di mantenimento della dignità, di vicinanza dei propri affetti (24). La rilevazione di tali bisogni risulta essenziale in una presa in carico globale, personalizzata ed umanizzata della persona anziana, nel rispetto della definizione, fornita da Cicely Saunders, del dolore come “totale”, ovvero come anche psichico, socio-economico e spirituale, oltre che fisico (27).

Tra i bisogni non fisici individuati tra Prandi, quelli maggiormente attribuibili agli ospiti delle CRA sono:

- bisogni sociali: curare la pulizia del corpo, soggiornare in un ambiente confortevole, solidarietà sociale;
- bisogni spirituali: si dividono in dimensione psicologica (bisogno di tenerezza, perdono, accettazione, amore, sicurezza...), dimensione biologica (conseguenze della malattia) e dimensione sociale (relazioni amicali e affettive) (25).

Come dimostrato in una revisione della letteratura condotta da Ersek et al., gli indicatori di bisogni di cure palliative riconducibili al dominio psicologico (quali depressione, ansia e deterioramento cognitivo) e al dominio sociale e spirituale (tra cui isolamento sociale e necessità di un maggiore supporto sociale) sono scarsamente rappresentati, evidenziando il rischio significativo di abbandono dei residenti rispetto ai disagi più profondi associati al fine vita (28).

Il bisogno di cure palliative non solo deve essere rilevato, ma anche valutato nella sua complessità; per fare ciò, si può fare affidamento su:

- variabili già più ampiamente utilizzate:
 - autonomia;
 - fragilità;
 - multimorbilità;
 - stabilità (o instabilità) clinica;
 - competenza decisionale;
- variabili più specifiche all’ambito del long term care, legate a:
 - incertezza prognostica;
 - variabili soggettive di tipo etico;

- aspetti psico-sociali: vulnerabilità sociale, ridotto livello culturale, conflitti o divergenze familiari (7).

I fattori citati sono di particolare rilevanza poiché possono causare nei professionisti incertezze, dilemmi etici e conflitti decisionali che rendono più complessa l'assistenza e la sua personalizzazione (7).

La loro rilevazione e discussione in equipe permette di valutarne l'impatto sull'assistenza, rendendola solida anche di fronte a perplessità e complessità etico-spirituali (7).

Nell'attenzione al malato, è indispensabile volgere lo sguardo anche alla famiglia, la quale subisce una sorta di "onda d'urto emozionale" che richiede la ricerca di nuovi ruoli e nuovi equilibri all'interno del gruppo (7). Da soggetto che cura, la famiglia deve diventare oggetto di cura: il familiare deve essere accompagnato, ascoltato e aiutato nell'adattamento alla nuova situazione e al nuovo ruolo.

Prandi individua tra i bisogni sociali dei familiari:

- bisogno di pausa e sostegno pratico;
- bisogno di informazioni sanitarie o socio-assistenziali;
- bisogno di formazione;
- bisogno di una migliore comunicazione (25).

Tali bisogni tenderanno ad assumere caratteristiche diverse sulla base della tipologia di famiglia con cui ci si confronta (supportiva, in grado di risolvere i conflitti, ostile, scontroso o intermedia tra le precedenti) e del momento del lutto in cui si trova (rifiuto, rabbia, depressione, elaborazione) (25).

Ciò che deve diventare sistematico nell'assistenza all'ospite bisognoso di cure palliative e alla sua famiglia rimane l'attenzione alla rilevazione e al monitoraggio dei bisogni, al fine di assicurare la migliore qualità di vita possibile per tutte le figure coinvolte.

1.3 Importanza del tema nella pratica professionale

L'articolo 26 del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche afferma che l'infermiere garantisce la cura fino al termine della vita della persona, riconoscendo l'importanza della pianificazione e attuazione dell'assistenza attraverso il modello di cure palliative, al fine di offrire sollievo fisico, psicologico, relazionale, spirituale e ambientale (29). Inoltre, l'infermiere si prende cura dei familiari e delle persone di riferimento dell'assistito non solo nella fase finale di vita, ma anche nel momento della morte e nel successivo processo di elaborazione del lutto (29).

L'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali per anziani si integra pienamente con tali principi, in quanto il percorso assistenziale si sviluppa spesso lungo un arco temporale esteso, caratterizzato da una conoscenza progressiva e approfondita dell'ospite e della sua rete familiare. In questo contesto, la relazione rappresenta uno strumento essenziale di cura e consente all'infermiere di sviluppare un approccio assistenziale fondato sul caring e sulla personalizzazione degli interventi.

L'infermiere che opera in CRA esercita la professione in maniera autonoma e globale, assumendo la responsabilità dell'assistenza in tutte le sue dimensioni, come definito dal profilo professionale delineato dal D.M. 739/1994 (30). In tale ambito, l'attività infermieristica si esplica attraverso interventi di natura:

- preventiva: l'infermiere effettua una valutazione continua e sistematica dell'ospite, finalizzata, tra le altre cose, all'identificazione precoce dei bisogni assistenziali e alla prevenzione della riacutizzazione delle patologie croniche, dell'insorgenza di nuove problematiche psico-fisiche, delle lesioni da decubito e del rischio di cadute (31);
- curativa: l'infermiere contribuisce al monitoraggio e al trattamento delle comorbilità, delle sindromi geriatriche e della sintomatologia psicologico-sociale-spirituale associata (31), in collaborazione con l'equipe multidisciplinare nella gestione delle condizioni cliniche complesse e delle eventuali situazioni di emergenza;
- palliativa: mediante il riconoscimento precoce dei bisogni di cure palliative, la gestione dei sintomi complessi del fine vita, l'accompagnamento dell'anziano e della famiglia durante la morte e il lutto;

- educativa: l'infermiere promuove l'educazione all'anziano e alla famiglia rispetto ai cambiamenti legati all'invecchiamento e/o alla progressione delle patologie, favorendo l'adattamento alla malattia e la condivisione di nuove modalità di approccio, occupazione e relazione (31).

Attraverso il PAI, l'assistenza diventa non solo personalizzata ma anche pianificata in modo sistematico, mediante l'identificazione dei bisogni dell'ospite attraverso strumenti validati, la definizione di obiettivi misurabili e raggiungibili, l'individuazione degli interventi necessari al loro conseguimento e la valutazione dei risultati assistenziali (7, 22, 23).

Grazie alla conoscenza profonda dell'ospite e della sua rete familiare, l'infermiere che opera in CRA può fare concretamente esperienza del tempo di relazione come tempo di cura, come richiamato dall'articolo 4 del Codice Deontologico (29). La continuità assistenziale tipica del contesto residenziale favorisce la costruzione di rapporti fiduciari significativi, che permettono di cogliere bisogni spesso non espressi esplicitamente e di offrire un'assistenza realmente centrata sulla persona.

In questo contesto, l'infermiere affronta una duplice complessità: clinica, legata a pazienti pluripatologici e instabili, e relazionale, connessa alla gestione di fragilità e sofferenza dell'anziano e della sua famiglia. Tali dinamiche richiedono un approccio assistenziale che integri competenze tecniche, relazionali ed etiche.

All'interno della struttura residenziale, l'infermiere svolge una funzione di advocacy nei confronti di anziani fragili, spesso non in grado di comunicare autonomamente, nell'ambito di un rapporto fiduciario con l'assistito.

Tutto ciò presuppone una formazione completa, capace di rispondere alle esigenze multiformi della persona e di individuare eventuali ostacoli che interferiscono con la piena realizzazione della cura (32).

L'assistenza all'anziano residente in CRA assume caratteristiche ancora più complesse e personalizzate quando si inserisce nell'ambito delle cure palliative, dove l'infermiere deve sviluppare competenze specifiche per assicurare all'assistito qualità di vita e sollievo dalla sofferenza, nel pieno rispetto di quanto sancito dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38 (1).

Secondo quanto definito dalla SICP, il Core Curriculum dell'infermiere in cure palliative prevede la capacità di effettuare una valutazione globale e sistematica dei bisogni della persona e del nucleo familiare, individuando precocemente la presenza di bisogni palliativi e rispondendo in modo appropriato e proporzionato all'evoluzione della malattia (33). Perché ciò sia possibile, l'infermiere deve essere in grado di affrontare in equipe le questioni etico-morali e le situazioni cliniche complesse e controverse, come riportato anche agli articoli 5 e 6 del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (29).

Un ulteriore aspetto cruciale riguarda la capacità di comunicare in modo efficace con l'assistito, documentare correttamente il processo assistenziale, lavorare in modo collaborativo con l'equipe multiprofessionale e promuovere il proprio sviluppo professionale (33).

L'articolo 27 del Codice Deontologico prevede che l'infermiere promuova il coinvolgimento attivo dell'assistito nel processo decisionale, fornendo informazioni chiare al paziente e, su richiesta, ai suoi riferimenti (29). Vengono così rispettate le preferenze del malato, inclusa la possibilità di porre limiti agli interventi sanitari ritenuti non proporzionati o incoerenti con la propria concezione di qualità di vita (29).

Nonostante l'elevato valore assistenziale e relazionale che caratterizza il contesto residenziale, il lavoro nelle strutture per anziani è spesso percepito come poco attrattivo da parte degli infermieri, a causa di carichi assistenziali elevati, crescente complessità clinica degli ospiti, riconoscimento economico e professionale ritenuto insufficiente e a turnazioni gravose legate alla carenza di personale (34).

Tuttavia, in relazione alla transizione demografica in atto, la CRA sta assumendo un ruolo sempre più centrale nella rete socio-assistenziale; l'aumento della complessità della non-autosufficienza impone cambiamenti culturali e organizzativi volti a favorire l'integrazione dei modelli di cure palliative anche nei contesti residenziali, al fine di garantire continuità assistenziale e appropriatezza delle cure.

A livello internazionale, l'European Association for Palliative Care ha evidenziato la necessità di sviluppare una maggiore sinergia tra i servizi residenziali e i servizi specialistici di cure palliative (7).

Analogamente, l'Intesa Stato Regione del 25 luglio 2012 stabilisce che le strutture residenziali debbano garantire l'erogazione di cure palliative ai propri ospiti,

avvalendosi, ove necessario, delle Unità Domiciliari specialistiche (7, 36). I Livelli Essenziali di Assistenza sottolineano inoltre l'importanza della continuità delle cure e della definizione di percorsi assistenziali palliativi che includano le strutture residenziali (6, 7). Tali indicazioni risultano coerenti con i principi della Riforma della Non Autosufficienza, che ribadisce il diritto dell'anziano alle cure palliative, specificando che possono essere attuate all'interno delle RSA (7, 37), in conformità con quanto sancito dalla Legge n. 38/2010, che tutela il diritto di ogni persona ad ottenere sollievo dal dolore e dalla sofferenza (1, 7).

L'infermiere che opera in CRA, una volta consolidata la propria capacità di pianificazione globale e multidimensionale dell'assistenza, può contribuire in modo significativo allo sviluppo dell'empowerment professionale attraverso lo sviluppo di competenze specifiche, favorendo l'implementazione, la diffusione e il coordinamento multiprofessionale delle cure palliative. Ciò risulta particolarmente rilevante nel contesto residenziale, che rappresenta un luogo di assistenza ma anche di vita e di morte, in cui l'anziano ha il diritto di "entrare da vivo nella morte", come affermato da Marie de Hennezel.

2. Contesto e Background

2.1 Le CRA in provincia di Reggio Emilia

La provincia di Reggio Emilia, situata in Emilia-Romagna, è composta da 42 comuni, contando circa 523 mila abitanti (37).

Di questi, le persone con oltre 65 anni di età sono circa 117 mila, rappresentando il 22% della popolazione (38).

Secondo gli ultimi dati del portale regionale Profilo di Salute - Emilia-Romagna, un cittadino reggiano su 3 convive con almeno una malattia cronica, con una maggiore diffusione di diabete, obesità, malattie muscoloscheletriche, disturbi psichiatrici, neoplasie, patologie cardiovascolari e respiratorie; tra le principali cause di morte, sia tra le donne che tra gli uomini, risulta frequente la demenza (39).

Dal primo luglio 2017 la sanità reggiana è governata dall'Azienda Usl di Reggio Emilia - IRCCS, nata dalla fusione tra l'Ausl e l'Azienda ospedaliera "Arcispedale Santa Maria Nuova" (40).

A livello territoriale, l'azienda è organizzata in 6 distretti sanitari:

- Castelnovo ne' Monti;
- Correggio;
- Guastalla;
- Montecchio Emilia;
- Reggio Emilia (città);
- Scandiano (41).

Ognuno di questi distretti offre ospitalità ai cittadini anziani grazie ai propri servizi residenziali; in totale, nell'AUSL di Reggio Emilia sono presenti 47 strutture accreditate, per un totale di circa 2000 posti letto sparsi tra i vari distretti, con una maggiore distribuzione nella città di Reggio Emilia (42). A questi, si aggiungono i posti letto delle strutture residenziali private autorizzate ma non accreditate.

Sin dal 1994 la Regione Emilia-Romagna si è impegnata nello sviluppo territoriale delle cure palliative, portando alla consolidazione di un modello di Assistenza Domiciliare Integrata basata su un'intensità di cura graduale e sull'integrazione di diverse figure professionali (43).

In particolare, l'organizzazione sul territorio prevede l'erogazione dell'assistenza da parte di Reti di Cure Palliative; ciò permette a diverse equipe multiprofessionali di integrarsi per rispondere ai bisogni dei cittadini garantendo la continuità assistenziale da un luogo di cura all'altro (ospedale, ambulatorio, hospice, domicilio e altre strutture residenziali) (43).

La Rete Locale garantisce accoglienza tempestiva, valutazione del bisogno sanitario e sociale e definizione di un percorso assistenziale appropriato (43).

Anche nella provincia di Reggio Emilia opera la Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), un'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, ambulatorio, domicilio e hospice (44).

Al domicilio del paziente, assimilabile alla residenza in struttura, le cure vengono erogate da un'equipe composta da medico di medicina generale, infermiere, medico palliativista e da eventuali altre figure professionali utili a rispondere ai bisogni della persona e della famiglia (44).

L'accesso alle Cure Palliative avviene tramite la segnalazione del Medico di Medicina Generale, del Medico Ospedaliero, di altri specialisti o dei cittadini stessi allo sportello di Accoglienza delle Cure Palliative (45). La segnalazione attiva un percorso di valutazione multidimensionale e multiprofessionale atta all'individuazione dei professionisti più adatti a rispondere ai bisogni del paziente e della famiglia e della sede di assistenza più idonea (45).

Esiste uno sportello di Accoglienza delle Cure Palliative in ognuno dei 6 distretti sanitari della Provincia di Reggio Emilia (46), in modo che l'assistenza palliativa possa essere accessibile a tutti i cittadini, integrata con gli altri servizi e setting territoriali e continuativa nel tempo e nello spazio.

Le CRA, in quanto luogo di cura territoriale, possono fare riferimento alla RLCP del proprio distretto per ottenere assistenza, valutazione, consulenza e sostegno.

Le caratteristiche del contesto reggiano appena delineate (l'alta prevalenza di cronicità, la rete distrettuale consolidata e il ruolo delle CRA come nodi della RLCP) rendono necessaria una riflessione sistematica su ciò che la letteratura internazionale e nazionale indica come standard di riferimento per l'integrazione delle cure palliative nelle strutture residenziali per anziani.

3. Revisione della letteratura

3.1 Normativa Italiana e Regionale

La normativa italiana in materia di cure palliative si sviluppa all'interno di un quadro internazionale influenzato dalle Raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del Consiglio d'Europa. Tali organismi riconoscono le CP come un diritto fondamentale, volto a tutelare la dignità, la qualità della vita e il sollievo dalla sofferenza della persona assistita.

In questo contesto, la Legge 15 marzo 2010 n. 38 rappresenta il principale riferimento normativo nazionale (1). La legge garantisce il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore in tutti i setting assistenziali, in ogni fase della vita e per tutte le patologie croniche evolutive non suscettibili di trattamento risolutivo (1). Promuove inoltre lo sviluppo della rete di cure palliative, definisce il ruolo dei professionisti coinvolti e valorizza la formazione specifica degli operatori sanitari attraverso percorsi dedicati di aggiornamento e alta formazione (1).

L'attuazione della Legge 38/2010 è stata successivamente consolidata dall'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, che ha definito l'organizzazione della Rete Locale di Cure Palliative (35), e dal DPCM 12 gennaio 2017, che ha incluso le cure palliative nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (6). Un ulteriore sviluppo normativo è rappresentato dalla Legge 22 dicembre 2017 n. 219, che ha rafforzato il principio di autodeterminazione della persona assistita attraverso l'introduzione della Pianificazione Condivisa delle Cure (48). Successivamente, il Decreto Ministeriale 77/2022 ha ridefinito l'organizzazione dell'assistenza territoriale, promuovendo l'integrazione tra ospedale, territorio, hospice e servizi domiciliari (49). Il decreto attribuisce inoltre un ruolo centrale alle Centrali Operative Territoriali nel garantire continuità assistenziale e presa in carico integrata (49).

Sulla base di tale quadro normativo, la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato un modello organizzativo avanzato fondato sulla Rete Locale di Cure Palliative, formalizzata con la DGR Emilia-Romagna 560/2015 (50). Tale modello è orientato alla continuità delle cure, all'integrazione multiprofessionale e alla presa in carico globale della persona (50). Parallelamente, il Piano Nazionale della Cronicità e la stessa Intesa Stato-Regioni del 2012 hanno esteso l'approccio palliativo anche alle

patologie croniche evolutive non oncologiche, riconoscendo i bisogni assistenziali della popolazione anziana fragile e pluripatologica (36, 51).

3.1.1 Applicazione delle normative alle CRA

In coerenza con tali indirizzi, anche le CRA sono progressivamente entrate a far parte della rete di CP. In Emilia-Romagna, la DGR 514/2009 individua, tra i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali, la presenza di protocolli e relazioni strutturate con i servizi competenti per la gestione del dolore (52). Questo aspetto assume particolare rilevanza in un contesto caratterizzato da elevata complessità clinica, fragilità avanzata e bisogni multidimensionali dei residenti e dei loro familiari, che richiedono un'assistenza coerente con i principi delle cure palliative.

Anche la European Association for Palliative Care (EAPC) sottolinea la necessità di integrazione tra servizi residenziali e rete specialistica di cure palliative (7). In questa prospettiva, l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, recepita dalla DGR 560/2015 della Regione Emilia-Romagna, riconosce le strutture residenziali per anziani come nodi della rete locale di cure palliative, prevedendo la possibilità di garantire interventi palliativi anche attraverso il supporto delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (36, 50). Analogamente, i LEA richiamano la necessità di sviluppare percorsi di assistenza palliativa che includano le strutture residenziali (6). Infine, la Legge Delega 33/2023, nell'ambito della Riforma della Non Autosufficienza, riconosce le cure palliative come un diritto della persona anziana non autosufficiente e ne prevede l'erogazione anche all'interno delle strutture residenziali (36).

3.2 Linee guida

A livello internazionale, la EAPC ha creato il documento "*Palliative care in long-term care settings for older people*", linee europee di indirizzo volte a favorire l'integrazione delle cure palliative nelle strutture residenziali per anziani, in quanto luoghi competenti nell'erogazione delle CP (53).

Secondo la EAPC, le nursing homes rappresentano un setting assistenziale centrale per l'erogazione delle CP, considerando l'alta prevalenza di fragilità, demenza e multimorbidità tra gli anziani residenti (53).

Tra i fattori chiave per il cambiamento descritti dalla EAPC, nel contesto italiano viene sottolineata la necessità di ulteriore collaborazione tra la Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) per sviluppare programmi e progetti congiunti volti alla diffusione delle CP nelle strutture residenziali per anziani (53).

Le due società nel 2024 hanno sviluppato il “Documento Congiunto sul Fine Vita dell’Anziano in Residenza Sanitaria Assistenziale”, le linee di indirizzo nazionali sul tema ad ora più complete ed aggiornate.

Il documento, dopo aver delineato il cambiamento socio-demografico della nazione, invita a una rivalutazione della relazione tra malattia e invecchiamento: è necessario allontanarsi dall’approccio disease-oriented, ancora oggi ampiamente utilizzato, avvicinandosi piuttosto a modelli needs-based. In particolare, ciò che deve essere osservato nell’anziano non è la diagnosi, quanto la complessità olistica della persona nella sua globalità (7).

Il documento consiglia di:

- identificare precocemente il bisogno di CP tramite strumenti che forniscono una valutazione multidimensionale dell’anziano (ad esempio, ID-PALL, NECPAL e SPICT), partendo dalla Surprise Question (SQ) (“*Saresti sorpreso se questo malato morisse nei prossimi 12 mesi?*”)
- misurare i bisogni di CP attraverso scale validate (quali IPOS e IPOS-Dem, quest’ultimo per la demenza) in modo da rilevare eventuali situazioni di incertezza, dilemmi etici, conflitti decisionali potenziali o attuali;
- adattare l’assistenza all’anziano e ai suoi bisogni attraverso la formulazione di un PAI personalizzato da rivalutare periodicamente con il cambiare delle condizioni dell’ospite sulla base della “fase di malattia” (stabile, instabile, in deterioramento, morente, deceduto);
- promuovere la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) per migliorare l’appropriatezza degli interventi;
- rilevare, valutare e trattare efficacemente il dolore e la sofferenza
- porre attenzione ai gesti di cura (comfort ambientale, cura del corpo, del cavo orale e del naso, gestione dei sintomi disturbanti quali prurito, stipsi e dissenteria, riabilitazione e mobilitazione adattata all’ospite);

- formare i professionisti e gli operatori per comprendere il significato di CP, saper affrontare dilemmi e questioni etiche, saper comunicare efficacemente con l'ospite e i familiari, rilevare precocemente i bisogni di CP (7).

Nel complesso, tali linee di indirizzo internazionali e nazionali delineano un modello in cui le strutture residenziali per anziani non rappresentano più esclusivamente luoghi di assistenza a lungo termine, ma assumono progressivamente il ruolo di nodi integrati della rete di cure palliative, orientati alla tutela della dignità e della qualità della vita della persona fragile.

In tale contesto, il personale infermieristico assume un ruolo centrale nella trasformazione della cultura assistenziale, grazie all'identificazione precoce dei bisogni palliativi, al monitoraggio dei sintomi, alla comunicazione con la famiglia e al coordinamento della continuità della presa in carico.

3.3 Le CP nelle CRA ad oggi

L'offerta socio-sanitaria delle CRA in Italia risulta ancora eterogenea e non completamente definita sul piano normativo (7). L'organizzazione delle strutture residenziali varia, infatti, significativamente tra le diverse Regioni, con importanti differenze nelle politiche locali, nei requisiti organizzativi e nei modelli assistenziali adottati. Ne conseguono ricadute dirette sull'assistenza agli anziani residenti e, in particolare, sull'integrazione delle CP all'interno delle strutture.

La frammentazione regionale del Servizio Sanitario Nazionale rende inoltre complesso reperire dati omogenei relativi allo stato attuale delle CP nelle CRA italiane. Ad oggi, infatti, non sono disponibili dati certi circa la loro diffusione all'interno delle strutture residenziali. A tal proposito, nel novembre 2025 è stata avviata una survey coordinata dalla SIGG con l'obiettivo di indagare lo stato delle cure palliative in 207 reparti ospedalieri e 144 strutture residenziali per anziani (54).

Secondo uno studio di Di Giulio et al., nelle CRA italiane le cure palliative risultano ancora fornite solo parzialmente o, in alcuni casi, completamente assenti (55). Tra le principali barriere alla loro implementazione emergono collegamenti insufficienti con i servizi specialistici di CP, elevato turnover del personale (soprattutto infermieristico), carenza di competenze specifiche e formazione inadeguata o assente sul tema. A tali

difficoltà si aggiungono problematiche comunicative con i familiari degli ospiti, che spesso faticano ad accettare l'avvicinarsi della morte del proprio caro (56).

Gli infermieri si confrontano quotidianamente con le cosiddette Decisioni Terapeutiche Critiche (DTC), ossia decisioni clinico-assistenziali percepite come rilevanti rispetto alla sopravvivenza della persona anziana (7). Esse riguardano prevalentemente il trattamento delle infezioni, gli episodi di instabilità clinica, la nutrizione e l'idratazione (7). La complessità di tali decisioni è influenzata da molteplici fattori: abitudini e credenze professionali, carenza di formazione specifica, difficoltà organizzative legate a tempo e risorse limitate, elevato turnover degli operatori e resistenze dei familiari, spesso privi di adeguato supporto informativo e accompagnamento comunicativo (7). Le DTC possono così favorire prescrizioni inappropriate, ostacolare la de-prescrizione e rendere difficoltosa la decisione di sospendere o non intraprendere trattamenti sproporzionati (7).

Barclay et al. evidenziano inoltre come, nelle strutture residenziali, sia spesso difficile riconoscere l'avvicinarsi del fine vita, con conseguenti invii in Pronto Soccorso per accertamenti e trattamenti non coerenti con le condizioni cliniche dell'ospite, fino a determinare la morte in ospedale in circa il 30% dei casi (57). Ciò deriva dall'incertezza prognostica tipica delle patologie cronico-degenerative dell'anziano fragile e dalla carenza di competenze palliative tra i professionisti che operano nei diversi setting assistenziali.

Eppure, in questo contesto, gli infermieri assumono un ruolo particolarmente rilevante: grazie alla continuità assistenziale e alla vicinanza quotidiana all'ospite, si trovano infatti in una posizione privilegiata per identificare precocemente bisogni clinici, psicologici, relazionali e spirituali. Di Giulio ha dimostrato come interventi educazionali rivolti al personale delle CRA possano ridurre, nel fine vita, il ricorso a manovre e prestazioni sproporzionate, quali nutrizione e idratazione parenterale, prelievi ematici e rianimazione cardio-polmonare (56). L'introduzione di un approccio palliativo risulta infatti frequentemente ostacolata non solo dalle richieste dei familiari, ma anche dalle credenze ed abitudini dei professionisti (56).

Per quanto riguarda la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC), il Documento Congiunto SICP-SIGG evidenzia come tale pratica fatichi ancora ad imporsi nella

quotidianità clinica. Rimangono rari i momenti di confronto tra equipe curante, ospite e familiari riguardo alle preferenze sul luogo di morte, ai desideri relativi ai trattamenti di fine vita e alla possibilità di individuare un fiduciario (7). Una revisione sistematica di Sharp et al. conferma tale criticità, evidenziando come la maggior parte degli anziani fragili, indipendentemente dal setting assistenziale (dal 61% al 91%), desidererebbe discutere delle proprie preferenze di fine vita, mentre solo una minoranza (dal 2% al 29%) ha concretamente la possibilità di affrontare tali temi con i professionisti sanitari (58).

Ulteriore criticità riguarda la rilevazione della sintomatologia negli anziani residenti in CRA, in particolare del dolore. Gli studi riportano una prevalenza del dolore compresa tra il 60% e l'80% degli ospiti delle strutture residenziali, a fronte di una persistente sottostima e di un conseguente insufficiente trattamento (7). La rilevazione risulta ancora più complessa nelle persone affette da demenza, nelle quali il deficit comunicativo aumenta il rischio di mancato riconoscimento del sintomo (7). Più articolata appare la rilevazione della sofferenza globale, intesa come esperienza multidimensionale nella quale il dolore fisico si intreccia con disagio psicologico, problematiche relazionali, aspetti sociali e preoccupazioni esistenziali (7).

Il Documento Congiunto SICP-SIGG sottolinea inoltre come l'ambiente fisico e organizzativo delle strutture possa influenzare significativamente la qualità del fine vita. Molte CRA, spesso ospitate in edifici datati, non dispongono di spazi adeguati a garantire privacy, raccoglimento e vicinanza familiare durante la fase terminale (7). In numerosi casi, la separazione dal compagno di stanza avviene esclusivamente tramite paraventi, limitando la possibilità di vivere con dignità e intimità gli ultimi momenti di vita (7). Frequentemente risultano assenti ambienti dedicati ai colloqui con i familiari, al supporto emotivo e spirituale o alla gestione del commiato e dell'elaborazione del lutto (7). A ciò si aggiungono rigidità organizzative legate agli orari assistenziali, spesso determinate dalla carenza di personale e dall'elevato carico di lavoro degli operatori (7).

Complessivamente, la letteratura suggerisce come le criticità attualmente presenti nelle CRA non dipendano esclusivamente dalla carenza di risorse, ma riflettano una più ampia difficoltà del sistema sanitario nell'adottare un approccio realmente palliativo nei confronti della fragilità avanzata e della non guaribilità dell'anziano

Nel contesto reggiano, caratterizzato da una rete territoriale orientata all'integrazione socio-sanitaria, tali evidenze suggeriscono la necessità di rafforzare ulteriormente il raccordo tra CRA, servizi di cure palliative e medicina territoriale, promuovendo percorsi condivisi, formazione specifica e strumenti strutturati.

3.3.1 Esperienze di CP nelle CRA

A livello internazionale, diversi modelli organizzativi hanno dimostrato l'efficacia dell'integrazione tra cure palliative e strutture residenziali per anziani. Tale sviluppo è particolarmente evidente nei sistemi del Regno Unito, del Canada e dei Paesi Bassi, dove l'approccio palliativo precoce è considerato parte integrante dell'assistenza di lungo termine.

Nel Regno Unito, ad esempio, è attivo da oltre 25 anni il *Gold Standards Framework in Care Homes*, programma formativo rivolto al personale delle strutture residenziali sanitarie per supportare gli ospiti nelle fasi avanzate e finali di malattia (59). Il programma ha prodotto risultati significativi nelle migliaia di strutture che lo hanno adottato, contribuendo a ridurre i ricoveri ospedalieri e i decessi non programmati, oltre a favorire una migliore qualità del fine vita nel luogo desiderato dalla persona anziana (59).

Anche in Canada si è sviluppato un approccio strutturato all'integrazione delle cure palliative nelle strutture di *long-term care*, promosso dalla Canadian Hospice Palliative Care Association. In questo modello, i principi delle cure palliative vengono introdotti fin dall'ingresso dell'anziano in struttura, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dei residenti attraverso una pianificazione proattiva delle cure, la formazione degli operatori e il supporto ai familiari e caregiver.

Per quanto riguarda il contesto italiano, nel 2024 l'Azienda USL di Modena ha sviluppato un percorso di cure palliative dedicato alle CRA e ai Centri Residenziali per Disabili, con l'obiettivo di aumentare la segnalazione e l'identificazione precoce degli ospiti con bisogni palliativi, garantendone l'accesso ai servizi specialistici e supportando i professionisti tramite la collaborazione con le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) (61). Il progetto mira, inoltre, a diffondere competenze di cure palliative di base all'interno delle strutture (61). Il percorso prevede inizialmente la segnalazione dell'ospite all'equipe interna da parte

di qualsiasi operatore, attraverso l'utilizzo della "domanda sorprendente". Successivamente vengono impiegati strumenti validati, come SPICT e PPI, per identificare i bisogni palliativi della persona assistita (61). A ciò segue il colloquio con residente, familiari o amministratore di sostegno, finalizzato alla raccolta del consenso per l'ingresso nella Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) (61). Una volta effettuata la segnalazione alla rete, interviene l'Unità di Valutazione di Cure Palliative, che ha il compito di confermare l'idoneità del percorso, definirne il livello assistenziale — di base o specialistico — e valutare l'adeguatezza del setting assistenziale (61). In seguito, la presa in carico viene modulata sulla complessità clinico-assistenziale del caso: nei quadri meno complessi la RLCP collabora con il MMG e con l'equipe della struttura, mentre nelle situazioni più complesse può assumere direttamente la responsabilità terapeutica (61). Il progetto prevede anche incontri programmati in CRA a cadenza trimestrale tra l'equipe interna, referente di CP, e l'Unità di Cure Palliative Domiciliari con scopo di supervisione degli ospiti già in carico, valutazione dei nuovi casi e predisposizione del PAI.

Nel 2025, nella Provincia di Belluno, sono state pubblicate le *"Linee di indirizzo per l'implementazione e lo sviluppo delle cure palliative nelle strutture residenziali per anziani"*, documento operativo territoriale volto a favorire l'integrazione precoce delle cure palliative nelle strutture residenziali (62). Il testo sottolinea la necessità di superare una visione delle cure palliative limitata esclusivamente al fine vita, promuovendo invece un approccio globale, multidisciplinare e centrato sulla qualità di vita della persona anziana fragile (62). Inoltre, viene evidenziato il ruolo fondamentale della formazione degli operatori, dell'identificazione precoce dei bisogni palliativi e della continuità assistenziale tra ospedale e territorio (62).

Tali esperienze confermano che non esiste un modello unico esportabile, ma che ogni contesto territoriale richiede un percorso di integrazione calibrato sulle proprie risorse, competenze e reti di servizio.

In tale prospettiva, la sperimentazione promossa dall'AUSL di Reggio Emilia, descritta nei capitoli seguenti, rappresenta un tentativo di adattare i principi dell'approccio palliativo integrato alle caratteristiche organizzative e assistenziali del contesto locale, valorizzando il ruolo delle CRA all'interno della rete territoriale di cure.

4. Obiettivi del progetto

4.1 Obiettivo generale

L'obiettivo del progetto è sperimentare un percorso di cure palliative all'interno di 10 CRA della provincia di Reggio Emilia. La sperimentazione mira a rendere il personale delle strutture progressivamente autonomo nell'identificazione dei bisogni palliativi degli anziani residenti e nella presa in carico degli stessi. Il progetto si colloca nel quadro della D.G.R. 560/2015 dell'Emilia-Romagna, che riconosce le strutture residenziali come nodo della rete di cure palliative.

4.2 Obiettivi specifici

Dal momento che il progetto si configura come una sperimentazione pilota, finalizzata all'introduzione dell'approccio e della presa in carico palliativa nelle CRA selezionate, e considerata l'elevata eterogeneità clinico-assistenziale della popolazione residente, non sono stati definiti obiettivi quantitativi relativi a esiti clinici comparabili pre e post sperimentazione (quali numero di ospiti presi in carico o riduzione degli accessi in Pronto Soccorso), in assenza di dati di baseline. Gli obiettivi specifici del progetto si sono concentrati prevalentemente sull'implementazione del modello organizzativo, sullo sviluppo di competenze e sulla strutturazione del percorso assistenziale palliativo.

Gli obiettivi specifici riguardano piuttosto:

1. l'identificazione di 10 CRA idonee: coinvolgere almeno 10 CRA della provincia di Reggio Emilia entro 3 mesi dall'avvio del progetto, selezionate sulla base dei seguenti criteri: disponibilità del medico di struttura o degli MMG (per i posti letto privati) alla partecipazione, adesione del personale assistenziale alla sperimentazione e presenza di accesso continuativo (24h/24) ai farmaci necessari alla gestione dei sintomi in fase avanzata di malattia;
2. la formazione del personale delle CRA e dei medici: realizzare, entro il primo mese di implementazione, la formazione in cure palliative degli operatori sanitari e socio-sanitari delle CRA coinvolte e dei medici, attraverso incontri teorico-pratici condotti dall'equipe di CP;
3. l'identificazione precoce dei bisogni palliativi: implementare, entro 2 mesi dall'avvio del progetto, un percorso strutturato di identificazione precoce dei

bisogni di cure palliative nel 100% delle CRA partecipanti, mediante strumenti condivisi di valutazione multidimensionale e affiancamento da parte del medico palliativista;

4. il potenziamento dell'autonomia delle equipe delle CRA: favorire entro 3 mesi il progressivo sviluppo dell'autonomia delle equipe multiprofessionali delle CRA nella gestione dei residenti con bisogni di cure palliative, promuovendo il ricorso all'equipe specialistica prevalentemente per i casi complessi.
5. l'arruolamento degli ospiti con bisogni di cure palliative nel progetto: arruolare nel percorso di cure palliative il 100% degli ospiti identificati come eleggibili entro il termine della fase sperimentale;
6. la presa in carico degli ospiti con bisogni di cure palliative: redigere e condividere un PAI orientato alle cure palliative e una PCC o ACP per gli ospiti arruolati nel progetto entro il termine della fase sperimentale;
7. il miglioramento della qualità assistenziale percepita: valutare, entro la conclusione del progetto, la soddisfazione di operatori, ospiti e familiari rispetto al percorso di cure palliative introdotto;
8. l'analisi della fattibilità del progetto: attraverso il confronto con il personale delle strutture e la valutazione dei dati, analizzare quali sono i punti di forza e di debolezza del progetto.

5. Metodologia

5.1 Modello di miglioramento adottato

Il modello di miglioramento adottato nel presente progetto è riconducibile al ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act), quale metodologia strutturata di pianificazione, implementazione, valutazione e miglioramento continuo.

Nello specifico, il progetto ha previsto la pianificazione (“Plan”) e la sperimentazione (“Do”) di un percorso di cure palliative all’interno di 10 CRA della provincia di Reggio Emilia, selezionate come campione sperimentale. A seguito della fase di implementazione, sono stati valutati i risultati conseguiti in relazione agli obiettivi precedentemente definiti (“Check”). Qualora gli esiti risultino coerenti con gli obiettivi prefissati, il percorso sperimentato potrà essere progressivamente esteso alle restanti CRA della provincia di Reggio Emilia in possesso dei tre criteri di eleggibilità precedentemente descritti (“Act”).

5.2 Stakeholder

Gli stakeholder (tabella 1) coinvolti direttamente o indirettamente nel progetto sono molteplici; alcuni di essi hanno ricoperto contemporaneamente ruoli differenti, configurandosi come promotori, attuatori e osservatori del processo di implementazione, in relazione al diverso livello di coinvolgimento clinico, organizzativo e valutativo.

In particolare, alcuni soggetti promotori hanno assunto anche una funzione di osservazione e valutazione degli esiti della sperimentazione; parallelamente, i professionisti delle CRA, oltre a rappresentare gli attuatori del progetto, ne hanno beneficiato indirettamente in termini di incremento delle competenze professionali, supporto specialistico e miglioramento percepito della qualità assistenziale.

Promotori	Attuatori	Beneficiari	Supporter	Osservatori
Azienda USL di Reggio Emilia	Equipe locale di cure palliative	Diretti:	Punto Unico di Accesso alle Cure Palliative	Azienda USL di Reggio Emilia
Direzione clinico-assistenziale della CRA	Equipe multiprofessionale della CRA	Ospiti della CRA con bisogni di cure palliative	Responsabili amministrativi e assistenziali della CRA	Direzione clinico-assistenziale della CRA
Rete Locale di Cure Palliative	Referenti di progetto delle CRA	Familiari e caregivers	Referente di progetto delle CRA	Rete Locale di Cure Palliative
		Indiretti:	Servizio Informativo Accountability e Performance	
		Altri ospiti della CRA	Sistema Informativo Smarty Web	
		Professionisti della CRA coinvolti nel progetto	Rete Locale di Cure Palliative	

Tabella 1 - Stakeholder

6. Progettazione operativa

6.1 Analisi del problema

Nonostante l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 (recepita in Emilia-Romagna attraverso la DGR 560/2015) abbia individuato in maniera univoca le strutture residenziali per anziani quali nodo della rete locale di cure palliative, assimilabile al nodo domicilio, prima dell'avvio del presente progetto non risultava ancora definito un percorso strutturato di identificazione precoce e presa in carico degli ospiti con bisogni di cure palliative all'interno delle CRA della provincia di Reggio Emilia.

Sebbene nelle CRA fosse già possibile richiedere una consulenza da parte dell'equipe locale di cure palliative, tale intervento si configurava prevalentemente come occasionale. L'ospite residente, infatti, risultava già formalmente in carico all'equipe della struttura e ciò impediva l'attivazione di un percorso di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), determinando una presa in carico palliativa non continuativa. La valutazione specialistica veniva pertanto effettuata in maniera episodica, attraverso interventi puntuali finalizzati alla gestione di problematiche cliniche contingenti, senza garantire un continuum assistenziale orientato ai principi delle cure palliative. Tale assetto organizzativo rischiava di limitare il pieno accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, così come sancito dalla legge 38/2010.

Parallelamente, è emersa la presenza di criticità legate alla limitata formazione specifica e alla ridotta disponibilità di competenze palliative all'interno delle equipe multiprofessionali delle CRA. Tale situazione si traduceva frequentemente in difficoltà nell'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative, nella riformulazione degli obiettivi assistenziali in fase avanzata di malattia e nella gestione clinico-assistenziale della complessità. Inoltre, tale carenza organizzativa e formativa risultava associata a una ridotta percezione della qualità dell'assistenza e della qualità di vita da parte degli ospiti, dei familiari/caregiver e degli stessi professionisti coinvolti nell'assistenza.

Alla luce di tali criticità, il presente progetto si è proposto di introdurre un modello organizzativo innovativo finalizzato a strutturare un percorso di identificazione precoce, presa in carico e accompagnamento palliativo degli anziani residenti in CRA,

promuovendo un accesso più equo, appropriato e continuativo alle cure palliative anche in ambito residenziale.

6.2 Pianificazione delle azioni di miglioramento e timeline

Il progetto si è articolato in cinque fasi principali:

1. identificazione di 10 CRA nella provincia di Reggio Emilia, distribuite nei sei distretti, aventi i seguenti criteri:
 - disponibilità del medico di struttura o degli MMG (per i posti letto privati) alla partecipazione;
 - adesione del personale assistenziale alla sperimentazione;
 - presenza di accesso continuativo (24h/24) ai farmaci necessari alla gestione dei sintomi in fase avanzata di malattia;
2. formazione e educazione delle equipe delle 10 CRA selezionate, finalizzate all'acquisizione di competenze specifiche nell'ambito delle cure palliative (novembre 2024);
3. avvio della fase sperimentale nelle CRA, con affiancamento operativo delle equipe da parte del medico palliativista, al fine di supportare l'implementazione del percorso assistenziale (da dicembre 2024 a ottobre 2025);
4. conclusione della fase iniziale di sperimentazione e transizione verso la fase di autonomia delle equipe delle CRA nella rilevazione dei bisogni palliativi e nella gestione degli interventi correlati (da novembre 2025 ad aprile 2026);
5. conclusione della sperimentazione e valutazione degli esiti del progetto, attraverso l'analisi degli indicatori di processo e degli esiti raccolti durante la sperimentazione (maggio 2026).

Nella figura 1 viene riportata la timeline descrittiva delle fasi del progetto:



Figura 1 - Timeline del progetto

Prima dell'avvio del percorso formativo delle equipe, è stato organizzato un incontro preliminare tra i responsabili del progetto afferenti all'AUSL e i responsabili amministrativi e assistenziali delle CRA coinvolte nella sperimentazione. Tale momento di confronto è stato finalizzato alla condivisione degli obiettivi, delle modalità operative e degli aspetti organizzativi del progetto. Nel corso della riunione è stato inoltre individuato, per ciascuna CRA, un referente di progetto (solitamente la persona che ricopriva il ruolo di Responsabile delle Attività Assistenziali), con funzione di raccordo tra la struttura residenziale e il gruppo di coordinamento dell'iniziativa.

6.2.1 Formazione delle equipe

La formazione delle equipe delle CRA è stata realizzata nel mese di novembre 2024 e si è articolata in due moduli formativi, ciascuno della durata di quattro ore, finalizzati a sviluppare competenze specifiche riguardanti le cure palliative nell'ambito delle strutture residenziali per anziani.

Il primo modulo, rivolto a tutti gli operatori delle CRA, ha avuto l'obiettivo di illustrare le finalità del progetto, promuovendo la comprensione del significato e del valore delle cure palliative all'interno delle strutture per anziani. In particolare, il modulo era finalizzato a fornire strumenti e modalità di ragionamento clinico-assistenziale utili all'identificazione degli ospiti con bisogni palliativi, approfondendo le possibili criticità, le modalità e i tempi di attivazione del medico palliativista e le strategie di collaborazione multiprofessionale. Sono state sviluppate, inoltre, competenze comunicative e relazionali nella presa in carico della persona in fase avanzata di malattia e della sua famiglia, approfondendo temi quali la family conference, la costruzione dell'alleanza terapeutica e la gestione delle situazioni relazionali complesse. Sono stati trattati, infine, aspetti clinici relativi alla gestione dei principali sintomi di fine vita, tra cui dolore, dispnea, delirium e rantolo terminale, nonché il tema della sedazione palliativa. La spiegazione teorica è stata accompagnata dalla discussione di casi clinici esemplificativi.

Il secondo modulo, rivolto specificamente a infermieri e OSS, è stato orientato allo sviluppo di competenze assistenziali avanzate nella gestione della persona anziana con bisogni palliativi. In particolare, il percorso formativo ha approfondito la

rimodulazione degli interventi assistenziali in relazione alla fase di malattia, il monitoraggio approfondito dei sintomi, il supporto alla persona e ai familiari attraverso la relazione d'aiuto, la gestione del fine vita e del processo di lutto. Si è posta particolare attenzione alla necessità di superare una concezione riduttiva delle cure palliative, frequentemente ricondotte alla sola gestione farmacologica dei sintomi (ad esempio attraverso la prescrizione di terapia anticipata o dispositivi infusionali) promuovendo invece una cultura palliativa più ampia centrata sulla globalità della persona e sull'adozione di un approccio assistenziale globale e personalizzato, orientato alla qualità di vita dell'anziano e della sua famiglia.

L'attività formativa è stata realizzata mediante lezioni frontali, integrate dall'utilizzo di materiale audiovisivo; è stato favorito inoltre il confronto attivo tra formatori ed equipe attraverso momenti di discussione, domande e valutazioni condivise.

La formazione è stata erogata da professionisti appartenenti alle equipe locali di cure palliative dei diversi distretti territoriali, secondo un programma formativo condiviso e uniforme. La sede degli incontri è variata in funzione dell'area di appartenenza della CRA (Nord, Centro o Sud del Distretto), al fine di facilitare la partecipazione degli operatori e ridurre le difficoltà logistiche legate agli spostamenti. Giorni e orari degli incontri sono stati definiti mediante accordo tra i referenti delle CRA partecipanti e i docenti delle equipe di cure palliative, così da individuare soluzioni organizzative compatibili con le esigenze di entrambe le parti.

Non è stato previsto un numero massimo di partecipanti agli incontri formativi: hanno preso parte al percorso tutti gli operatori delle CRA individuati dai referenti del progetto. Ha costituito, tuttavia, requisito essenziale la partecipazione degli stessi professionisti a entrambi i moduli formativi, al fine di garantire continuità nell'acquisizione delle competenze previste. A tale scopo, sono state messe a disposizione due differenti edizioni per ciascun modulo, con l'obiettivo di favorire la massima adesione possibile.

6.2.2 Prima fase sperimentale: affiancamento

A partire da dicembre 2024 ha preso avvio la fase operativa di sperimentazione del progetto.

Questa fase iniziale è stata caratterizzata dalla presenza programmata del medico palliativista all'interno delle strutture, per un totale di otto ore mensili, con funzione di supporto e consulenza alle equipe assistenziali. In particolare, l'affiancamento è stato finalizzato a sostenere i professionisti nella rilevazione e nell'arruolamento degli ospiti con bisogni di cure palliative, nella rimodulazione dell'assistenza e del PAI, nella gestione della comunicazione con i familiari e nell'organizzazione delle family conference.

Obiettivo prioritario di questa prima fase è stata la realizzazione di uno screening degli ospiti già residenti, volto all'identificazione precoce degli anziani potenzialmente eleggibili per un percorso di cure palliative. Lo screening iniziale è stato effettuato attraverso l'utilizzo della Surprise Question. Gli ospiti identificati come potenzialmente eleggibili sono stati successivamente sottoposti a una valutazione multidimensionale più approfondita mediante l'impiego di strumenti validati (soprattutto SPICT e FAST) al fine di confermare la presenza di bisogni compatibili con un percorso di cure palliative.

In caso di esito positivo della valutazione, l'ospite veniva segnalato al Punto Unico di Accesso alle Cure Palliative del distretto di riferimento e al medico palliativista della struttura.

Successivamente allo screening iniziale della popolazione già residente, il processo di valutazione è stato ripetuto in occasione di ogni nuovo ingresso in struttura, in presenza di un peggioramento clinico significativo di un ospite già residente oppure, in ogni caso, con cadenza quadrimestrale.

L'eventuale arruolamento dell'ospite nel percorso di cure palliative è stato valutato congiuntamente dall'equipe assistenziale e dal medico palliativista. Qualora venisse confermata l'eleggibilità, il medico palliativista, in accordo con l'equipe della CRA, ha programmato una family conference, finalizzata alla condivisione con l'ospite e/o i familiari delle finalità del percorso e della possibilità di definire un PAI di cure palliative.

Nel corso della family conference veniva presentata e discussa la proposta di inclusione dell'ospite nel progetto. In caso di consenso da parte dell'ospite e/o dei familiari, venivano attivate le seguenti azioni assistenziali e organizzative:

- il medico della struttura, in collaborazione con il medico palliativista, provvedeva alla redazione della Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) oppure, qualora l'ospite non fosse in grado di partecipare attivamente alle decisioni, dell'Advance Care Planning (ACP);
- l'equipe multiprofessionale della CRA elaborava il PAI di cure palliative, definendo obiettivi, interventi assistenziali e modalità di monitoraggio;
- il medico della struttura e il medico palliativista predisponavano il foglio delle prescrizioni anticipate, finalizzato alla gestione tempestiva di eventuali sintomi e criticità cliniche;
- il referente di progetto della CRA provvedeva alla registrazione dell'arruolamento all'interno dell'applicativo Smarty Web, inserendo i dati richiesti, tra cui generalità dell'ospite, strumento utilizzato per la rilevazione del bisogno di cure palliative, anamnesi patologica e presenza o assenza di prescrizioni anticipate e condivisione del PAI.

Successivamente all'arruolamento (coincidente con lo svolgimento della family conference), l'equipe della CRA garantiva l'erogazione dell'assistenza in coerenza con quanto previsto dal PAI, dalla PCC o dall'ACP, assicurando la continuità del percorso assistenziale.

Nel corso della sperimentazione, le equipe hanno continuato inoltre ad avvalersi del supporto specialistico del medico palliativista, sia durante gli accessi programmati in struttura sia tramite consulenza telefonica. Analogamente, è stata garantita la possibilità di confronto con l'infermiere case manager di cure palliative dell'equipe locale, attraverso contatto telefonico con il servizio di accoglienza del distretto di riferimento.

Il referente del progetto ha continuato ad aggiornare i dati degli ospiti arruolati sull'applicativo Smarty Web, segnalando anche eventuali invii in Pronto Soccorso o decessi.

6.2.3 Seconda fase sperimentale: autonomia

A partire da novembre 2025 ha avuto inizio la seconda fase della sperimentazione, caratterizzata dalla progressiva applicazione autonoma del progetto da parte delle equipe delle CRA, con una durata di circa sei mesi.

In questa fase, i professionisti delle strutture residenziali sono stati chiamati a consolidare e mettere in pratica, in autonomia, le competenze acquisite durante il periodo di formazione e affiancamento. In particolare, le equipe si sono occupate dell'identificazione precoce e del monitoraggio dei bisogni di cure palliative degli ospiti, della conduzione autonoma delle family conference e della successiva predisposizione della documentazione assistenziale e clinica correlata, inclusi il PAI, la PCC o la ACP e la definizione delle prescrizioni terapeutiche anticipate.

Nel corso della fase di autonomia, i referenti di progetto delle CRA hanno continuato a registrare sistematicamente gli arruolamenti e le relative caratteristiche all'interno dell'applicativo Smarty Web.

Pur privilegiando la gestione autonoma, l'equipe specialistica di cure palliative è rimasta disponibile per attività di consulenza e supporto clinico, in particolare nei casi caratterizzati da elevata complessità assistenziale o dalla necessità di attivare interventi di cure palliative specialistiche avanzate.

6.2.4 Termine della fase sperimentale e raccolta dati

Nel mese di aprile 2026 si è conclusa la fase sperimentale finalizzata al raggiungimento dell'autonomia delle equipe delle CRA coinvolte nel progetto. Tale conclusione non ha comportato l'interruzione dell'applicazione della procedura introdotta, che è rimasta attiva all'interno delle strutture partecipanti, bensì ha segnato il termine del periodo di sperimentazione previsto dal progetto stesso.

Contestualmente, è stata sospesa la registrazione di nuovi arruolamenti all'interno dell'applicativo Smarty Web e ha avuto avvio la fase di raccolta, analisi ed elaborazione dei dati, a cura dei responsabili del progetto afferenti all'AUSL. A questi dati si sono aggiunti quelli forniti dal SIAP (Servizio Informativo Accountability e Performance) dell'AUSL, riguardanti gli accessi in PS, gli eventuali ricoveri e i decessi avvenuti in ambito ospedaliero.

Oltre agli indicatori quantitativi relativi all'implementazione del percorso, sono stati raccolti ulteriori dati mediante questionari somministrati ai referenti del progetto delle CRA, finalizzati a esplorare aspetti di natura maggiormente qualitativa. In particolare, sono stati indagati la stabilità del personale medico, infermieristico e socio-sanitario, il miglioramento della qualità di vita percepita (da parte degli ospiti arruolati e non

arruolati, dei familiari/caregiver e dei professionisti coinvolti) l'acquisizione di nuove competenze, nonché la percezione dei principali punti di forza e delle criticità emerse durante l'implementazione del progetto.

A seguito della raccolta e dell'analisi dei dati, i risultati del progetto sono stati condivisi con le equipe delle CRA attraverso un incontro di restituzione, volto ad approfondire in prospettiva qualitativa le evidenze emerse dall'analisi quantitativa. Tale momento di confronto ha consentito di esplorare più approfonditamente i punti di forza e le criticità del progetto, oltre alle difficoltà riscontrate e ai vissuti degli operatori coinvolti.

6.3 Risorse necessarie

6.3.1 Tempo

Il presente progetto ha avuto una durata complessiva di circa 18 mesi, articolandosi in diverse fasi operative finalizzate alla progressiva implementazione del percorso di cure palliative all'interno delle CRA coinvolte.

Nello specifico, il primo mese è stato dedicato alla formazione delle equipe delle CRA, articolata in due moduli formativi della durata di quattro ore ciascuno, per un totale di otto ore complessive.

Successivamente, dieci mesi sono stati destinati alla fase iniziale di implementazione del progetto, caratterizzata dall'affiancamento delle equipe da parte del medico palliativista.

A questa è seguita una fase della durata di sei mesi, dedicata alla sperimentazione autonoma del progetto da parte delle equipe delle CRA.

Infine, la raccolta, organizzazione e analisi dei dati è stata effettuata in un periodo di circa 15 giorni, al termine della fase sperimentale.

Per quanto concerne l'impegno temporale richiesto alle equipe per l'implementazione del progetto all'interno delle singole strutture, esso è risultato variabile e dipendente dalle caratteristiche organizzative delle CRA e dalla complessità assistenziale degli ospiti. Sebbene fosse previsto un accesso costante del medico palliativista pari a otto ore mensili per ciascuna CRA nella prima fase di affiancamento, l'organizzazione di

tali momenti è stata lasciata alla discrezionalità delle equipe, in funzione delle esigenze assistenziali e organizzative di ognuna.

Analogamente, durante la fase di sperimentazione autonoma, le equipe hanno gestito in maniera indipendente la pianificazione del tempo dedicato alle attività previste dal progetto, incluse le procedure di screening o rivalutazione periodica degli ospiti e l'organizzazione e conduzione delle family conference, adattandole ai bisogni degli anziani residenti e alle risorse disponibili.

6.3.2 Personale

Il progetto non ha richiesto l'implementazione di nuove unità di personale all'interno delle CRA coinvolte, configurandosi piuttosto come un intervento volto al potenziamento delle competenze e delle conoscenze del personale già in servizio. L'obiettivo è stato quello di valorizzare le professionalità esistenti, composte nella maggior parte dei casi da operatori con consolidata esperienza nell'assistenza residenziale alla persona anziana, attraverso l'acquisizione di competenze specifiche nell'ambito delle cure palliative e della gestione del fine vita.

Anche la fase di formazione e affiancamento delle equipe delle CRA non ha richiesto l'impiego di ulteriori risorse umane dedicate, essendo stata realizzata mediante il coinvolgimento dei professionisti afferenti alle equipe locali di cure palliative. È stato pertanto possibile valorizzare competenze e professionalità già presenti all'interno dell'organizzazione aziendale.

6.3.3 Strumenti utilizzati

Per la realizzazione del progetto sono stati utilizzati diversi strumenti clinico-assistenziali e organizzativi:

- Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): strumento validato che rappresenta una guida all'identificazione del rischio di deterioramento clinico e mortalità in persone affette da patologie croniche, utilizzabile anche da professionisti non specialisti in cure palliative. Integrato con la "Surprise Question" (*"Ti sorprenderesti se il tuo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?"*), consente l'identificazione sistematica dei pazienti con bisogni di cure

palliative attraverso l'analisi di indicatori generali di deterioramento clinico, associati a specifici indicatori patologici (63).

- FAST (Functional Assessment Staging Tool): scala composta da sette livelli funzionali e 11 sotto-livelli corrispondenti ai diversi stadi di deterioramento cognitivo e funzionale (64). Un punteggio pari a 7, corrispondente ad Alzheimer severo, comporta una prognosi di 6 mesi o meno, ed è spesso utilizzato per identificare un eventuale bisogno di cure palliative (65).
- Smarty Web: applicativo informatico utilizzato per il monitoraggio degli arruolamenti. All'interno della piattaforma, i referenti di progetto delle CRA hanno registrato i dati identificativi degli ospiti arruolati nel progetto, lo strumento impiegato per l'identificazione del bisogno di cure palliative, l'anamnesi patologica, l'eventuale presenza di prescrizioni anticipate, invii in PS e decessi.

Alle CRA coinvolte nella sperimentazione sono stati inoltre forniti specifici strumenti operativi di supporto, predisposti con l'obiettivo di favorire omogeneità procedurale e facilitare l'implementazione del percorso di cure palliative:

- guida alla stesura del PAI di cure palliative: documento di supporto alla redazione del PAI, contenente indicazioni sugli aspetti da considerare nella rimodulazione degli interventi diagnostico-assistenziali, clinico-assistenziali e terapeutici. La guida richiama l'importanza del controllo dei sintomi mediante interventi farmacologici e non farmacologici, della promozione della consapevolezza dell'ospite e della famiglia, del sostegno relazionale e dell'accompagnamento al lutto;
- flow-chart del percorso di arruolamento dell'ospite: rappresentazione grafica del processo di identificazione dell'ospite con bisogni di cure palliative e delle successive fasi di presa in carico (Figura 2);
- lista dei farmaci di cure palliative: elenco dei farmaci maggiormente impiegati in ambito palliativo, da garantire in disponibilità continuativa 24 ore su 24, 7 giorni su 7, accompagnato dalle quantità indicative di approvvigionamento raccomandate per consentire una gestione tempestiva della sintomatologia più frequente;

- modulo per la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC): strumento di supporto alla conduzione e documentazione del processo di pianificazione condivisa tra equipe, ospite e familiari;
- foglio delle prescrizioni anticipate: documento preimpostato contenente i principali sintomi del fine vita e le relative indicazioni terapeutiche, predisposto per facilitare la prescrizione da parte del medico curante e garantire tempestività di intervento;
- guida all'utilizzo dell'applicativo Smarty Web: documento operativo volto a standardizzare la compilazione e la registrazione dei dati relativi agli arruolamenti;
- elenco dei contatti delle Accoglienze di Cure Palliative dei diversi distretti, comprensivo di recapiti telefonici, indirizzi e-mail e sedi territoriali;
- elenco delle CRA aderenti al progetto, finalizzato a facilitare il coordinamento e il raccordo tra le strutture coinvolte nella sperimentazione.

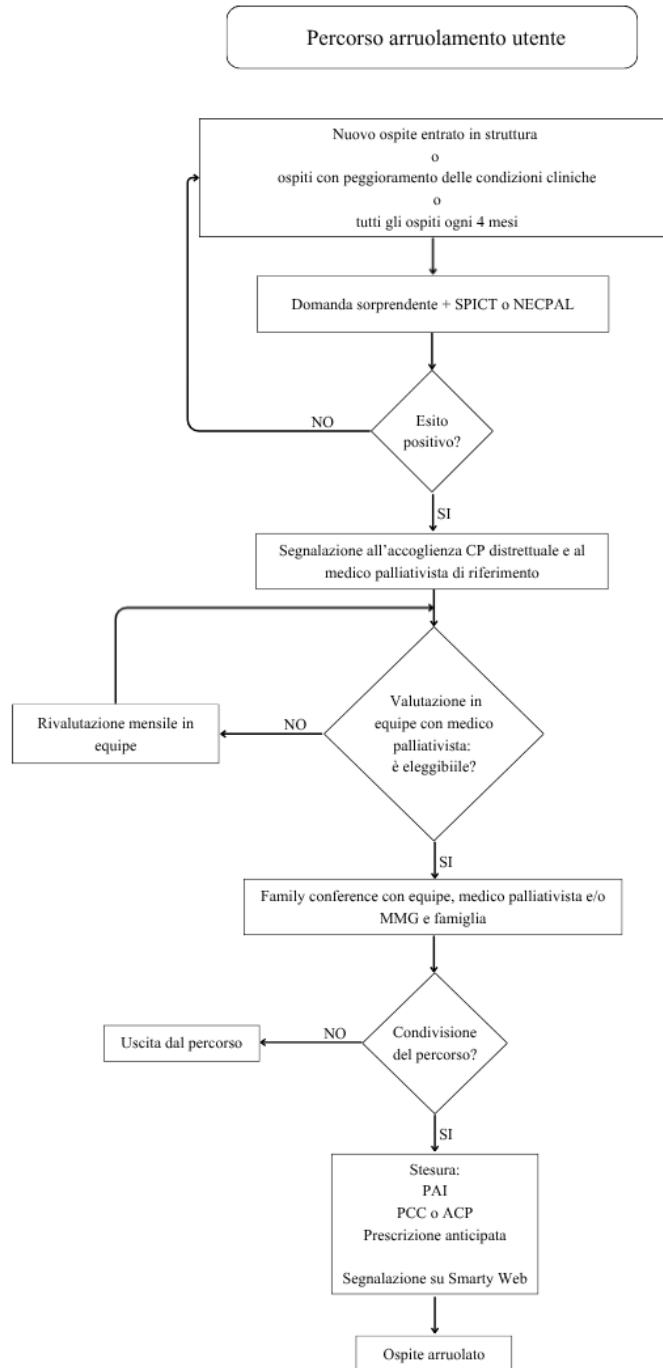


Figura 2 - Flowchart di arruolamento dell'ospite nel progetto

7. Risultati

Poiché la fase iniziale della sperimentazione, caratterizzata dall'affiancamento dell'equipe della CRA da parte del medico palliativista, ha avuto una durata superiore di circa quattro mesi rispetto alla successiva fase di autonomia, si è reso necessario rendere i due periodi confrontabili dal punto di vista quantitativo e temporale.

A tal fine, l'analisi è stata condotta considerando due intervalli omogenei di sei mesi, dividendo la fase di affiancamento in due periodi ed analizzandone il secondo. Tale scelta metodologica è stata adottata anche per limitare l'influenza dei dati riferibili alla fase iniziale di implementazione del progetto, durante la quale lo screening esteso all'intera popolazione residente nelle CRA ha determinato un incremento degli arruolamenti dovuto all'identificazione di ospiti con bisogni di cure palliative precedentemente non riconosciuti.

In particolare, in questo capitolo si definisce “Fase 1” il periodo di affiancamento compreso tra il 01/05/2025 e il 31/10/2025, mentre si definisce “Fase 2” il periodo di autonomia compreso tra il 01/11/2025 e il 30/04/2026, come riportato nella figura 3. Saranno inoltre presentati i dati relativi all'intero periodo di sperimentazione, compreso tra il 01/12/2024 e il 30/04/2026.

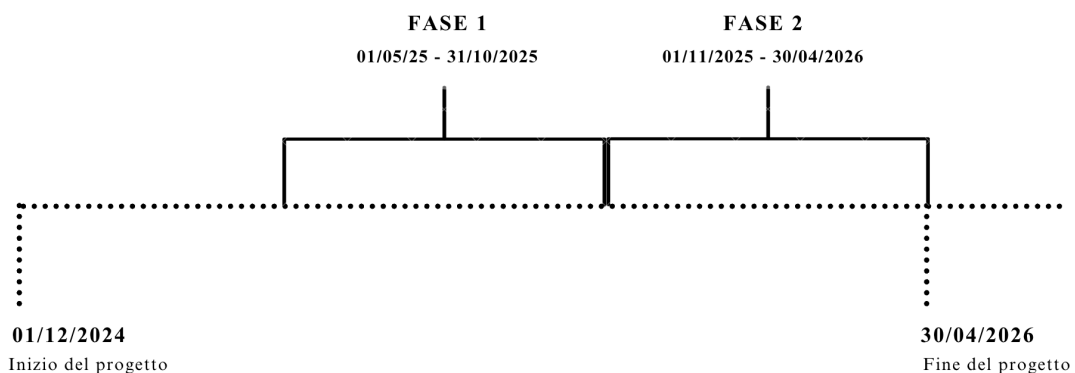


Figura 3 - Timeline del progetto e identificazione di fase 1 e fase 2

7.1 Risultati qualitativi

7.1.1 Turnover del personale

Dai questionari somministrati ai referenti del progetto delle CRA è emerso che il turnover del personale differiva sia in base alla figura professionale considerata sia tra i due periodi di osservazione (grafici 1 e 2).

Il personale medico si è mantenuto complessivamente stabile nel corso della sperimentazione: in entrambe le fasi, infatti, 7 strutture hanno riportato un basso turnover. Un turnover medio è stato segnalato in 2 CRA durante la fase 1 e in 3 CRA nella fase 2, mentre un'elevata rotazione del personale medico è stata osservata in una sola struttura, esclusivamente nella fase iniziale.

Per quanto riguarda il personale infermieristico, nella fase 1 il turnover è risultato basso in 5 CRA, medio in 4 e alto in una struttura. Nella fase 2 si è osservata una maggiore stabilità organizzativa, con 8 CRA che hanno riportato un basso turnover, una sola struttura con turnover medio e una con turnover elevato.

Il personale OSS ha mostrato un andamento sovrapponibile a quello infermieristico nella fase 1, con basso turnover in 5 CRA, medio in 4 e alto in una struttura. Nella fase 2, invece, si è registrata una maggiore stabilità, con basso turnover in 8 CRA e medio in 2 strutture.

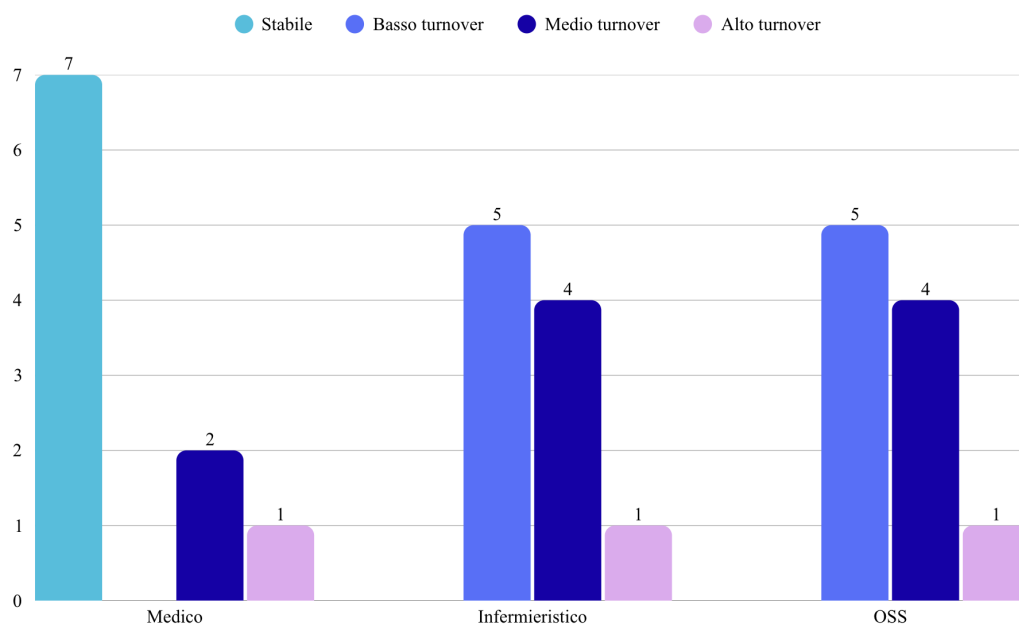


Grafico 1 - Turnover del personale in fase 1

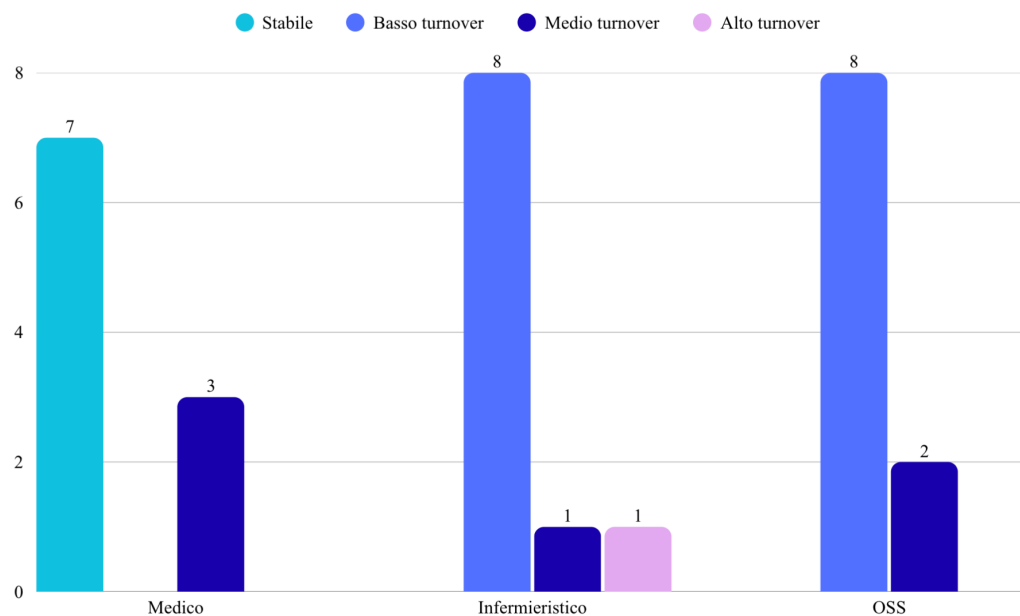


Grafico 2 - Turnover del personale in fase 2

7.1.2 Qualità di vita

Relativamente alla qualità della vita percepita, i referenti delle CRA hanno riportato un miglioramento complessivo, seppur di entità differente a seconda dei soggetti coinvolti (grafici 3 e 4).

Negli ospiti arruolati nel progetto, il miglioramento è stato costantemente riportato in tutte le CRA: nella fase 1, 4 strutture hanno riferito un miglioramento importante e 6 un miglioramento moderato; nella fase 2, il miglioramento è stato giudicato importante in 2 CRA e moderato nelle restanti 8.

Per gli altri ospiti non arruolati, il beneficio percepito è risultato più contenuto. Nella fase 1, una CRA ha riportato un miglioramento importante, 4 un miglioramento moderato e 5 nessun cambiamento. Nella fase 2, 7 CRA hanno riferito un miglioramento moderato della qualità di vita, mentre 3 non hanno osservato variazioni.

Anche per familiari e caregiver è stato segnalato un impatto favorevole: nella fase 1, 3 CRA hanno riportato un miglioramento importante della qualità di vita e 7 un miglioramento moderato; nella fase 2, il miglioramento è stato definito importante in 2 strutture e moderato nelle restanti 8.

Con riferimento ai professionisti sanitari, gli infermieri hanno mostrato un miglioramento percepito della qualità di vita lavorativa nella quasi totalità delle strutture: nella fase 1, il miglioramento è stato considerato importante in 4 CRA, moderato in 5 e assente in una struttura. Nella fase 2, una CRA ha riportato un miglioramento importante, 8 un miglioramento moderato, mentre una sola struttura ha segnalato un peggioramento.

Per il personale medico, nella fase 1 il miglioramento della qualità di vita è stato giudicato importante in 2 CRA, moderato in 5 e assente in 3. Nella fase 2, 2 strutture hanno riportato un miglioramento importante, 6 un miglioramento moderato e 2 nessun cambiamento.

Analogamente, per il personale OSS nella fase 1 è stato osservato un miglioramento importante in 2 CRA, moderato in 5 e nessuna variazione in 3 strutture. Nella fase 2, il miglioramento è stato ritenuto importante in una CRA, moderato in 8 e assente in una sola struttura.

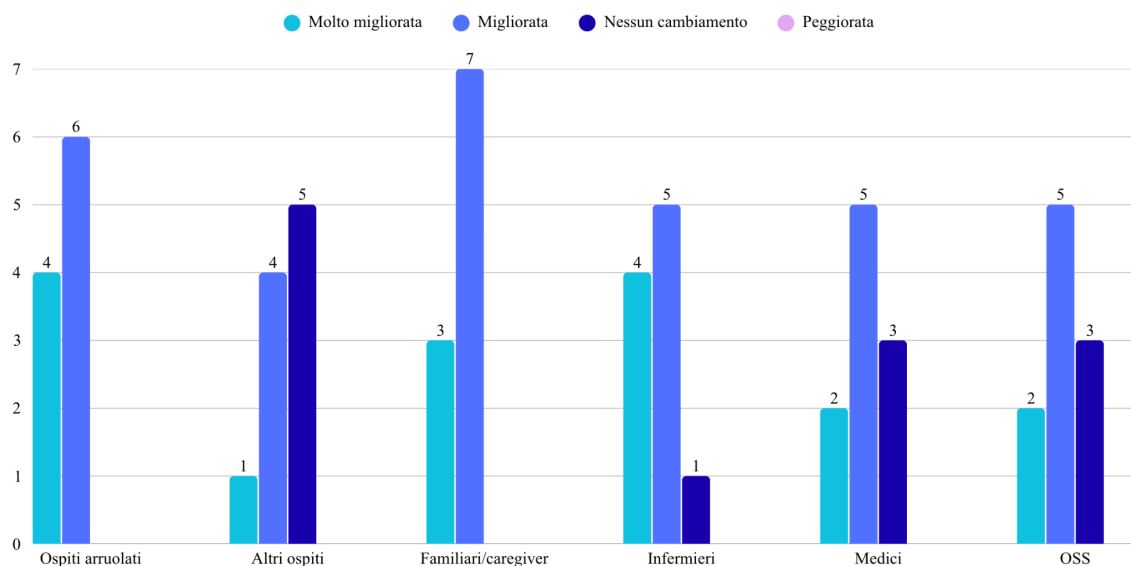


Grafico 3 - Qualità di vita in fase 1

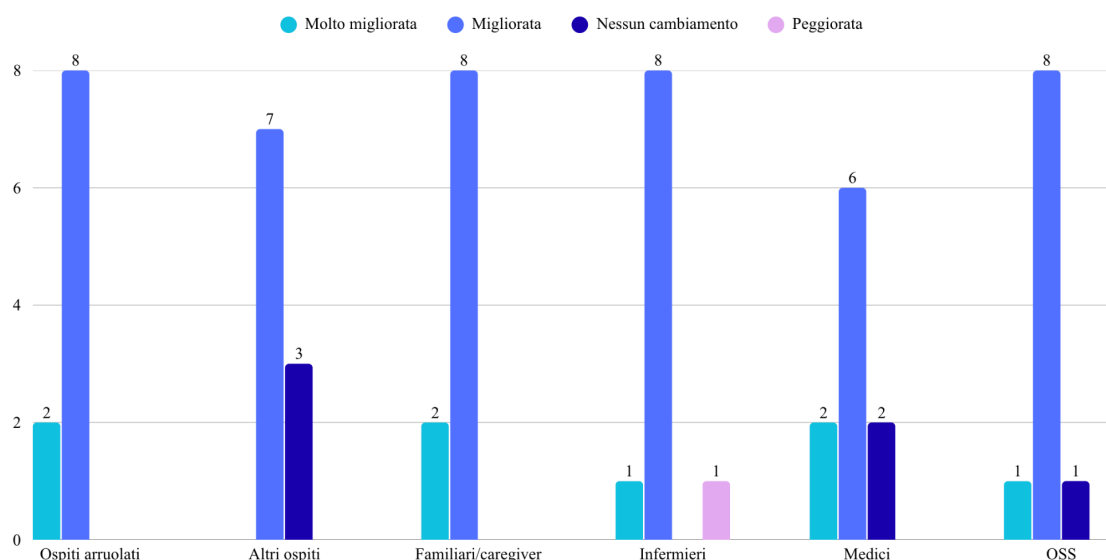


Grafico 4 - Qualità della vita in fase 2

7.1.3 Acquisizione di nuove competenze, punti di forza e debolezza

All'interno dei questionari compilati dai referenti del progetto afferenti alle CRA coinvolte, è stato predisposto uno spazio di scrittura libera finalizzato alla raccolta di osservazioni qualitative relative alle competenze acquisite dagli operatori durante il percorso progettuale, nonché ai principali punti di forza e alle criticità emerse nel corso della sperimentazione.

Per quanto riguarda le competenze sviluppate, i referenti hanno evidenziato un potenziamento delle competenze cliniche, comunicativo-relazionali, tecniche e organizzative del personale. In particolare, è stato riportato un miglioramento nella cura e nell'accompagnamento della persona, nel riconoscimento precoce dei bisogni di CP e nella gestione dei sintomi del fine vita. Sono inoltre emersi progressi nelle relazioni con ospiti e familiari, nell'utilizzo di presidi e terapie farmacologiche e nel rafforzamento del lavoro d'equipe

Relativamente ai punti di forza della sperimentazione, gli operatori hanno riportato come elementi particolarmente rilevanti l'implementazione di strumenti di screening per l'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative, il miglioramento della gestione del fine vita e la realizzazione delle family conference. Ulteriori aspetti positivi hanno riguardato la disponibilità di prescrizioni anticipate, una più efficace

gestione dei sintomi e delle relative cause, il miglioramento percepito della qualità di vita e di morte degli ospiti, nonché il potenziamento delle competenze comunicativo-relazionali sia all'interno dell'equipe sia nei confronti dei familiari.

Tra i benefici osservati sono stati inoltre segnalati la riduzione dei ricoveri ospedalieri, il rafforzamento della collaborazione e della condivisione interdisciplinare, il supporto specialistico del medico palliativista, un incremento dell'autonomia professionale e del senso di sicurezza degli operatori, in particolare nelle ore notturne. Infine, è stata sottolineata una maggiore capacità assistenziale, accompagnata da un'attenzione più ampia alla globalità della persona e alla personalizzazione dell'assistenza.

Per quanto concerne le criticità emerse, i referenti hanno evidenziato un aumento della responsabilità percepita dagli OSS durante il turno notturno, la difficoltà di accettazione delle cure palliative da parte di alcuni familiari e la presenza di approcci assistenziali differenti tra i professionisti coinvolti. Sono stati inoltre segnalati il coinvolgimento emotivo del personale, aspettative talvolta elevate rispetto agli esiti del progetto e criticità nella gestione delle emergenze notturne.

Ulteriori elementi di fragilità hanno riguardato i tempi di avvio della sperimentazione, talvolta prolungati a causa della disponibilità del medico palliativista, la presenza di ospiti collocati in posti privati seguiti da medici differenti rispetto a quelli della struttura, il turnover del personale e le difficoltà organizzative nella realizzazione delle family conference. Infine, sono stati riportati un aumento del carico di lavoro, difficoltà di interazione con il medico di continuità assistenziale e l'assenza della figura infermieristica nelle ore notturne.

7.2 Risultati quantitativi

7.2.1 Presa in carico, PAI e prescrizioni anticipate

CRA	Posti letto	Totale utenti arruolati	Eleggibilità				Prescrizioni anticipate	Condivisione PAI	Patologia			Medico attivatore		
			SPICT	FAST	ALTRO	DM			onco	non onco	DM	struttura	MMG	DM
A	42	11 (26,19%)	11	0	0	0	8	10	0	11	0	11	0	0
B	55	18 (32,72%)	0	0	18	0	13	15	2	16	0	10	8	0
C	65	50 (76,92%)	44	0	0	6	41	41	3	41	6	44	0	6
D	40	11 (27,5%)	9	0	2	0	4	11	0	11	0	9	2	0
E	60	39 (65%)	38	0	1	0	39	39	0	39	0	37	2	0
F	40	31 (77,5%)	9	22	0	0	29	31	0	31	0	22	9	0
G	54	42 (77,77%)	42	0	0	0	13	42	5	37	0	41	1	0
H	68	32 (47,05%)	29	0	0	3	30	32	0	32	0	32	0	0
I	39	16 (41,02%)	0	0	16	0	16	16	6	10	0	14	2	0
L	32	12 (37,5%)	0	6	1	5	12	12	0	12	0	12	0	0
TOTALE	495	262 (53%)	182	28	38	14	205	249	16	240	6	232	24	6

Tabella 2 - Arruolamenti e relative caratteristiche al termine della sperimentazione

Come presentato nella tabella 2, al termine della sperimentazione sono stati arruolati nel progetto di cure palliative 262 ospiti, corrispondenti al 53% della popolazione totale residente nelle 10 CRA coinvolte, che disponevano complessivamente di 495 posti letto. Il numero di ospiti arruolati è risultato differente tra le strutture partecipanti, identificate mediante lettere dell'alfabeto.

La struttura che ha registrato la percentuale più elevata di ospiti arruolati rispetto al totale dei posti letto disponibili è risultata essere la CRA G (circa 78%), seguita dalle strutture F (77,5%) e C (76,9%). Al contrario, le percentuali di arruolamento più basse sono state osservate nelle strutture A (26,2%) e D (27,5%).

Per quanto riguarda le modalità di identificazione degli ospiti eleggibili, 182 soggetti sono stati individuati mediante la somministrazione dello strumento SPICT, 28 tramite la scala FAST e 38 attraverso altri strumenti di valutazione; per 14 ospiti il dato non risultava disponibile.

Le patologie di base degli ospiti arruolati erano prevalentemente di natura non oncologica, rappresentando il 91,6% dei casi. Soltanto 16 ospiti presentavano una patologia oncologica, mentre per 6 soggetti il dato risultava mancante.

La patologia principale maggiormente rappresentata è risultata essere la demenza, presente nel 35% degli ospiti arruolati, seguita dalle patologie cardiache (34%), pneumologiche (11%), oncologiche (6%) e neurologiche (5%); le altre patologie segnalate sono riportate nella figura 4. Come osservabile nella figura 5, il 43% degli ospiti è stata segnalata una sola patologia, mentre il 34% presentava due patologie concomitanti e il 20% 3 o più patologie; per il 3% degli ospiti, il dato era mancante.

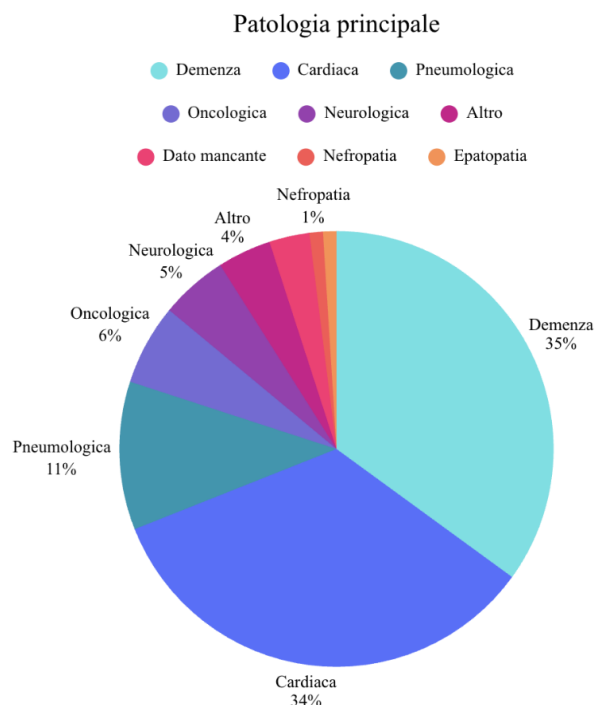


Figura 4 - Patologie principali degli ospiti arruolati

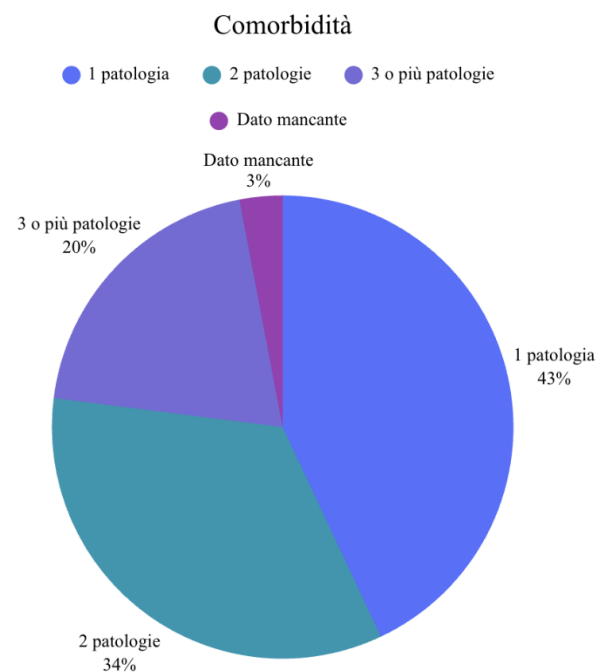


Figura 5 - Comorbidità degli ospiti arruolati

L'attivazione delle cure palliative è stata effettuata prevalentemente dal medico di struttura, responsabile dell'avvio del percorso nell'88% dei casi. Per 24 ospiti, residenti in posti letto privati, l'attivazione è invece avvenuta da parte del Medico di Medicina Generale (MMG), mentre per 6 ospiti il dato non risultava disponibile.

Le prescrizioni anticipate sono state predisposte per 205 ospiti arruolati, pari al 78,2% del totale (figura 6), mentre per 249 ospiti (95%) è stato condiviso un PAI orientato alle cure palliative (figura 7).

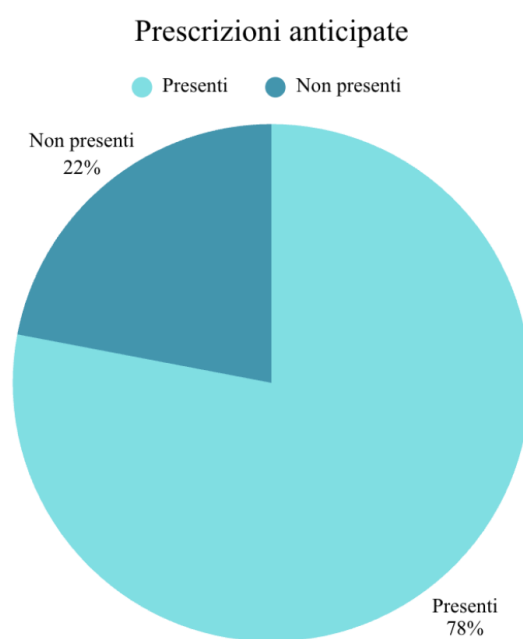


Figura 6 - Percentuale di prescrizioni anticipate sul totale degli ospiti arruolati

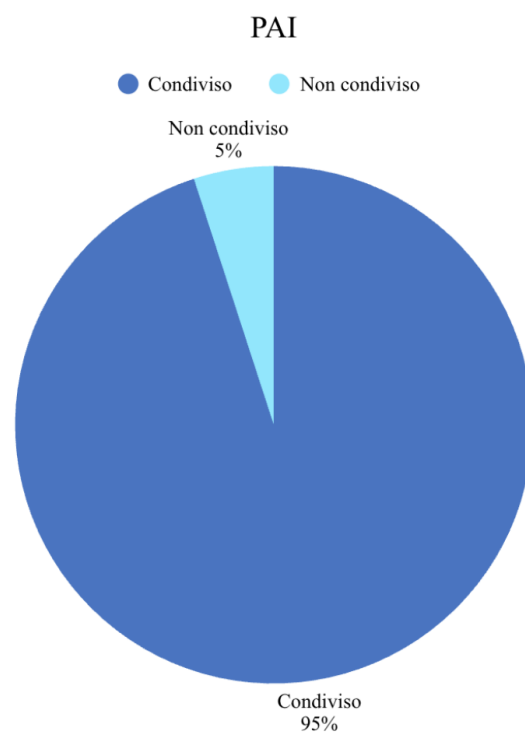


Figura 7 - Percentuale di PAI di CP condivisi sul totale degli ospiti arruolati

L'analisi comparativa tra la fase 1 del progetto (tabella 3) e la fase 2 (tabella 4) evidenzia un incremento del numero di ospiti presi in carico nel secondo periodo di osservazione, con 83 arruolamenti rispetto ai 72 registrati nella fase iniziale.

CRA	Posti letto	Totale utenti arruolati	Eleggibilità				Prescrizioni anticipate	Condivisione PAI	Patologia			Medico attivatore		
			SPICT	FAST	ALTRO	DM			onco	non onco	DM	struttura	MMG	DM
A	42	5	5	0	0	0	3	5	0	4	1	5	0	0
B	55	5	0	3	2	0	4	2	1	4	0	2	3	0
C	65	15	15	0	0	0	14	6	2	13	0	15	0	0
D	40	3	3	0	0	0	2	2	0	3	0	2	1	0
E	60	3	3	0	0	0	3	3	0	3	0	3	0	0
F	40	14	3	11	0	0	14	14	0	14	0	9	5	0
G	54	10	10	0	0	0	4	10	2	8	0	9	1	0
H	68	7	7	0	0	0	7	7	0	7	0	7	0	0
I	39	4	0	0	3	1	4	4	1	3	0	3	1	0
L	32	6	0	5	1	0	6	6	0	6	0	6	0	0
TOTALE	495	72	46	19	6	1	61	59	6	65	1	61	11	0

Tabella 3 - Arruolamenti e relative caratteristiche in FASE 1

CRA	Posti letto	Totale utenti arruolati	Eleggibilità				Prescrizioni anticipate	Condivisione PAI	Patologia			Medico attivatore		
			SPICT	FAST	ALTRO	DM			onco	non onco	DM	struttura	MMG	DM
A	42	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
B	55	5	1	0	4	0	2	1	1	4	0	1	3	1
C	65	15	15	0	0	0	13	13	0	15	0	15	0	0
D	40	4	4	0	0	0	0	4	0	4	0	3	1	0
E	60	9	9	0	0	0	9	9	0	9	0	9	0	0
F	40	9	1	8	0	0	8	9	0	9	0	7	2	0
G	54	22	22	0	0	0	5	20	3	19	0	22	0	0
H	68	11	11	0	0	0	11	11	0	11	0	11	0	0
I	39	7	0	0	7	0	7	6	4	3	0	6	1	0
L	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	495	83	64	8	11	0	55	73	8	75	0	75	7	1

Tabella 4 - Arruolamenti e relative caratteristiche in FASE 2

In entrambe le fasi, lo strumento maggiormente utilizzato per la valutazione dell'eleggibilità è risultato essere lo SPICT, impiegato per 46 ospiti nella fase 1 e per 64 ospiti nella fase 2. Le patologie di base degli ospiti arruolati si sono confermate

prevalentemente di natura non oncologica in entrambi i periodi, rappresentando il 90,3% dei casi nella fase 1 e il 93,4% nella fase 2.

Anche in questo caso, l'attivazione delle cure palliative è avvenuta prevalentemente ad opera del medico di struttura.

Per quanto riguarda gli strumenti di pianificazione assistenziale, le prescrizioni anticipate sono risultate più frequenti nella fase 1, essendo state predisposte per l'84,7% degli ospiti arruolati, rispetto al 66,3% osservato nella fase 2. Al contrario, la condivisione del PAI di cure palliative è risultata più diffusa nella seconda fase, coinvolgendo l'88% degli ospiti arruolati rispetto all'81,9% registrato nella fase iniziale.

Durante la prima fase del progetto, caratterizzata dall'affiancamento alle strutture, il medico palliativista è stato presente in ciascuna delle 10 CRA per un totale di 8 ore mensili, in linea con quanto previsto dal modello organizzativo della sperimentazione. Nella successiva fase di autonomia delle strutture, il numero di consulenze palliative ha mostrato una variabilità tra le diverse CRA, come riportato nella tabella 5.

CRA	Presenza palliativista FASE 1	Consulenze palliativista FASE 2
A	8 ore/mese	0
B	8 ore/mese	4
C	8 ore/mese	2
D	8 ore/mese	7
E	8 ore/mese	0
F	8 ore/mese	2
G	8 ore/mese	0
H	8 ore/mese	6
I	8 ore/mese	1
L	8 ore/mese	0
TOTALE	80 ore/mese complessive	22

Tabella 5 - Consulenze del medico palliativista in fase 1 e fase 2

In particolare, la struttura che ha richiesto maggiormente l'attivazione del palliativista è stata la D, per un totale di 7 consulenze a fronte di 4 arruolamenti nella seconda fase di sperimentazione; la struttura L, invece, non ha richiesto consulenze e, al contempo, non ha effettuato alcun arruolamento.

7.2.2 Invio in Pronto Soccorso ed esiti

CRA	Utenti arruolati	Utenti inviati in PS	Accessi in PS	Fascia di accesso in PS			Dimissione		
				Mattino	Pomeriggio	Continuità assistenziale	CRA	Ricovero in ospedale	Decesso in PS
A	11	0	0	0	0	0	0	0	0
B	18	7	12	5	3	4	6	6	0
C	50	8	13	1	1	11	12	1	0
D	11	1	1	1	0	0	1	0	0
E	39	5	5	2	0	3	5	0	0
F	31	15	26	6	7	13	15	9	2
G	42	6	6	0	2	4	3	3	0
H	32	2	2	0	0	2	1	1	0
I	16	1	1	0	0	1	1	0	0
L	12	1	1	0	0	1	1	0	0
TOTALE	262	46	67	15	13	39	45	20	2

Tabella 6 - Invii in PS e relative caratteristiche al termine della sperimentazione

Durante il periodo di sperimentazione, 46 ospiti arruolati sono stati inviati almeno una volta in Pronto Soccorso (PS), per un totale complessivo di 67 accessi nell'intero periodo di osservazione. Gli invii si sono verificati prevalentemente nei turni coperti dal servizio di Continuità Assistenziale, comprendenti le ore notturne e i giorni festivi (n=39), mentre 15 accessi sono avvenuti durante il turno mattutino feriale e 13 nel turno pomeridiano feriale.

La struttura A non ha effettuato alcun invio in PS durante tutta la sperimentazione, mentre la struttura che ha effettuato maggiori invii è stata la F (n=26), anche durante i turni diurni coperti dalla presenza infermieristica; la struttura F è anche caratterizzata dagli unici 2 decessi avvenuti in PS.

Sui 67 accessi complessivi, 45 si sono conclusi con dimissione e rientro in CRA, 20 con ricovero ospedaliero e 2 con decesso in PS.

Le principali cause di invio in PS sono risultate essere la dispnea (n=17) e il trauma cranico (n=6), seguite da febbre (n=5) e dolore agli arti inferiori (n=4). Le altre cause, meno frequenti, sono riportate nella tabella 7.

Causa di invio in PS	Frequenza
Dispnea	17
Trauma cranico	6
Febbre	5
Dolore agli arti inferiori	4
Alterato stato di coscienza	3
Astenia generalizzata	3
Cardiopulmo / Polso irregolare	3
Disturbi minori non specifici	3
Politrauma contusivo	3
Sincope / Pre-sincope	3
Sintomi cerebrovascolari / Debolezza delle estremità	2
Dolore addominale	2
Macro-ematuria	2
Diarrea	1
Dolore agli arti superiori	1
Iperglicemia	1
Lesioni degli arti inferiori	1
Nausea / Vomito ripetuto	1
Perdite / lesioni genitali	1
Problematiche correlate a dispositivi medici	1
Ritenzione urinaria	1
Stato confusionale	1
Tosse / Congestione	1
Arresto cardiaco non traumatico	1

Tabella 7 - Cause di invio in PS e relativa frequenza

L'analisi comparativa tra le due fasi della sperimentazione (tabella 8 per la fase 1 e tabella 9 per la fase 2) evidenzia una maggiore frequenza di invii in PS nella seconda fase rispetto alla prima, con 24 ospiti inviati contro i 14 della fase iniziale. In entrambe le fasi, gli accessi si sono verificati prevalentemente durante i turni coperti dalla Continuità Assistenziale. Il numero complessivo di accessi al PS è risultato pari a 23 nella fase 1 e a 32 nella fase 2.

Per quanto riguarda gli esiti degli accessi, le dimissioni verso le CRA si sono mantenute prevalenti in entrambe le fasi della sperimentazione (n=16 nella fase 1; n=21 nella fase 2). I ricoveri ospedalieri sono invece risultati più frequenti nella fase 2 (n=11) rispetto alla fase 1 (n=6). È stato inoltre registrato un solo decesso in PS durante la fase 1.

CRA	Utenti arruolati	Utenti inviati in PS	Accessi in PS	Fascia di accesso in PS			Dimissione		
				Mattino	Pomeriggio	Continuità assistenziale	CRA	Ricovero in ospedale	Decesso in PS
A	5	0	0	0	0	0	0	0	0
B	5	2	2	1	0	1	1	1	0
C	15	0	0	0	0	0	0	0	0
D	3	0	0	0	0	0	0	0	0
E	3	1	1	0	0	1	1	0	0
F	14	8	17	3	4	10	12	4	1
G	10	2	2	0	0	2	1	1	0
H	7	0	0	0	0	0	0	0	0
I	4	0	0	0	0	0	0	0	0
L	6	1	1	0	0	1	1	0	0
TOTALE	72	14	23	4	4	15	16	6	1

Tabella 8 - Accessi in PS FASE 1

CRA	Utenti arruolati	Utenti inviati in PS	Accessi in PS	Fascia di accesso in PS			Dimissione		
				Mattino	Pomeriggio	Continuità assistenziale	CRA	Ricovero in ospedale	Decesso in PS
A	1	0	0	0	0	0	0	0	0
B	5	5	10	4	3	3	5	5	0
C	15	6	8	1	0	7	7	1	0
D	4	0	0	0	0	0	0	0	0
E	9	2	2	1	0	1	2	0	0
F	9	6	7	2	2	3	3	4	0
G	22	3	3	0	2	1	2	1	0
H	11	1	1	0	0	1	1	0	0
I	7	1	1	0	0	1	1	0	0
L	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	83	24	32	8	7	17	21	11	0

Tabella 9 - Accesso in PS FASE 2

7.2.3 Luogo del decesso

Come è possibile osservare nella tabella 10, nel corso della sperimentazione sono deceduti complessivamente 190 ospiti arruolati. Per la maggior parte di essi, il luogo del decesso è coinciso con la CRA di appartenenza (n=178), pari al 93,7% dei casi. Dieci ospiti sono invece deceduti in ospedale o in PS, mentre per 2 soggetti il dato non risultava disponibile.

In particolare, in 6 CRA tutti i decessi degli ospiti arruolati sono avvenuti all'interno della struttura. La CRA caratterizzata dal maggior numero di decessi avvenuti in ambito ospedaliero è la B (n=6).

CRA	Decessi totali	Luogo del decesso		
		CRA	Ospedale / PS	D.M:
A	9	9	0	0
B	16	10	6	0
C	31	29	2	0
D	10	10	0	0
E	27	27	0	0
F	28	25	2	1
G	26	26	0	0
H	19	18	0	1
I	13	13	0	0
L	11	11	0	0
TOTALE	190	178	10	2

Tabella 10 - Decessi e luogo del decesso durante tutta la sperimentazione

Analizzando le due fasi della sperimentazione (tabella 11 per la fase 1 e tabella 12 per la fase 2), si osserva una percentuale più elevata di decessi avvenuti all'interno della CRA nella fase 2 rispetto alla fase 1 (96% vs 86%).

In particolare, nella fase 2 il decesso degli ospiti arruolati è avvenuto in CRA in 9 delle 10 strutture coinvolte.

CRA	Decessi totali	Luogo del decesso		
		CRA	Ospedale / PS	D.M.
A	3	3	0	0
B	7	4	3	0
C	10	8	2	0
D	3	3	0	0
E	5	5	0	0
F	14	11	1	2
G	9	9	0	0
H	3	3	0	0
I	2	2	0	0
L	4	4	0	0
TOTALE	60	52	6	2

Tabella 11 - Decessi e luoghi del decesso di FASE 1

CRA	Decessi totali	Luogo del decesso		
		CRA	Ospedale / PS	D.M.
A	1	1	0	0
B	9	6	3	0
C	7	7	0	0
D	4	4	0	0
E	9	9	0	0
F	11	11	0	0
G	14	14	0	0
H	7	7	0	0
I	6	6	0	0
L	4	4	0	0
TOTALE	72	69	3	0

Tabella 12 - Decessi e luoghi del decesso di FASE 2

8. Discussione

8.1 Interpretazione dei risultati

8.1.1 Sintesi dei risultati principali

Al termine della sperimentazione è stato possibile apprezzare una buona adesione delle CRA al progetto di cure palliative: tutte le strutture coinvolte hanno infatti arruolato almeno dieci ospiti nel percorso assistenziale, portando avanti l'applicazione del progetto fino al termine della sperimentazione.

Complessivamente, oltre la metà della popolazione residente nelle CRA partecipanti è stata identificata come eleggibile alle cure palliative (53%), evidenziando una rilevante presenza di bisogni palliativi all'interno delle strutture.

La popolazione arruolata è risultata costituita prevalentemente da ospiti affetti da patologie cronico-degenerative non oncologiche (91,6%), confermando la crescente rilevanza dell'approccio palliativo nei contesti assistenziali residenziali anche al di fuori dell'ambito oncologico. Il confronto tra le due fasi analizzate evidenzia inoltre un lieve incremento della presa in carico palliativa nella fase di autonomia delle strutture, durante la quale sono stati arruolati 83 ospiti rispetto ai 72 della fase di affiancamento.

Le percentuali relative alla pianificazione assistenziale sono risultate elevate: per il 78% degli ospiti arruolati sono state predisposte prescrizioni anticipate e per il 95% è stato condiviso un PAI di cure palliative. Tali risultati appaiono coerenti con una progressiva integrazione della cultura della presa in carico palliativa nella pratica clinico-assistenziale delle CRA coinvolte.

Per quanto riguarda gli esiti assistenziali, la quasi totalità degli ospiti arruolati è rimasta in CRA fino al decesso (93,7%), mentre il ricorso al supporto ospedaliero è risultato contenuto: solo il 17% degli ospiti ha effettuato almeno un accesso in Pronto Soccorso in seguito all'arruolamento e, nella maggior parte dei casi, l'episodio si è concluso con la dimissione verso la CRA.

Sul piano qualitativo, è stato riportato un miglioramento complessivo della qualità di vita percepita da ospiti, familiari e operatori. Parallelamente, il personale ha riferito

l'acquisizione di nuove competenze clinico-assistenziali e relazionali, pur in presenza di criticità organizzative, emotive e gestionali che permangono nel contesto di cura.

8.1.2 Strumenti di identificazione precoce dei bisogni palliativi

Nel 69% dei casi, lo strumento utilizzato per l'identificazione del bisogno di cure palliative è risultato essere lo SPICT, che sembra essersi dimostrato particolarmente applicabile nel contesto delle CRA per la valutazione dei bisogni di anziani e grandi anziani pluripatologici. Il suo ampio utilizzo potrebbe essere ricondotto alla relativa semplicità e rapidità di impiego, poiché non richiede approfondimenti clinici specialistici e si basa su un numero limitato di indicatori. Inoltre, lo strumento consente una valutazione multidimensionale delle condizioni dell'ospite, valorizzando la profonda conoscenza clinico-assistenziale maturata dagli operatori attraverso l'assistenza e l'osservazione prolungata dell'anziano residente.

La scala FAST è stata utilizzata per identificare l'11% degli ospiti arruolati. Trattandosi di uno strumento specificamente rivolto alla valutazione delle persone affette da demenza, il suo ambito applicativo appare più circoscritto rispetto allo SPICT. In particolare, la FAST è stata impiegata prevalentemente nella struttura F, dove 22 dei 31 ospiti arruolati sono stati identificati tramite tale scala. Sebbene non sia possibile trarre conclusioni definitive, questo dato potrebbe riflettere una maggiore prevalenza di residenti affetti da demenza oppure una maggiore familiarità dell'equipe con la gestione di tale condizione clinica, favorendo l'identificazione del bisogno di cure palliative attraverso uno strumento osservazionale e descrittivo.

Le strutture B e I hanno invece dichiarato di aver utilizzato strumenti differenti per l'identificazione del bisogno di cure palliative, senza tuttavia specificarne la tipologia.

Come descritto nel capitolo precedente, l'analisi comparativa tra fase di affiancamento e fase di autonomia è stata condotta escludendo i primi quattro mesi della sperimentazione, al fine di limitare il potenziale effetto associato all'avvio dello screening sistematico sulla popolazione residente. Durante tale periodo iniziale è stato infatti arruolato il 40% degli ospiti dell'intero periodo di osservazione. Tale dato sembra suggerire l'emersione di un bisogno di cure palliative precedentemente non intercettato, evidenziando come l'introduzione di uno screening strutturato possa aver

favorito il riconoscimento di situazioni cliniche che, in assenza di strumenti dedicati, sarebbero potute rimanere non identificate.

La rilevazione degli ospiti eleggibili è risultata lievemente maggiore nella fase di autonomia (fase 2). Tuttavia, l'interpretazione del numero di arruolamenti richiede cautela, poiché esso appare influenzato da molteplici fattori, tra cui le caratteristiche cliniche della popolazione residente, la stabilità delle condizioni di salute, il turnover degli ospiti e il livello di coinvolgimento delle equipe assistenziali nel progetto. Ad esempio, il mancato arruolamento di nuovi ospiti nella CRA L potrebbe essere interpretato sia come espressione di un impatto limitato del progetto sulla cultura assistenziale della struttura, sia come espressione di una popolazione residente relativamente stabile, nella quale gli ospiti eleggibili erano già stati identificati nella fase iniziale della sperimentazione. Considerando, però, la ridotta aspettativa media di vita all'ingresso in struttura (SICP-SIGG), risulta più plausibile la prima opzione esposta.

Ad ogni modo, i dati raccolti sembrano indicare che l'identificazione dei bisogni di cure palliative non si sia interrotta alla fase di affiancamento, ma sia proseguita anche durante il successivo periodo di autonomia delle CRA. L'incremento, seppur contenuto, degli arruolamenti nella fase 2 potrebbe indicare l'apprendimento da parte delle equipe assistenziali delle capacità relative all'identificazione dei bisogni e all'applicazione, in maniera autonoma, degli strumenti e delle competenze acquisiti durante il periodo formativo e di affiancamento con il medico palliativista.

Nonostante gli ottimi risultati sopra descritti, è emersa una criticità relativa alle modalità dell'applicazione degli strumenti di valutazione nella maggior parte delle CRA coinvolte durante la seconda fase progettuale. Nel corso dell'incontro di restituzione dei dati alle equipe assistenziali, è stato infatti riferito che tali strumenti non sono stati generalmente utilizzati per effettuare uno screening sistematico dell'intera popolazione residente, come previsto dal protocollo progettuale. Nella maggior parte dei casi, essi sembrano essere stati impiegati prevalentemente per confermare un sospetto di bisogno di cure palliative già maturato dall'equipe sulla base della percezione clinico-assistenziale del personale.

Tale modalità di utilizzo suggerisce una parziale difformità rispetto all'applicazione prevista dal protocollo e comporta il rischio di identificare prevalentemente ospiti con

bisogni di cure palliative già evidenti o maggiormente prossimi al fine vita, con una possibile sottostima di situazioni cliniche caratterizzate da bisogni ancora poco manifesti ma potenzialmente suscettibili di beneficiare precocemente di un approccio palliativo. Coerentemente con questa modalità operativa, anche la rivalutazione prevista ogni quattro mesi sull'intera popolazione residente non sembra essere stata applicata sistematicamente, ma prevalentemente in presenza di un sospetto clinico-assistenziale di insorgenza di bisogni palliativi.

8.1.3 Caratteristiche degli ospiti arruolati

Per quanto riguarda le caratteristiche cliniche degli ospiti arruolati, il 35% presentava come patologia principale la demenza, confermando il crescente impatto epidemiologico di tale condizione nella popolazione anziana residente in struttura. Le patologie cardiache rappresentavano il 34% dei casi, quelle pneumologiche l'11%, mentre le patologie oncologiche costituivano soltanto il 6% degli arruolamenti. Tali dati evidenziano come i bisogni di cure palliative nelle CRA riguardino prevalentemente persone affette da patologie cronico-degenerative non oncologiche, caratterizzate da traiettorie cliniche spesso complesse e meno prevedibili rispetto a quelle neoplastiche (7).

In tale prospettiva, i risultati sembrano suggerire che gli strumenti adottati abbiano favorito l'identificazione di bisogni di cure palliative in una popolazione frequentemente sottorappresentata nei percorsi palliativi tradizionali o caratterizzata da quadri prognostici di difficile interpretazione, nei quali l'attivazione di un'assistenza palliativa rischia di essere ritardata.

Alla luce di tali considerazioni, risulta ancora più evidente l'utilità dell'applicazione degli strumenti di valutazione sottoforma di screening nei confronti di una popolazione caratterizzata da prognosi imprevedibile e storicamente poco considerata.

Dei 262 ospiti arruolati nel progetto, al termine della sperimentazione 190 risultavano deceduti, pari al 72,5% del totale. Tale dato appare coerente con le stime prognostiche proposte dal Documento Congiunto della SICP e SIGG per la popolazione anziana fragile residente in struttura (7), suggerendo l'appropriatezza dell'identificazione degli ospiti con bisogni di cure palliative.

Al tempo stesso, la presenza di 72 ospiti ancora in vita al termine del periodo di osservazione suggerisce come il percorso di identificazione attivato non si sia limitato

a intercettare esclusivamente persone in fine vita, ma abbia consentito di riconoscere anche ospiti caratterizzati da bisogni palliativi presenti in fasi più precoci della traiettoria di malattia. I dati sembrano supportare un modello di cure palliative intese non esclusivamente come assistenza di fine vita, ma come approccio precoce e simultaneo finalizzato al miglioramento della qualità di vita.

8.1.4 Consulenze specialistiche

Un ulteriore elemento di interesse riguarda il ricorso alla consulenza specialistica palliativa durante i sei mesi di autonomia. Nelle 10 CRA coinvolte, a fronte di un totale di 83 ospiti arruolati, sono state richieste 22 consulenze al team specialistico di cure palliative.

La struttura D è risultata quella con il maggior numero di richieste (n=7), a fronte di 4 ospiti arruolati nella fase 2.

Al contrario, alcune strutture (A, E e G) non hanno richiesto consulenze palliative durante la fase di autonomia, mentre la CRA L non vi ha fatto ricorso contestualmente all'assenza di nuovi arruolamenti.

Il ricorso alla consulenza specialistica non appare tuttavia interpretabile come indicatore univoco di efficacia o autonomia delle equipe. Un maggior numero di richieste potrebbe infatti riflettere sia una maggiore complessità dei casi assistiti sia una più elevata capacità di riconoscere tempestivamente situazioni meritevoli di supporto specialistico. Analogamente, una ridotta richiesta di consulenze potrebbe esprimere sia una maggiore autonomia gestionale sia una possibile sottostima della complessità assistenziale, suggerendo l'opportunità di approfondire ulteriormente tale aspetto in future valutazioni del progetto.

8.1.5 PAI e prescrizioni anticipate

Oltre ai dati relativi al mero arruolamento degli ospiti con bisogni di cure palliative, un elemento che consente di cogliere un potenziale cambiamento nella cultura assistenziale delle CRA è rappresentato dalla diffusione dei PAI di cure palliative e dalla predisposizione di prescrizioni anticipate.

Nel corso dell'intera sperimentazione, è stato condiviso un PAI di cure palliative per il 95% degli ospiti arruolati. Nello specifico, la condivisione del PAI è avvenuta per l'81,9% degli ospiti arruolati durante la fase 1 e per l'88% di quelli inclusi nella fase 2. Sebbene tali percentuali siano elevate e riflettano un dato complessivamente

positivo, appare opportuno soffermarsi sulla popolazione arruolata per la quale non è stata predisposta una pianificazione personalizzata dell'assistenza.

Il PAI di cure palliative, infatti, rappresenta uno strumento centrale per definire un'assistenza coerente con i bisogni dell'ospite, consentendo di condividere sia con i familiari che con l'equipe assistenziale la rimodulazione degli obiettivi di cura. In tale prospettiva, l'assistenza erogata in CRA evolve da un modello prevalentemente prestazionale a un approccio anticipatorio, orientato agli obiettivi di cura e alla qualità di vita dell'ospite. La pianificazione condivisa favorisce inoltre l'uniformità degli interventi assistenziali e contribuisce a garantire il rispetto delle volontà, dei valori e dei bisogni della persona anziana.

All'interno del PAI possono essere condivise anche decisioni relative alla limitazione, ove appropriato e coerente con gli obiettivi di cura, di interventi invasivi o accessi in Pronto Soccorso. Tale elemento assume particolare rilevanza nel contesto delle CRA, dove la presenza infermieristica non è continuativa nell'arco delle 24 ore, poiché consente all'equipe assistenziale di orientare le decisioni clinico-assistenziali anche in assenza del professionista sanitario di riferimento (che sia il medico o l'infermiere).

La mancata predisposizione del PAI in una quota di ospiti con bisogni di cure palliative potrebbe dunque suggerire il rischio di una non piena applicazione dei principi dell'approccio palliativo, in particolare per quanto riguarda la pianificazione condivisa e la personalizzazione dell'assistenza. Rimane comunque degna di nota l'adesione di 7 strutture su 10, che hanno garantito la presenza di un PAI di cure palliative per tutti gli ospiti arruolati, assicurando una maggiore coerenza assistenziale rispetto alle decisioni condivise dall'equipe.

Considerazioni analoghe possono essere formulate rispetto alla predisposizione di prescrizioni anticipate, presenti al termine della sperimentazione nel 78,2% degli ospiti arruolati. In fase 1, risultavano predisposte per l'84,7% degli ospiti, mentre nella fase 2 si è osservata una riduzione significativa, con una copertura pari al 66,3%.

Il divario tra le due fasi potrebbe riflettere una non completa interiorizzazione, da parte dei medici di struttura o dei MMG, del razionale clinico e organizzativo delle prescrizioni anticipate. Tali prescrizioni, infatti, non dovrebbero essere predisposte esclusivamente in presenza di sintomatologia conclamata, ma anche in fasi precedenti,

al fine di consentire all'equipe di intervenire tempestivamente e in modo appropriato anche in assenza del medico curante.

La presenza di prescrizioni anticipate assume inoltre una funzione rilevante per il medico di continuità assistenziale, specialmente nelle ore notturne, poiché permette di disporre di indicazioni terapeutiche coerenti con il percorso di cure palliative dell'ospite. Parallelamente, tali prescrizioni possono contribuire a ridurre accessi inappropriati al Pronto Soccorso, favorendo la gestione dei sintomi direttamente in struttura, in un ambiente familiare e conosciuto, potenzialmente meno esposto ai rischi correlati all'ospedalizzazione dell'anziano fragile.

Anche in questo ambito, alcune strutture hanno dimostrato una piena adesione progettuale, predisponendo prescrizioni anticipate per il 100% degli ospiti arruolati. Tuttavia, solo 3 CRA su 10 hanno mantenuto tale livello di adesione anche nella fase di autonomia. In particolare, le strutture E, H e I hanno mostrato la capacità di predisporre autonomamente prescrizioni anticipate durante la fase 2. La struttura L ha ugualmente registrato una copertura del 100%; tuttavia, in assenza di nuovi arruolamenti nella seconda fase del progetto, non è possibile formulare considerazioni circa la sua autonomia operativa nella loro redazione.

Un elemento di particolare interesse riguarda il differente livello di diffusione tra PAI e prescrizioni anticipate. Sebbene la predisposizione di una prescrizione anticipata risulti generalmente più standardizzabile e di più rapida redazione (anche grazie alla disponibilità di un foglio guida terapeutico fornito alle CRA) la sua applicazione è risultata inferiore rispetto a quella del PAI, la cui elaborazione richiede generalmente maggior tempo, confronto multidisciplinare e condivisione con l'ospite e la famiglia.

Tale evidenza suggerisce che la minore diffusione delle prescrizioni anticipate non sia verosimilmente riconducibile a limiti di tempo, quanto piuttosto a una possibile insicurezza dei professionisti nella loro redazione o alla percezione di una ridotta necessità clinica nella fase iniziale della presa in carico.

La predisposizione di un PAI e di prescrizioni anticipate anche in assenza di sintomatologia severa appare coerente con un modello di cure palliative precoci, orientato alla pianificazione condivisa dell'assistenza, alla prevenzione di interventi non coerenti con gli obiettivi di cura e non esclusivamente alla gestione del fine vita.

Nel complesso, nonostante le criticità emerse, i risultati ottenuti possono essere considerati positivi, poiché suggeriscono l'introduzione e l'applicazione, in una quota rilevante di casi, di modelli clinico-assistenziali precedentemente poco consolidati nel contesto delle CRA e caratterizzati da una significativa complessità organizzativa e decisionale.

8.1.6 Accessi in PS, ricoveri e dimissioni

Nell'ambito delle cure palliative, il mantenimento della persona nel proprio luogo di vita rappresenta un elemento strettamente correlato alla qualità dell'assistenza e alla qualità di vita percepita. In tale prospettiva, gli accessi in PS e le ospedalizzazioni possono essere considerati indicatori indiretti di appropriatezza clinico-assistenziale, poiché riflettono la capacità della struttura di rispondere ai bisogni della persona all'interno del contesto abituale di cura.

Al termine della sperimentazione, 46 ospiti arruolati nel progetto di cure palliative hanno effettuato almeno un accesso in PS, pari al 17,5% del totale. Considerando la fragilità clinica della popolazione osservata e l'elevata prevalenza di condizioni cronico-degenerative avanzate, tale percentuale appare contenuta e potrebbe suggerire l'apprendimento di una buona capacità, da parte delle CRA coinvolte, di garantire stabilità assistenziale e gestione dei bisogni clinici all'interno del luogo di vita dell'ospite.

Gli accessi complessivi in PS sono stati 67, indicando come alcuni ospiti abbiano richiesto il ricorso a cure urgenti in più occasioni durante il periodo di osservazione. La struttura F è risultata quella con il maggior numero di invii (15 ospiti inviati per un totale di 26 accessi), mentre la struttura A non ha registrato alcun accesso in PS nel corso dell'intera sperimentazione. Tuttavia, l'interpretazione di tali differenze richiede cautela, poiché potrebbe essere influenzata da molteplici fattori, tra cui le caratteristiche cliniche della popolazione residente, la complessità assistenziale dei casi e il livello di esperienza e sicurezza percepita dalle equipe nella gestione delle situazioni acute. Di fatto, la struttura F si è anche distinta per la stesura di un PAI di cure palliative e la predisposizione di terapia anticipata per quasi tutti gli ospiti arruolati. Inoltre, gran parte degli accessi della struttura F si è concentrata nella fase 1 di affiancamento, periodo in cui il supporto dello specialista era ancora accompagnato dall'incertezza di un nuovo approccio assistenziale.

La prevalenza degli accessi in Pronto Soccorso nelle fasce orarie coperte dalla continuità assistenziale (58,2%) rappresenta un dato meritevole di approfondimento, soprattutto in considerazione delle criticità segnalate dalle CRA relativamente all'interazione con i medici del servizio di continuità assistenziale. Tuttavia, considerando che tale servizio opera per un numero maggiore di ore settimanali rispetto ai medici di struttura (presenti prevalentemente in orario diurno nei giorni feriali) il tasso di invio può essere considerato sostanzialmente sovrapponibile. Questo dato sembra suggerire come il ricorso al PS non sia esclusivamente correlato all'assenza del medico curante, ma anche alla percezione di complessità e urgenza della situazione clinica.

Tra le cause di invio, la dispnea rappresenta il motivo più frequente, responsabile di circa un quarto degli accessi totali. Tale dato potrebbe riflettere le difficoltà delle equipe nella gestione autonoma di un sintomo frequentemente percepito come altamente destabilizzante, non solo per l'ospite ma anche per i familiari e gli operatori. La dispnea, infatti, si associa spesso a un'importante componente di sofferenza e angoscia, generando una percezione di emergenza che può rendere più difficile l'attivazione di strategie assistenziali coerenti con l'approccio palliativo.

Sebbene le prescrizioni anticipate prevedano frequentemente farmaci per la gestione della dispnea, la presenza di tale sintomatologia, soprattutto in orario notturno, può risultare particolarmente complessa nel contesto delle CRA. In assenza della presenza infermieristica continuativa, il personale socio-sanitario può trovarsi nella condizione di dover attendere l'intervento del medico di continuità assistenziale per la somministrazione della terapia (nel caso in cui sia effettivamente presente la prescrizione anticipata), con il rischio di percepire un senso di impotenza di fronte alla sofferenza dell'ospite. In tali circostanze, il ricorso al sistema di emergenza-urgenza può apparire agli operatori la scelta più tempestiva e rassicurante.

La seconda causa di invio per frequenza è risultata essere il trauma cranico, verosimilmente conseguente a caduta. In questo caso, il ricorso al PS potrebbe riflettere il riconoscimento appropriato della necessità di approfondimenti diagnostici e monitoraggio specialistico, non garantibili all'interno della CRA, soprattutto in presenza del rischio di complicanze acute.

Considerazioni analoghe possono essere estese ad altre cause di invio, che potrebbero riflettere sia una reale necessità clinica sia una percezione di inadeguatezza delle equipe nella gestione autonoma di quadri assistenziali complessi. Al tempo stesso, alcune motivazioni di accesso, come febbre o diarrea, sollevano interrogativi circa l'appropriatezza del ricorso al PS in un contesto di cure palliative, suggerendo possibili margini di miglioramento nella gestione sintomatologica e nel consolidamento delle competenze clinico-assistenziali.

Particolarmente interessante appare il dato relativo a un accesso in PS per arresto cardiaco non traumatico. Anche se non è possibile formulare interpretazioni definitive, tale evento potrebbe riflettere una non completa condivisione del percorso assistenziale palliativo tra tutti i professionisti coinvolti oppure la presenza di preferenze assistenziali dell'ospite non orientate esclusivamente al comfort ma anche al prolungamento della vita.

Per quanto riguarda l'esito degli accessi, nel 67% dei casi è stata disposta la dimissione con rientro in CRA, mentre nel 30% dei casi si è reso necessario il ricovero ospedaliero; due ospiti sono invece deceduti in PS. Sebbene numericamente limitato, il dato relativo ai decessi in Pronto Soccorso merita attenzione, poiché tale contesto, caratterizzato da elevata intensità assistenziale, caoticità e ridotta privacy, appare generalmente poco coerente con i principi delle cure palliative e con i bisogni di comfort, dignità e supporto relazionale tipici del fine vita.

Per quanto concerne i ricoveri ospedalieri, è auspicabile che essi siano stati determinati da condizioni cliniche potenzialmente risolvibili o gestibili efficacemente mediante trattamenti specialistici non erogabili in CRA. Tuttavia, il ricovero dell'anziano fragile in cure palliative comporta potenziali criticità, tra cui il rischio di delirium, infezioni correlate all'assistenza, perdita delle autonomie residue e disorientamento legato all'allontanamento dall'ambiente familiare di vita.

Infine, è interessante osservare come l'analisi dei dati mostra un incremento degli accessi nella fase di autonomia (fase 2), durante la quale si sono registrati 32 accessi a fronte di 24 ospiti inviati, rispetto ai 23 accessi e 14 ospiti della fase di affiancamento (fase 1). Al tempo stesso, il 34,4% degli accessi in PS della fase 2 ha avuto come esito il ricovero, rispetto al 26% registrato nella fase 1. Tale dato potrebbe suggerire una maggiore capacità delle equipe di riconoscere, nel tempo, le situazioni cliniche

effettivamente non gestibili all'interno della struttura e meritevoli di approfondimento specialistico, configurando un ricorso al ricovero potenzialmente più appropriato e selettivo.

8.1.7 Luogo del decesso

Il dato relativo al luogo del decesso appare particolarmente rilevante: il 93,7% degli ospiti arruolati e successivamente deceduti è morto all'interno della CRA di residenza, mentre una quota residuale è deceduta in ospedale.

Sebbene la CRA non rappresenti un ambiente domestico in senso stretto, per l'anziano residente costituisce frequentemente il luogo di vita abituale, caratterizzato da riferimenti ambientali, relazionali e assistenziali stabili. La possibilità di permanere in un contesto conosciuto fino alla fine della vita può contribuire a ridurre la frammentazione assistenziale e il rischio di trasferimenti potenzialmente gravosi, soprattutto in presenza di elevata fragilità. Inoltre, la permanenza in struttura può favorire una maggiore continuità relazionale con i professionisti di riferimento e consentire ai familiari di trascorrere tempo accanto al proprio caro in modo più flessibile rispetto al contesto ospedaliero.

Tuttavia, il dato richiede anche una valutazione critica. I 10 decessi avvenuti in ospedale, di cui 2 in Pronto Soccorso, suggeriscono la necessità di interrogarsi sul razionale clinico-assistenziale che ha condotto al trasferimento, specialmente nelle situazioni terminali. Il decesso in Pronto Soccorso, in modo particolare, rappresenta un elemento meritevole di approfondimento, poiché potrebbe indicare la presenza di criticità nella gestione di eventi acuti e delle relative problematiche emotive e relazionali non solo degli operatori ma anche dei familiari. Può accadere, ad esempio, che nonostante sia stato condiviso un PAI di cure palliative, i familiari cambino idea nel momento di criticità del fine vita, richiedendo insistentemente cure urgenti per il proprio caro.

Nel complesso, i risultati sembrano suggerire una buona capacità delle strutture coinvolte di accompagnare gli ospiti nel fine vita all'interno del proprio setting assistenziale, pur evidenziando la necessità di continuare a monitorare e analizzare i

casi di trasferimento ospedaliero terminale, al fine di comprenderne motivazioni, appropriatezza e possibili margini di miglioramento.

8.1.8 Benefici del progetto

Il progetto ha generato benefici non soltanto sul piano clinico-assistenziale, ma anche in termini di qualità della vita degli ospiti, dei familiari e delle equipe assistenziali coinvolte.

Tutte le CRA partecipanti hanno infatti segnalato un miglioramento della qualità della vita degli ospiti arruolati nel percorso di cure palliative, in linea con la finalità primaria di tale approccio assistenziale, orientato al benessere globale della persona e al sollievo della sofferenza. Tale risultato sembra riconducibile a una maggiore personalizzazione dell'assistenza, che ha consentito all'anziano di esprimere i propri bisogni, di vederli riconosciuti e, nella maggior parte dei casi, di permanere nel proprio luogo di vita sino al decesso.

L'impiego di strumenti strutturati per il riconoscimento precoce dei bisogni di cure palliative ha inoltre favorito un approccio più equo all'assistenza, consentendo di identificare anche situazioni di fragilità che frequentemente rischiano di rimanere sottovalutate o non riconosciute. In tal senso, il progetto sembra aver favorito una maggiore attenzione alla persona nella sua globalità, indipendentemente dalla patologia di base e dalla prognosi clinica.

Anche la qualità della vita dei familiari e dei caregiver è stata percepita in miglioramento da parte di tutte le strutture coinvolte. Il sollievo dalla sofferenza dell'ospite, associato a una maggiore attenzione ai suoi bisogni fisici, psicologici e relazionali, può aver contribuito indirettamente al benessere dei familiari. Parallelamente, il coinvolgimento nel percorso assistenziale e l'accompagnamento ricevuto nell'ambito delle cure palliative possono aver favorito una maggiore preparazione rispetto alla progressiva evoluzione clinica del proprio caro e alle scelte correlate al fine vita.

L'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative sembra inoltre aver consentito ai familiari di affrontare in maniera più graduale il peggioramento clinico dell'anziano,

favorendo una riflessione anticipata rispetto ai desideri, ai valori e alle preferenze della persona assistita e permettendo una progressiva elaborazione della perdita.

È interessante osservare che questo dato risulti positivo nonostante sia stato evidenziato, come elemento di criticità del progetto, la difficoltà di accettazione da parte di alcuni familiari delle cure palliative. Si può ipotizzare che in qualche caso la proposta di cure palliative abbia generato preoccupazione e angoscia a causa della tradizionale associazione di queste con la morte. Al tempo stesso, è possibile immaginare che i familiari, nonostante un'iniziale contrarietà, abbiano comunque potuto beneficiare del miglioramento della qualità di vita del proprio caro e, con il tempo e il sostegno dell'equipe, ne abbiano potuto accettare la condizione.

Particolarmente rilevante appare il dato emerso nella seconda fase del progetto, durante la quale la maggior parte delle CRA ha segnalato un miglioramento della qualità di vita anche degli ospiti non direttamente arruolati nel percorso di cure palliative. Tale risultato potrebbe riflettere una progressiva interiorizzazione della cultura palliativa da parte delle equipe assistenziali, che sembrano aver sviluppato uno sguardo maggiormente orientato al comfort, all'accompagnamento e alla qualità della vita, estendendo tali principi anche agli altri residenti affetti da patologie croniche e condizioni di fragilità.

Benefici sono stati riportati anche in relazione alla qualità della vita degli operatori sanitari nella maggior parte delle strutture coinvolte. Pur essendo emerso, tra le criticità del progetto, un aumento della responsabilità percepita da parte degli OSS, in particolare nelle fasce orarie notturne caratterizzate dall'assenza infermieristica, nessuna struttura ha riferito un peggioramento della qualità di vita lavorativa degli OSS. Tale dato potrebbe suggerire che le difficoltà percepite siano state compensate dall'acquisizione di nuove competenze e da una maggiore consapevolezza del proprio ruolo assistenziale.

Più in generale, il progetto sembra aver rappresentato un'importante opportunità di crescita professionale, consentendo agli operatori di acquisire competenze cliniche, relazionali e interdisciplinari specifiche nell'ambito delle cure palliative. La possibilità di sperimentarsi in un nuovo modello assistenziale potrebbe inoltre aver rappresentato

un elemento di motivazione professionale e di arricchimento del proprio bagaglio esperienziale.

In contesti assistenziali caratterizzati da elevata complessità clinica e da limitate prospettive di guarigione, la percezione di poter offrire sollievo dalla sofferenza, dignità, possibilità di scelta e qualità di fine vita agli ospiti e ai loro familiari può contribuire ad aumentare il senso di efficacia professionale e il significato attribuito al proprio lavoro. Tali elementi possono risultare fattori potenzialmente protettivi rispetto al distress lavorativo e al rischio di burnout.

Merita tuttavia particolare attenzione il dato riportato da una struttura, che ha segnalato un peggioramento della qualità della vita degli infermieri. Tale evidenza deve essere interpretata con cautela, poiché derivante dalla percezione dei referenti del progetto e non direttamente dai professionisti coinvolti. Nonostante ciò, essa apre una riflessione significativa sulle possibili criticità associate all'introduzione di una nuova cultura assistenziale e all'assunzione di maggiore autonomia nella gestione del fine vita.

La presa in carico palliativa in struttura può infatti esporre i professionisti a situazioni emotivamente e clinicamente complesse, tra cui la gestione dei sintomi del fine vita, il confronto con la sofferenza dei familiari, l'accompagnamento al lutto e la necessità di affrontare tematiche legate alla morte e alla terminalità. Coerentemente, tra gli elementi di fragilità del progetto sono stati riportati l'elevato coinvolgimento emotivo del personale e l'aumento del carico di lavoro.

Per alcuni professionisti, il passaggio da un modello prevalentemente orientato alla stabilizzazione clinica e alla prestazione a uno focalizzato sulla progettazione, sul comfort e sulla qualità della vita potrebbe rappresentare un cambiamento culturale rilevante, talvolta associato a sentimenti di incertezza, responsabilità percepita e discomfort professionale. Analogamente, la gestione autonoma di sintomi acuti in struttura, senza il ricorso immediato ai servizi di emergenza, può essere vissuta come un elemento di particolare complessità decisionale.

È inoltre ipotizzabile che, in alcuni casi, il desiderio di perseguire gli obiettivi progettuali possa aver generato una percezione di maggiore pressione nella gestione clinica degli ospiti, soprattutto rispetto alla scelta di evitare accessi impropri in Pronto Soccorso.

Alla luce di tali considerazioni, appare fondamentale approfondire in maniera specifica le eventuali criticità percepite dagli operatori, al fine di predisporre adeguati strumenti di supporto, supervisione clinica e formazione continua.

In tale prospettiva, il miglioramento della qualità della vita non soltanto degli ospiti e dei familiari, ma anche dei professionisti coinvolti, può rappresentare un indicatore particolarmente rilevante a sostegno dell'implementazione e della diffusione del progetto all'interno delle restanti CRA della provincia reggiana.

8.2 Raggiungimento degli obiettivi

Alla luce dei risultati emersi, l'obiettivo generale del progetto, volto alla sperimentazione di un percorso di cure palliative all'interno di 10 CRA della provincia di Reggio Emilia, può considerarsi complessivamente raggiunto. Tutte le strutture coinvolte hanno infatti avuto l'opportunità di sperimentare l'implementazione di un modello assistenziale innovativo e di confrontarsi progressivamente con la gestione autonoma dello stesso, assumendo un ruolo maggiormente attivo all'interno della rete locale di cure palliative e configurandosi non più come destinatari passivi di consulenze specialistiche, bensì come nodi integrati del percorso assistenziale.

Anche gli obiettivi specifici del progetto possono ritenersi sostanzialmente raggiunti. È stato possibile individuare 10 CRA idonee alla sperimentazione, caratterizzate dalla disponibilità dei medici e del personale assistenziale a partecipare al progetto e dalla presenza di un accesso continuativo ai farmaci necessari alla gestione dei sintomi nelle fasi avanzate di malattia, prerequisiti fondamentali per l'attivazione di un percorso di cure palliative in ambito residenziale (obiettivo specifico 1).

Il personale delle strutture selezionate è stato formato attraverso due moduli educativi condotti dalle equipe territoriali di cure palliative (obiettivo specifico 2). La formazione si è dimostrata funzionale all'implementazione di un percorso strutturato di identificazione precoce dei bisogni di cure palliative, consentendo alle equipe assistenziali di intercettare e reclutare nel progetto il 262 ospiti residenti (obiettivo specifico 3).

La fase di affiancamento con il medico palliativista ha favorito il consolidamento operativo delle competenze trasmesse durante il percorso formativo, facilitandone la traduzione nella pratica clinica quotidiana. Tale processo sembra aver contribuito alla progressiva acquisizione di autonomia da parte delle equipe assistenziali, come suggerito anche dall'aumento degli arruolamenti registrato durante la fase di sperimentazione autonoma (obiettivo specifico 4).

Parallelamente, il progetto sembra aver prodotto effetti favorevoli anche in termini di qualità della vita e dell'assistenza percepita degli ospiti, dei familiari e degli operatori sanitari, nonostante la presenza di alcune criticità organizzative ed emotive emerse durante il percorso di sperimentazione. La soddisfazione espressa dalle equipe partecipanti suggerisce una generale accettabilità del modello proposto e una percezione positiva rispetto al valore aggiunto introdotto nell'assistenza quotidiana (obiettivo specifico 7).

L'analisi integrata dei dati quantitativi e qualitativi, unitamente alla successiva restituzione dei risultati alle strutture coinvolte, ha consentito di valutare la fattibilità del progetto nel contesto delle CRA della provincia reggiana (obiettivo specifico 8). Tale processo ha inoltre permesso di individuare elementi di forza e aspetti migliorabili, offrendo all'equipe territoriale di cure palliative indicazioni utili per l'ottimizzazione del modello e per una sua eventuale estensione alle ulteriori CRA del territorio provinciale.

Maggiore cautela risulta necessaria nella valutazione del raggiungimento degli obiettivi specifici 5 e 6.

Per quanto riguarda l'obiettivo specifico 5, volto all'identificazione e all'arruolamento degli ospiti con bisogni di cure palliative, emerge una criticità interpretativa legata alle modalità di utilizzo degli strumenti di valutazione adottati (SPICT, FAST o altri). Nella maggior parte delle strutture, tali strumenti sembrano infatti essere stati impiegati prevalentemente come supporto alla conferma di un sospetto clinico già presente, piuttosto che come veri e propri strumenti di screening sistematico della popolazione residente. Di conseguenza, non è possibile affermare con certezza che tutti gli ospiti

potenzialmente eleggibili siano stati identificati e successivamente arruolati nel progetto.

Analogamente, anche il raggiungimento dell'obiettivo specifico 6, relativo alla presa in carico strutturata degli ospiti con bisogni di cure palliative, richiede una valutazione più prudente. In particolare, per il 5% degli ospiti arruolati non risulta essere stato condiviso un PAI di cure palliative, mentre per il 22% non sono state predisposte prescrizioni anticipate. Tali elementi limitano la possibilità di affermare che la presa in carico sia avvenuta in maniera pienamente sistematica e omogenea per tutti gli ospiti individuati.

Nonostante queste criticità, i risultati ottenuti mantengono una rilevanza significativa, soprattutto se interpretati alla luce del carattere sperimentale e innovativo del progetto. I dati emersi sembrano infatti delineare un cambiamento organizzativo e culturale già avviato, offrendo alle strutture coinvolte una base concreta da cui partire per consolidare le competenze acquisite, rafforzare i processi assistenziali e promuovere un progressivo miglioramento della qualità delle cure palliative in ambito residenziale.

8.3 Impatto del progetto sull'organizzazione

Il progetto ha prodotto un impatto significativo sull'organizzazione clinico-assistenziale delle CRA coinvolte, favorendone una progressiva integrazione all'interno della rete locale di cure palliative. Attraverso lo sviluppo di competenze specifiche nella gestione del fine vita e della complessità clinica dell'anziano fragile, le strutture hanno potuto sperimentare un modello di presa in carico maggiormente proattivo e globale, superando una logica prevalentemente prestazionale. Tale cambiamento sembra aver contribuito non solo al miglioramento della qualità di vita degli ospiti, ma anche al benessere percepito dagli operatori coinvolti.

L'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative e la conseguente pianificazione assistenziale sembrano inoltre aver favorito la permanenza degli anziani all'interno delle CRA per gran parte del decorso clinico, garantendo continuità assistenziale e consentendo, nella maggior parte dei casi, di accompagnare l'ospite nel proprio luogo di vita fino al decesso. Tale aspetto assume particolare rilevanza anche sul piano

organizzativo e di sistema, poiché può aver contribuito a ridurre il ricorso ad accessi impropri in Pronto Soccorso e a ricoveri ospedalieri potenzialmente evitabili.

Come frequentemente accade nei processi di innovazione organizzativa, il progetto ha tuttavia evidenziato anche elementi di criticità, tra cui sentimenti di incertezza legati all'aumento della responsabilità percepita e alla progressiva ridefinizione dei ruoli professionali, in particolare nella gestione autonoma del fine vita. Nonostante tali difficoltà, le équipe assistenziali hanno avuto l'opportunità di consolidare competenze cliniche, relazionali e organizzative in un'ottica di empowerment professionale e di lavoro interdisciplinare. I risultati ottenuti e la percezione di efficacia del percorso possono favorire una maggiore valorizzazione del ruolo assistenziale all'interno delle CRA, in particolare di quello infermieristico, contribuendo potenzialmente a incrementare l'attrattività di un contesto di cura spesso percepito come meno stimolante rispetto ad altri setting assistenziali.

L'empowerment professionale si è espresso anche attraverso il progressivo passaggio da un modello assistenziale prevalentemente orientato alla risposta all'evento acuto a un modello maggiormente anticipatorio, fondato sull'identificazione precoce dei bisogni e sulla pianificazione condivisa dell'assistenza. Tale evoluzione sembra aver favorito la diffusione di una nuova cultura assistenziale, nella quale l'anziano fragile non viene considerato esclusivamente come persona affetta da patologie croniche, ma come individuo portatore di bisogni palliativi, cui rispondere attraverso interventi orientati al comfort, alla qualità della vita, alla dignità e al rispetto delle preferenze individuali.

La possibile diffusione organizzativa di tale cultura palliativa sembra essere ulteriormente suggerita dal miglioramento della qualità di vita riportato anche per gli ospiti non direttamente arruolati nel progetto, i quali potrebbero aver beneficiato indirettamente di un approccio assistenziale più attento al benessere globale della persona.

Ulteriore elemento di rilievo riguarda il rafforzamento dell'integrazione tra le équipe territoriali di cure palliative e le strutture residenziali coinvolte. La collaborazione instaurata nel corso del progetto ha consentito ai professionisti dei diversi servizi di

conoscere reciprocamente specificità operative, limiti organizzativi e competenze professionali, favorendo uno scambio bidirezionale di conoscenze e una maggiore comprensione delle criticità connesse all'implementazione di un percorso palliativo in ambito residenziale. In tal senso, il progetto sembra aver contribuito alla costruzione di una rete assistenziale concreta e funzionale, che ha continuato a operare anche oltre la fase iniziale di affiancamento, sostenendo le strutture nella gestione dei percorsi di cura fino al termine della vita degli ospiti.

Nel complesso, il progetto si è dimostrato fattibile, sostenibile e integrabile nell'attività assistenziale ordinaria delle CRA coinvolte. Oltre ad introdurre una nuova procedura organizzativa, la sperimentazione sembra aver avviato un processo di trasformazione culturale e assistenziale, orientando progressivamente le strutture verso un modello di cura maggiormente proattivo, integrato e centrato sulla qualità della vita della persona anziana fragile. Tale cambiamento potrebbe generare benefici non soltanto per gli ospiti residenti e i loro familiari, ma anche per i professionisti coinvolti e, più ampiamente, per il sistema sanitario locale, attraverso una maggiore appropriatezza dei percorsi assistenziali e una possibile riduzione del carico sui servizi di emergenza-urgenza e sulle strutture ospedaliere.

8.4 Confronto con la letteratura e le linee guida

Nel complesso, il progetto sperimentato appare coerente con le linee di indirizzo proposte dal Documento Congiunto della SICP e della SIGG, che promuove un modello assistenziale orientato ai bisogni della persona anziana fragile piuttosto che alla sola gestione delle patologie (7). In tale prospettiva, il progetto ha favorito l'integrazione tra competenze geriatriche e palliative attraverso la formazione degli operatori sanitari e la collaborazione con le equipe territoriali di cure palliative, promuovendo l'identificazione precoce dei bisogni tramite strumenti validati (SPICT, FAST e altri) e la successiva personalizzazione dell'assistenza mediante un PAI orientato alle cure palliative.

L'introduzione della cultura delle cure palliative nelle CRA sembra inoltre aver favorito un progressivo cambiamento dello sguardo assistenziale nei confronti dell'anziano residente, promuovendo un approccio maggiormente centrato sul

comfort, sulla dignità e sulla qualità della vita, con possibili benefici anche per gli ospiti non direttamente arruolati nel progetto.

Alcuni aspetti risultano tuttavia solo parzialmente coerenti con le raccomandazioni del documento, in particolare per la mancata introduzione di strumenti quali IPOS e IPOS-Dem per la valutazione della complessità dei bisogni e per l'assenza di una misurazione strutturata della diffusione della PCC, pur prevista tra gli obiettivi del progetto (7).

In una prospettiva più ampia, la sperimentazione appare coerente anche con le raccomandazioni della EAPC e con la normativa nazionale e regionale, tra cui la Legge 38/2010 (1), l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 (35), i LEA (6) e la D.G.R. Emilia-Romagna n. 560/2015 (50), che promuovono l'integrazione delle cure palliative nei contesti residenziali e la collaborazione con i servizi specialistici territoriali. I risultati osservati suggeriscono infatti come gli anziani residenti in CRA possano beneficiare efficacemente di cure palliative di base erogate da equipe adeguatamente formate, supportate dalla collaborazione con professionisti specialisti per la gestione dei bisogni di maggiore complessità.

Dal punto di vista infermieristico, il progetto sembra favorire una concreta applicazione dei principi deontologici e del profilo professionale, rafforzando il ruolo dell'infermiere nella presa in carico globale della persona fino al termine della vita, nel supporto alla famiglia e nella pianificazione dell'assistenza. In questo senso, la sperimentazione sembra aver introdotto elementi di innovazione professionale e organizzativa potenzialmente in grado di valorizzare il setting delle CRA come ambito di elevata complessità clinica e relazionale, favorendo lo sviluppo di competenze avanzate nell'ambito delle cure palliative.

9. Limiti

9.1 Limiti metodologici e organizzativi

In quanto sperimentale, il presente progetto non è esente da limiti di natura metodologica e organizzativa, che devono essere considerati nell'interpretazione dei risultati ottenuti e nella prospettiva di una futura implementazione su scala più ampia.

Una prima criticità riguarda l'utilizzo degli strumenti di identificazione dei bisogni di cure palliative. Dal confronto con le CRA partecipanti al termine della sperimentazione è emerso come strumenti quali SPICT, FAST e altri siano stati frequentemente utilizzati non tanto come strumenti di screening sistematico della popolazione residente, quanto piuttosto come supporto alla conferma di ipotesi clinico-assistenziali già formulate dalle equipe. Sebbene tale modalità di impiego non abbia impedito il raggiungimento di risultati rilevanti in termini di arruolamento, essa potrebbe aver limitato la capacità di intercettare bisogni di cure palliative ancora non pienamente evidenti sul piano clinico. Di conseguenza, non è possibile escludere che una quota residuale di ospiti potenzialmente eleggibili non sia stata identificata e inclusa nel progetto.

Una seconda criticità metodologica riguarda la mancata sistematica predisposizione, per tutti gli ospiti arruolati, di un PAI di cure palliative e di prescrizioni anticipate. Tale aspetto potrebbe riflettere una non completa comprensione del razionale sottostante a tali strumenti di pianificazione assistenziale, in particolare rispetto al valore preventivo e organizzativo delle prescrizioni anticipate nella gestione delle complicanze acute del fine vita. È plausibile ipotizzare che tali criticità possano essere almeno in parte riconducibili alla necessità di rafforzare alcuni contenuti della formazione iniziale, dedicando maggiore attenzione agli aspetti operativi e applicativi della pianificazione condivisa dell'assistenza.

Un ulteriore limite del progetto risiede nell'assenza di dati comparativi precedenti all'implementazione del percorso o contestuali a esso. La disponibilità di dati iniziali o di un gruppo di confronto avrebbe consentito di valutare in maniera più approfondita l'impatto del progetto su variabili rilevanti, quali qualità della vita, continuità assistenziale, accessi in Pronto Soccorso, ospedalizzazioni e luogo del decesso. Sebbene i risultati osservati, in particolare il minimo ricorso ai servizi di emergenza e

la ridotta frequenza di decessi in ambito ospedaliero, appaiano promettenti, l'assenza di un confronto con una situazione antecedente o alternativa non consente di definire con certezza l'entità del beneficio prodotto dalla sperimentazione.

Parimenti, non sono stati raccolti dati relativi ad alcune variabili potenzialmente rilevanti per una più approfondita valutazione dell'efficacia del progetto. Tra queste si segnalano il tasso di stesura di PCC, il numero di interventi dei medici di continuità assistenziale con effettiva applicazione delle prescrizioni anticipate, la tipologia delle consulenze richieste durante la fase autonoma del progetto, nonché l'eventuale attivazione di percorsi di supporto al lutto rivolti ai familiari dopo il decesso dell'ospite. L'inclusione di tali indicatori potrebbe permettere, in future implementazioni, una comprensione più articolata dell'impatto organizzativo e assistenziale della sperimentazione.

Un limite particolarmente rilevante riguarda inoltre la raccolta dei dati qualitativi, effettuata mediante questionari online compilati dai referenti di progetto delle CRA, frequentemente identificabili nei RAA (Responsabili delle Attività Assistenziali). Sebbene tali figure mantengano un contatto diretto e continuativo con ospiti, familiari e operatori, non è stato possibile verificare le modalità attraverso cui le informazioni relative alla qualità della vita, alle competenze acquisite, ai punti di forza e alle criticità del progetto siano state raccolte. In particolare, non è noto se tali valutazioni siano derivate da momenti strutturati di confronto, quali riunioni d'equipe, focus group o colloqui individuali, oppure da percezioni prevalentemente soggettive del referente stesso.

Inoltre, nella raccolta di tali risultati non è stato possibile analizzare quali strutture abbiano segnalato i diversi dati qualitativi: non è possibile dunque valutare l'impatto delle criticità e dei punti di forza individuati sull'attuazione del progetto.

La valutazione del miglioramento della qualità della vita presenta una criticità specifica poiché avvenuta non solo in assenza di misurazioni precedenti all'implementazione del progetto, ma anche senza l'utilizzo di strumenti validati. Sebbene sia plausibile ipotizzare che un approccio palliativo possa favorire un miglioramento della qualità della vita di ospiti, familiari e operatori, in quanto coerente con le finalità stesse delle cure palliative, tale valutazione potrebbe essere stata influenzata dalla presenza di variabili confondenti, quali entusiasmo nei confronti della sperimentazione, bias di desiderabilità sociale o aspettative positive da parte dei

referenti rispetto agli esiti del progetto. Future implementazioni potrebbero pertanto beneficiare dell'utilizzo di strumenti di valutazione standardizzati, di rilevazioni pre e post intervento e della raccolta diretta delle percezioni dei soggetti coinvolti.

Infine, un ulteriore elemento potenzialmente influenzante gli esiti del progetto è rappresentato dal turnover del personale. Sebbene soltanto un numero limitato di strutture abbia riportato livelli medi o elevati di ricambio professionale, l'ingresso di personale non formato potrebbe aver inciso sull'omogeneità dell'applicazione del percorso assistenziale. In particolare, la presenza di professionisti non adeguatamente preparati rispetto agli strumenti di pianificazione assistenziale o alla gestione del fine vita potrebbe aver determinato difficoltà operative e minore sicurezza nella presa in carico degli ospiti con bisogni di cure palliative.

9.2 Criticità incontrate

Attraverso i questionari somministrati ai referenti del progetto afferenti alle CRA è stato possibile raccogliere le principali criticità percepite dalle equipe assistenziali durante l'implementazione del percorso sperimentale.

La criticità più evidente riguarda il turno notturno, durante il quale emerge una particolare complessità nella gestione delle urgenze clinico-assistenziali risulta particolarmente complessa. A ciò si associa a una percezione di aumento della responsabilità da parte degli OSS, aggravata dall'assenza della figura infermieristica. Tale criticità appare comprensibile alla luce delle limitate autonomie operative degli OSS, che non possono somministrare terapia farmacologica e devono necessariamente ricorrere al servizio di continuità assistenziale o, nei casi percepiti come emergenti, al sistema di emergenza territoriale. È plausibile ipotizzare che il personale abbia sperimentato una tensione tra il rispetto della pianificazione assistenziale condivisa, orientata a evitare invii impropri in Pronto Soccorso, e il timore di non riuscire a gestire tempestivamente sintomi acuti, ad esempio la dispnea, risultata tra le principali cause di accesso ospedaliero.

Connessa a tale aspetto emerge la criticità relativa all'interazione con il medico di continuità assistenziale. Sebbene il significato di tale segnalazione richieda ulteriori approfondimenti, è possibile ipotizzare diverse interpretazioni. In primo luogo, alcuni professionisti potrebbero aver incontrato difficoltà nell'allinearsi a una pianificazione

assistenziale definita internamente alla struttura, assumendo decisioni differenti rispetto a quelle condivise dall'equipe relativamente alla gestione clinica o all'invio in Pronto Soccorso. In secondo luogo, la criticità potrebbe riflettere problematiche organizzative, quali tempi di attesa prolungati per il contatto telefonico o per l'arrivo del medico in struttura, con conseguente percezione di incertezza e mancato supporto da parte del personale presente. Non può inoltre essere esclusa la possibilità che alcuni medici di continuità assistenziale si siano trovati disorientati nell'applicazione di un percorso non precedentemente condiviso o conosciuto, anche in ragione di una possibile limitata formazione in ambito palliativo.

Una ulteriore criticità riguarda la difficoltà di accettazione del percorso di cure palliative da parte di alcuni familiari. Sebbene sia stato riportato un generale miglioramento della qualità di vita dei caregiver degli ospiti arruolati, è plausibile che in alcuni casi il mancato consenso abbia limitato l'adesione al progetto. Poiché l'arruolamento coincideva con lo svolgimento della family conference e con la raccolta del consenso dell'ospite e/o dei familiari, risulterebbe utile approfondire quanti residenti fossero effettivamente in grado di esprimere autonomamente le proprie preferenze assistenziali e in quanti casi le decisioni siano state assunte da familiari o amministratori di sostegno. È inoltre possibile che alcuni caregiver abbiano associato erroneamente l'avvio delle cure palliative alla sospensione delle cure attive, percependo il rischio di abbandono terapeutico. In tale prospettiva, assume particolare rilevanza il ruolo dell'equipe nel promuovere una comunicazione chiara e una corretta comprensione del significato del percorso palliativo, al fine di favorire un consenso realmente informato.

Parte delle criticità emerse appare riconducibile anche alle dinamiche organizzative interne delle equipe assistenziali. In alcune strutture sono stati segnalati approcci assistenziali differenti tra professionisti, potenzialmente influenzati dal turnover del personale e dall'ingresso di operatori non formati o meno allineati agli obiettivi del progetto. A ciò si può aggiungere una possibile resistenza al cambiamento, frequentemente osservata nei processi di innovazione organizzativa, soprattutto in presenza di modelli assistenziali che implicano il passaggio da una logica prevalentemente prestazionale a una maggiormente pianificata e proattiva.

Differenze di approccio sembrano essere emerse anche sul piano medico, in particolare nelle situazioni di ospiti collocati in posti letto privati e dunque seguiti da medici esterni alla struttura. È possibile che alcuni medici, non direttamente coinvolti nel progetto o con relazioni più discontinue con la CRA, abbiano mostrato minore adesione al percorso sperimentale o difficoltà di collaborazione con il medico palliativista e con il resto dell'equipe, in particolare nella pianificazione condivisa dell'assistenza e nella realizzazione delle family conference.

Ulteriori criticità segnalate riguardano il maggiore coinvolgimento emotivo del personale, la percezione di incremento del carico di lavoro e le difficoltà organizzative legate alla realizzazione delle family conference. Tali momenti di confronto rappresentano infatti strumenti fondamentali per una pianificazione assistenziale condivisa, ma richiedono tempo, coordinamento e disponibilità simultanea delle diverse figure professionali coinvolte. In una fase iniziale del progetto, tale riorganizzazione può aver comportato un maggiore impegno organizzativo, soprattutto in contesti caratterizzati dalla presenza di medici di medicina generale esterni alla struttura. Analogamente, sono stati segnalati tempi talvolta prolungati per l'avvio della sperimentazione, in parte legati alla necessità di coordinare la disponibilità delle equipe con quella del medico palliativista nella prima fase di affiancamento.

Un'ulteriore criticità, riportata da alcune equipe, riguarda aspettative talvolta elevate rispetto agli esiti del progetto. Tale elemento appare di particolare interesse, soprattutto considerando i risultati complessivamente positivi della sperimentazione, e suggerisce l'opportunità di approfondire ulteriormente le percezioni dei professionisti, indagando in maniera più specifica aspettative iniziali, bisogni percepiti e aspetti ritenuti non pienamente soddisfacenti.

Infine, una criticità di natura organizzativa è stata segnalata dal personale dell'AUSL responsabile del progetto in relazione alla raccolta dei dati. Tale attività, affidata ai RAA delle strutture coinvolte, ha talvolta evidenziato limiti in termini di completezza e rigore metodologico, determinando la presenza di dati mancanti per alcune variabili di interesse. Ad esempio, non è possibile sapere con quale strumento sono stati arruolati 14 ospiti o dove sono deceduti 2 anziani.

Nel complesso, le criticità emerse non sembrano compromettere la fattibilità del progetto, ma rappresentano importanti elementi di riflessione per future implementazioni. La loro identificazione consente infatti di individuare precocemente ambiti prioritari di miglioramento, rafforzando gli aspetti formativi, organizzativi e di integrazione multiprofessionale necessari a consolidare un modello di cure palliative sostenibile e applicabile nelle CRA.

10. Conclusioni e raccomandazioni

10.1 Sintesi dei risultati

Nel complesso, il progetto si è dimostrato fattibile ed efficace all'interno delle CRA coinvolte della provincia di Reggio Emilia, consentendo l'implementazione di un percorso strutturato di cure palliative integrato nella pratica assistenziale quotidiana delle strutture. La formazione delle equipe assistenziali e il successivo affiancamento con le equipe territoriali di cure palliative hanno permesso di introdurre, in maniera prevalentemente appropriata, strumenti e competenze orientati all'identificazione precoce dei bisogni palliativi e alla personalizzazione dell'assistenza.

La sperimentazione ha consentito di identificare bisogni di cure palliative in 262 ospiti, pari al 53% dei posti letto complessivi delle strutture coinvolte, suggerendo una buona capacità delle equipe di intercettare situazioni di fragilità avanzata; tale competenza ha mostrato di essersi consolidata in fase 2, durante la quale le CRA hanno arruolato in autonomia un numero maggiore di ospiti rispetto alla fase 1 di affiancamento. Parallelamente, la predisposizione di PAI orientati alle cure palliative e di prescrizioni anticipate ha rappresentato un importante passo verso una presa in carico maggiormente proattiva e pianificata, pur evidenziando margini di miglioramento necessari per garantire una copertura sistematica di tali strumenti per tutti gli ospiti arruolati.

Particolarmente rilevanti appaiono i risultati relativi alla continuità assistenziale e alla gestione del fine vita. Il contenuto ricorso al Pronto Soccorso, con invio di una quota limitata di ospiti arruolati, e l'elevata percentuale di decessi avvenuti all'interno della CRA di residenza (93,7%) suggeriscono la possibilità di garantire percorsi assistenziali maggiormente coerenti con i principi delle cure palliative, favorendo la permanenza della persona nel proprio ambiente di vita e la continuità delle relazioni di cura.

Dal punto di vista qualitativo, il progetto sembra aver favorito un miglioramento della qualità di vita degli ospiti arruolati e dei familiari in tutte le CRA coinvolte, oltre a benefici percepiti, nella maggior parte delle strutture, anche per gli altri residenti e per gli operatori sanitari. Tali evidenze, seppur meritevoli di ulteriori approfondimenti metodologicamente strutturati, suggeriscono una progressiva diffusione della cultura

palliativa all'interno delle equipe assistenziali, con effetti che sembrano estendersi oltre il gruppo di ospiti formalmente coinvolti nella sperimentazione.

Le equipe assistenziali hanno inoltre potuto sperimentare un'importante crescita professionale, ampliando competenze cliniche, relazionali e organizzative connesse alla presa in carico palliativa dell'anziano fragile. Le criticità emerse, pur presenti, non sembrano aver compromesso la realizzazione del progetto; al contrario, hanno rappresentato importanti occasioni di apprendimento e spunti di miglioramento per il consolidamento e l'eventuale estensione futura del modello sperimentato.

Nel suo complesso, il progetto sembra aver dimostrato come un approccio palliativo precoce e strutturato possa essere concretamente integrato nelle CRA, contribuendo non solo al miglioramento della qualità dell'assistenza e della vita degli ospiti, ma anche alla crescita professionale delle equipe e alla costruzione di una cultura di cura maggiormente orientata alla dignità, al comfort e alla continuità assistenziale.

10.2 Contributi al miglioramento

Il presente progetto sembra aver apportato contributi significativi sul piano assistenziale, organizzativo e professionale.

Dal punto di vista assistenziale, la sperimentazione ha favorito il passaggio da un modello prevalentemente prestazionale e reattivo a un approccio maggiormente proattivo, orientato all'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative. L'assistenza ha progressivamente assunto caratteristiche più personalizzate e centrate sulla qualità della vita della persona, superando una logica basata esclusivamente sulla risposta a peggioramenti clinici già manifesti. La pianificazione anticipata dell'assistenza ha consentito di prevedere possibili evoluzioni del quadro clinico e di predisporre interventi tempestivi e appropriati, riducendo la necessità di decisioni emergenziali. Inoltre, il coinvolgimento sistematico di ospiti e familiari nei processi decisionali ha favorito una maggiore condivisione degli obiettivi assistenziali, valorizzando il principio di centralità della persona e della famiglia nel percorso di cura.

Sul piano organizzativo, le CRA coinvolte hanno progressivamente assunto un ruolo più attivo all'interno della rete locale di cure palliative. Attraverso la formazione ricevuta e il percorso di affiancamento con le equipe territoriali specialistiche, le strutture hanno potuto sviluppare maggiore autonomia nella gestione dei bisogni palliativi e nell'orientamento ai servizi disponibili, ricorrendo al supporto specialistico quando ritenuto necessario. La capacità delle equipe di applicare in autonomia il protocollo sperimentale suggerisce una buona integrazione del modello all'interno della pratica assistenziale quotidiana. Gli effetti di tale evoluzione sembrano riflettersi in una riduzione del ricorso improprio all'ospedalizzazione e in un rafforzamento della continuità assistenziale, permettendo agli anziani di permanere nel proprio contesto di vita anche nelle fasi avanzate della malattia.

Dal punto di vista professionale, il progetto ha rappresentato un'importante opportunità di crescita per le equipe assistenziali, che hanno potuto ampliare competenze cliniche, relazionali e organizzative in ambito palliativo. In particolare, il personale infermieristico ha avuto la possibilità di consolidare il proprio ruolo nella pianificazione assistenziale e nella gestione multidimensionale dei bisogni dell'assistito, attraverso obiettivi condivisi con l'equipe multiprofessionale, l'ospite e i familiari. Tale evoluzione sembra coerente con un progressivo empowerment professionale dell'infermiere, non più esclusivamente orientato all'erogazione di prestazioni, ma sempre più coinvolto nei processi di valutazione, pianificazione e coordinamento della presa in carico. In prospettiva, tale trasformazione potrebbe contribuire a una rivalutazione del contesto CRA quale setting assistenziale caratterizzato da elevata complessità clinica e relazionale, potenzialmente in grado di incrementare l'attrattività professionale del settore.

Nel complesso, il progetto sembra aver introdotto non soltanto un nuovo percorso assistenziale, ma anche una progressiva trasformazione culturale nell'approccio alla fragilità e al fine vita. La diffusione di una prospettiva orientata ai bisogni, alla dignità e alla qualità della vita della persona sembra infatti aver influenzato non solo le pratiche quotidiane di cura, ma anche il modo in cui ospiti, familiari e professionisti vivono l'esperienza dell'assistenza in CRA.

10.3 Sostenibilità nel tempo

I risultati positivi osservati al termine del periodo di sperimentazione, unitamente alla buona adesione delle CRA coinvolte e alla progressiva acquisizione di competenze da parte delle equipe assistenziali, consentono di ipotizzare una promettente sostenibilità del progetto nel tempo. L'integrazione degli strumenti e delle modalità operative previste dal protocollo, accompagnata dalla diffusione di una cultura orientata alle cure palliative, sembra infatti aver favorito l'inserimento del modello assistenziale all'interno della pratica quotidiana delle strutture. In tale prospettiva, è plausibile ritenere che il percorso possa essere progressivamente interiorizzato dalle equipe, venendo applicato con crescente sicurezza, appropriatezza e tempestività.

La sostenibilità del progetto appare favorevole anche in termini di utilizzo appropriato delle risorse sanitarie. La riduzione del ricorso improprio ai servizi ospedalieri, oltre a rappresentare un indicatore di qualità assistenziale e di migliore esperienza di fine vita per gli anziani residenti, potrebbe contribuire a una razionalizzazione dell'impiego delle risorse del sistema sanitario locale, riducendo il carico assistenziale sui Pronto Soccorso e sui reparti ospedalieri per situazioni potenzialmente gestibili in ambiente residenziale attraverso un approccio palliativo di base.

Affinché tali risultati possano essere mantenuti e consolidati nel tempo, risultano tuttavia necessarie alcune condizioni organizzative e formative.

In primo luogo, al fine di contrastare le criticità legate al turnover del personale e garantire omogeneità di competenze tra professionisti, appare opportuno prevedere programmi strutturati di formazione continua, sia in presenza sia mediante percorsi di formazione a distanza (FAD), volti a consolidare conoscenze teoriche e competenze operative relative alla gestione dei bisogni di cure palliative.

In secondo luogo, potrebbe risultare utile l'organizzazione di momenti periodici di confronto e supervisione con le equipe territoriali di cure palliative, finalizzati a monitorare la corretta applicazione del protocollo, favorire il consolidamento delle competenze acquisite e intercettare precocemente eventuali criticità emergenti, consentendo una progressiva rimodulazione del percorso assistenziale in relazione ai bisogni delle strutture. Tali momenti potrebbero inoltre rappresentare importanti occasioni di supporto professionale e relazionale per le equipe, offrendo spazi di

ascolto, confronto e rielaborazione delle difficoltà. Queste sono particolarmente importanti nella gestione di situazioni ad elevata complessità emotiva: il fine vita, la sofferenza e il supporto ai familiari. Allo stesso tempo, la restituzione periodica dei risultati raggiunti potrebbe favorire una maggiore consapevolezza del valore del lavoro svolto, contribuendo a contrastare sentimenti di frustrazione professionale e a rafforzare il senso di efficacia percepita degli operatori all'interno di un contesto assistenziale spesso caratterizzato da elevata complessità e limitate possibilità di guarigione.

Ulteriore elemento essenziale per la sostenibilità del progetto riguarda il mantenimento di un sistema strutturato di monitoraggio degli indicatori di processo ed esito. Anche successivamente alla fase sperimentale, le CRA coinvolte dovrebbero continuare la registrazione sistematica dei dati relativi ad arruolamenti, predisposizione di PAI di cure palliative, prescrizioni anticipate, invii in Pronto Soccorso e luogo di decesso attraverso la piattaforma Smarty Web, al fine di consentire una valutazione continuativa dell'aderenza al modello e degli esiti assistenziali raggiunti.

Nel complesso, la sostenibilità del progetto sembra dipendere non tanto dall'introduzione di ulteriori nuove risorse, quanto dalla capacità di consolidare nel tempo competenze, processi organizzativi e cultura assistenziale. Se adeguatamente supportato attraverso formazione continua, monitoraggio e integrazione multiprofessionale, il modello sperimentato appare potenzialmente in grado di mantenersi stabile e di produrre benefici duraturi per ospiti, familiari, professionisti e sistema sanitario locale.

10.4 Proposte di sviluppo futuro

L'analisi dei risultati emersi dalla sperimentazione consente di ipotizzare che il progetto possa essere esteso con successo anche alle altre CRA della provincia di Reggio Emilia, purché siano garantite le condizioni organizzative fondamentali di disponibilità e coinvolgimento attivo del personale assistenziale e medico, nonché l'accessibilità continuativa, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, ai farmaci utilizzati nell'ambito delle cure palliative.

In prospettiva di una futura implementazione su scala più ampia, potrebbe risultare strategico prevedere una fase preliminare di raccolta dati nelle strutture interessate, finalizzata alla rilevazione di indicatori pre-intervento relativi alla diffusione delle cure palliative, al numero e al motivo di invii in Pronto Soccorso, ai ricoveri ospedalieri e al luogo del decesso degli ospiti. La disponibilità di tali dati consentirebbe di effettuare confronti con una baseline organizzativa e assistenziale, permettendo di valutare in maniera più accurata l'impatto del progetto e di evidenziarne in modo più solido i benefici clinici, assistenziali e organizzativi.

La medesima raccolta retrospettiva potrebbe essere effettuata anche nelle dieci strutture coinvolte nella sperimentazione, attraverso l'analisi della documentazione precedente all'avvio del progetto, al fine di disporre di un gruppo di confronto interno utile a rafforzare la significatività dei risultati ottenuti.

Una volta consolidata la raccolta dei dati comparativi, potrebbe essere opportuno sviluppare uno studio volto a valutare in maniera più strutturata gli esiti dell'intervento. Tale approfondimento permetterebbe non soltanto di consolidare le evidenze emerse nel contesto locale, ma anche di proporre un modello organizzativo replicabile in altre Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna e, più in generale, nel panorama nazionale.

In tale prospettiva, risulterebbe di particolare interesse approfondire anche l'impatto economico del progetto, analizzandone il rapporto tra appropriatezza assistenziale e sostenibilità del sistema sanitario. La riduzione degli invii impropri in Pronto Soccorso e delle ospedalizzazioni evitabili potrebbe infatti tradursi in un importante risparmio di risorse, oltre che in un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata agli ospiti residenti in CRA. Una futura valutazione di costo-efficacia potrebbe contribuire a rafforzare ulteriormente la trasferibilità del modello.

Dal punto di vista metodologico, potrebbero essere introdotti ulteriori miglioramenti nell'ambito della formazione delle equipe assistenziali, con particolare attenzione all'utilizzo degli strumenti di identificazione del bisogno di cure palliative. I dati emersi suggeriscono infatti la necessità di promuoverne un impiego come strumenti di screening precoce e sistematico, piuttosto che come conferma di un sospetto clinico già presente. Un utilizzo maggiormente standardizzato consentirebbe una presa in carico più equa di tutti gli ospiti che necessitano di un approccio palliativo.

Particolare attenzione potrebbe inoltre essere dedicata alla gestione dei sintomi che più frequentemente generano preoccupazione nelle equipe assistenziali e determinano un aumento degli invii in Pronto Soccorso, tra cui la dispnea. Una formazione specifica sulla gestione clinico-assistenziale dei sintomi in fase avanzata di malattia potrebbe contribuire a migliorare il senso di sicurezza percepita dagli operatori, ridurre la medicina difensiva e favorire una permanenza dell'ospite in struttura nel rispetto del comfort, della proporzionalità delle cure e delle volontà espresse.

Con riferimento agli esiti assistenziali, potrebbe risultare utile implementare modalità più strutturate di valutazione della qualità della vita degli ospiti attraverso l'utilizzo di scale validate e condivise, così da rendere tale indicatore maggiormente oggettivabile, monitorabile nel tempo e replicabile in differenti contesti assistenziali.

Un ulteriore ambito di sviluppo riguarda la diffusione delle PCC, che, nonostante la loro rilevanza clinica ed etica, sembrano ancora poco diffuse all'interno delle CRA. Considerata la presenza di numerosi anziani ancora capaci di autodeterminarsi, potrebbe essere opportuno monitorarne sistematicamente l'implementazione e favorirne una maggiore integrazione nei percorsi assistenziali. La PCC rappresenta infatti uno strumento essenziale per garantire il rispetto delle volontà dell'anziano anche al di fuori della struttura residenziale, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 219/2017.

A livello formativo, potrebbe risultare particolarmente utile la progettazione di un corso di Formazione a Distanza (FAD), da proporre sia agli operatori già coinvolti nel progetto, con finalità di aggiornamento e consolidamento delle competenze, sia ai nuovi assunti, al fine di uniformare conoscenze, linguaggi professionali e approcci assistenziali. La medesima modalità formativa potrebbe rappresentare uno strumento efficace anche per accompagnare l'eventuale estensione del progetto ad altre strutture territoriali.

L'analisi dei dati suggerisce inoltre la necessità di investire maggiormente nella formazione e nel coinvolgimento dei medici di struttura e dei MMG, in particolare rispetto all'utilizzo delle prescrizioni anticipate, risultate ancora non uniformemente diffuse negli ospiti arruolati. Una maggiore sensibilizzazione sul tema potrebbe contribuire a garantire continuità terapeutica e tempestività nella gestione dei sintomi, specialmente nelle situazioni di instabilità clinica.

Specifica attenzione dovrebbe essere rivolta ai MMG degli ospiti collocati nei posti letto privati, per i quali sono state riportate criticità relazionali e di integrazione professionale. Appare pertanto auspicabile individuare modalità di coinvolgimento più strutturate, così da garantire equità di accesso ai benefici del progetto e uniformità assistenziale tra gli ospiti.

Analogamente, potrebbe risultare vantaggioso prevedere percorsi formativi dedicati anche ai medici di continuità assistenziale, con i quali sono state segnalate difficoltà di interazione. Una maggiore conoscenza del progetto e delle sue finalità potrebbe favorire una migliore integrazione tra servizi territoriali e aumentare l'efficacia delle cure erogate in struttura, limitando ulteriormente gli accessi evitabili al Pronto Soccorso.

In prospettiva di monitoraggio e miglioramento continuo, potrebbe inoltre essere interessante analizzare il numero e le motivazioni degli accessi dei medici di continuità assistenziale, valutando contestualmente il ricorso alle prescrizioni anticipate e il loro reale utilizzo nella pratica clinica. Tali elementi potrebbero rappresentare importanti indicatori indiretti di efficacia del percorso.

Un ulteriore rafforzamento della rete assistenziale potrebbe essere perseguito attraverso il coinvolgimento delle equipe dell'emergenza territoriale 118, favorendo una maggiore conoscenza del progetto e delle specificità della presa in carico palliativa in CRA. Una migliore integrazione interprofessionale potrebbe infatti facilitare una gestione più appropriata delle situazioni acute, orientata non necessariamente alla risoluzione del sintomo attraverso accesso in PS, ma alla tutela della qualità di vita dell'ospite e alla permanenza nel proprio luogo di cura, quando coerente con gli obiettivi assistenziali condivisi.

Infine, considerando la complessità emotiva e relazionale che caratterizza i percorsi di fine vita, potrebbe risultare utile prevedere momenti periodici di confronto e supervisione tra le equipe delle CRA e i professionisti delle cure palliative territoriali. Tali incontri potrebbero rappresentare uno spazio di riflessione condivisa finalizzato alla discussione di casi clinici complessi, alla risoluzione di dubbi assistenziali, al consolidamento delle competenze e alla gestione del carico emotivo legato all'accompagnamento dell'ospite nel fine vita e al lutto.

Nel complesso, il progetto non sembra configurarsi esclusivamente come un'esperienza locale di innovazione assistenziale, ma come un possibile modello organizzativo replicabile per la presa in carico palliativa dell'anziano fragile residente in CRA.

In tale prospettiva, il progetto assume un valore particolarmente rilevante anche per la professione infermieristica, chiamata a ricoprire un ruolo sempre più centrale nell'identificazione precoce dei bisogni palliativi, nella pianificazione assistenziale, nel monitoraggio dei sintomi e nel coordinamento della rete di cura. L'esperienza maturata evidenzia come l'infermiere possa rappresentare una figura chiave nel promuovere percorsi di presa in carico anticipata, personalizzata e orientata alla qualità della vita, contribuendo non solo alla gestione clinico-assistenziale dell'ospite fragile, ma anche alla diffusione di una cultura delle cure palliative e al potenziamento delle proprie competenze specialistiche.

Alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione e dell'aumento della complessità clinico-assistenziale degli anziani residenti in CRA, l'implementazione di modelli strutturati di cure palliative appare una prospettiva sempre più rilevante per garantire appropriatezza, sostenibilità e qualità dell'assistenza.

Investire precocemente in cure palliative nelle strutture residenziali significa non soltanto ridurre ricoveri evitabili e migliorare l'appropriatezza assistenziale, ma soprattutto garantire alle persone fragili la possibilità di vivere l'ultima fase della propria vita nel luogo di cura abituale, con dignità, continuità assistenziale e rispetto delle proprie volontà.

Bibliografia

- (1) Parlamento italiano. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Legge n. 38, 15 marzo 2010. Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19/03/2010.
- (2) World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2023 [consultato il 14 marzo 2026]. Disponibile da: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>
- (3) Federazione Cure Palliative. Cure palliative [Internet]. s.d. [consultato il 15 marzo 2026]. Disponibile da: <https://www.fedcp.org/cure-palliative>
- (4) Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. J Pain Symptom Manage. 2014;47(1):e2-5.
- (5) Società Italiana di Cure Palliative. SICP: Cure Palliative, un diritto universale (ancora) troppo spesso negato [Internet]. 2025 [consultato il 17 marzo 2026]. Disponibile da: <https://www.sicp.it/informazione/comunicati/2025/04/sicp-cure-palliative-un-diritto-universale-ancora-troppo-speso-negato/>
- (6) Presidenza del Consiglio dei Ministri. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18/03/2017.
- (7) Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), Società Italiana di Cure Palliative (SICP). Documento congiunto sul fine vita nell'anziano in RSA [Internet]. 2024 [consultato il 1 giugno 2026]. Disponibile da: <https://www.sicp.it/documenti/sicp/2024/12/documento-congiunto-siggsicp-sul-fine-vita-nellanziano-in-rsa>
- (8) APRIRE Network. Conferenza di consenso: cure palliative nel grande anziano a domicilio, nelle residenze e in hospice. [Internet]. 2019 [consultato il 2 giugno 2026]. Disponibile da: <https://www.aprirenetwork.it/book/conferenza-consenso-cure-palliative-nel-grande-anziano/>

- (9) World Health Organization. National Cancer Control Programmes [Internet]. 2002 [consultato il 15 marzo 2026]. Disponibile da: <https://www.who.int/publications/i/item/national-cancer-control-programmes>
- (10) Istituto Superiore di Sanità. Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia [Internet]. 2024 [consultato il 15 marzo 2026]. Disponibile da: <https://www.iss.it/-/snlg-gestione-multimorbilita-polifarmacoterapia>
- (11) Società Italiana di Cure Palliative. Documento “Complessità e cure palliative” Gruppo di lavoro SICP-FCP "Complessità e Reti di cure palliative" [Internet]. 2019 [consultato il 16 marzo 2026]. Disponibile da: <https://www.sicp.it/documenti/sicp/2019/07/documento-complessita-e-cure-palliative/>
- (12) Moroni L. Il modello organizzativo in cure palliative. Riv It Cure Palliative. 2019;21(4):248-252.
- (13) Lunney JR. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA. 2003;289(18):2387-92.
- (14) Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Manuale di Competenze in Geriatria. Firenze: Società Italiana di Gerontologia e Geriatria; 2018.
- (15) Voumard R. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. BMC Geriatr. 2018;18(1):220.
- (16) Regione Emilia-Romagna. Direttiva regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di AIDS. Deliberazione della Giunta Regionale n. 564, 1 marzo 2000. Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 76 del 22/03/2000.
- (17) Regione Emilia-Romagna. Casa-residenza per anziani non autosufficienti (ex Rsa, Casa protetta) [Internet]. 2026 [consultato il 6 aprile 2026]. Disponibile da: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/socio-sanitaria/assistenza-in-strutture-residenziali/casa-residenza-per-anziani-non-autosufficienti-ex-rsa-casa-protetta>

(18) Regione Emilia-Romagna. Autorizzazione e accreditamento sanitario [Internet]. 2025 [consultato il 7 aprile 2026]. Disponibile da: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/strumenti-e-informazioni/autorizzazione-e-accreditamento/sanitario>

(19) Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Prestazioni residenziali e semiresidenziali. Roma: Ministero della Salute; 2007.

(20) Anni Azzurri. Accesso in RSA: chi può richiederlo e come funziona [Internet]. 2025 [consultato il 28 aprile 2026]. Disponibile da: <https://anniazzurri.it/accesso-in-rsa-chi-puo-richiederlo-e-come-funziona>

(21) Istituto Nazionale di Statistica. Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie. Anno 2023. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2025.

(22) Regione Emilia-Romagna. Linee guida per la elaborazione e gestione della cartella socio sanitaria nei servizi socio-sanitari accreditati per anziani e persone con disabilità. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2014.

(23) Presidenza del Consiglio dei Ministri. Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001. Gazzetta Ufficiale n. 129 del 06/06/2001.

(24) Nebuloni G. Assistenza infermieristica alla persona anziana. Pianificazione assistenziale con NANDA-I, NOC e NIC. 2a ed. Milano: CEA-Casa Editrice Ambrosiana; 2017.

(25) Prandi C. Infermieristica in cure palliative. Milano: Edra; 2015.

(26) World Health Organization. Palliative care for older people: better practices [Internet]. 2022 [consultato il 26 aprile 2026]. Disponibile da: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289002240>

- (27) Federazione Cure Palliative. Dolore totale [Internet]. s.d. [consultato il 25 aprile 2026]. Disponibile da: <https://www.fedcp.org/cure-palliative/glossario/dolore-totale>
- (28) Ersek M. High-Quality Nursing Home and Palliative Care-One and the Same. J Am Med Dir Assoc. 2022;23(2):247-252.
- (29) FNOPI. Codice deontologico delle professioni infermieristiche. Roma: Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche; 2025.
- (30) Italia. Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 6 del 09/01/1995.
- (31) Canadian Gerontological Nursing Association. Standards & Competencies [Internet]. 2020 [consultato il 26 aprile 2026]. Disponibile da: <https://cgna.net/standards/>
- (32) Istituto Superiore di Sanità. Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici. Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2021. Versione del 10 marzo 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021.
- (33) Società Italiana di Cure Palliative. Il core curriculum dell'infermiere in cure palliative [Internet]. 2013 [consultato il 27 aprile 2026]. Disponibile da: <https://www.sicp.it/aggiornamento/linee-guida-bp-procedures/core-curriculum/2013/04/il-core-curriculum-dellinfermiere-in-cure-palliative/>
- (34) InfermieriAttivi. L'infermiere in RSA: tra assistenza, relazione e complessità clinica [Internet]. 2025 [consultato il 28 aprile 2026]. Disponibile da: <https://www.infermieriattivi.it/news-infermieri-attivi/7355-infermiere-in-rsa-tra-assistenza-e-relazione.html>
- (35) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in

fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore. 25 luglio 2012. Gazzetta Ufficiale n. 201 del 30/08/2012.

(36) Governo della Repubblica Italiana. Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della Legge 23 marzo 2023, n. 33. Decreto Legislativo n. 29, 15 marzo 2024. Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18/03/2024.

(37) ISTAT. Italia, regioni, province [Internet]. 2026 [consultato il 3 maggio 2026]. Disponibile da: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,POP,1.0/POP_POPULATION/DCIS_POPRES1/IT1,22_289_DF_DCIS_POPRES1_1,1.0

(38) AUSL di Reggio Emilia. Anziani [Internet]. 2025 [consultato il 3 maggio 2026]. Disponibile da: <https://www.ausl.re.it/anziani>

(39) Regione Emilia-Romagna. Profilo di salute della popolazione dell'Emilia-Romagna [Internet]. 2025 [consultato il 6 maggio 2026]. Disponibile da: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/profilo-di-salute/presentazione>

(40) AUSL di Reggio Emilia. Nasce l'Azienda Usl di Reggio Emilia dalla fusione di Ausl e Azienda ospedaliera "Arcispedale Santa Maria Nuova" [Internet]. 2017 [consultato il 3 maggio 2026]. Disponibile da: <https://www.ausl.re.it/nasce-lazienda-usl-di-reggio-emilia-dalla-fusione-di-ausl-e-azienda-ospedaliera>

(41) AUSL di Reggio Emilia. Distretti [Internet]. 2026 [consultato il 3 maggio 2026]. Disponibile da: <https://www.ausl.re.it/distretti>

(42) Regione Emilia-Romagna. Il sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari: monitoraggio al 31 dicembre 2022. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2024.

(43) Regione Emilia-Romagna. Cure palliative e terapia del dolore [Internet]. s.d. [consultato il 6 maggio 2026]. Disponibile da: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-palliative-cura-del-dolore/cure-palliative#>

(44) AUSL di Reggio Emilia. Che cos'è la Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP) [Internet]. 2025 [consultato il 3 maggio 2026]. Disponibile da: <https://www.ausl.re.it/Sezione.jsp?idSezione=28603>

(45) AUSL di Reggio Emilia. Come accedere alle Cure Palliative [Internet]. 2026 [consultato il 6 maggio 2026]. Disponibile da: <https://www.ausl.re.it/Sezione.jsp?idSezione=28602>

(46) AUSL di Reggio Emilia. Accoglienza Cure Palliative [Internet]. 2026 [consultato il 6 maggio]. Disponibile da: <https://www.ausl.re.it/Sezione.jsp?idSezione=28601>