

BOLOGNA – 16 SETTEMBRE 2026

Il potenziamento del PUA nella Rete di Cure Palliative: l'esperienza di Parma

Un modello integrato, tempestivo ed equo per l'identificazione precoce dei bisogni complessi.

Antonietta Marino Responsabile Assistenziale CdC Pintor Molinetto

Azienda USL di Parma - Dipartimento Cure Primarie Distretto di Parma

Resp. di Progetto: CAMMI EMILIO Direttore Assistenziale - Direttore F.F. Dipartimento Interaziendale Professioni Sanitarie

Gruppo di Progetto: Affanni Paola Dirigente Professioni Sanitarie DACP, Marino Antonietta Responsabile Assistenziale CdC Pintor Molinetto, Saccò Marcella Direttrice UOC CP Territoriali, Santuro Silvia Coordinatrice CENTRO CURE PALLIATIVE PICCOLE FIGLIE PARMA

Equipe PUACP: Cavalli Giorgia, Dainotto Maria, Saviano Riccardo, Sozzi Marella, Stefanelli Silvana

BACKGROUND/PROBLEMA

IL PROBLEMA CLINICO-ORGANIZZATIVO

Accesso e Presa in Carico tardiva Identificazione ritardata dei bisogni complessi e della prognosi che causa ritardi critici nella transizione di cura

Frammentazione Gestionale dei percorsi e assenza di continuità informativa tra ospedale, hospice, territorio e medici di famiglia (MMG)

Mancanza di Interfaccia Unica tra i vari setting nella valutazione precoce. I pazienti attendono in un punto cieco del sistema

LA CRITICITÀ RILEVATA (ANNO 2024)

Tasso di mortalità pre-accesso pari al **12% dei pazienti**.

Decessi avvenuti dopo la ricezione e l'accettazione della domanda, ma prima della prima visita del medico specialista palliativista.

Nelle cure palliative un ritardo anche di pochissimi giorni determina il **fallimento dell'obiettivo terapeutico**: dare sollievo e dignità negli ultimi giorni di vita.

OBIETTIVI/BENEFICI ATTESI

OBIETTIVI

Identificazione/**Valutazione precoce e oggettiva dei bisogni** clinico-assistenziali complessi ed evitare la paralisi prognostica.

Garantire l'**equità d'accesso** e la presa in carico tempestiva a tutti i pazienti idonei del territorio di Parma e provincia.

Centralità del paziente

Formazione specialistica agli Infermieri del PUA di Cure Palliative

Integrazione dei Servizi e Continuità Assistenziale

I BENEFICI ATTESI

Attivazione della consulenza standard **entro 72 ore** dalla ricezione della richiesta o continuità H12/H24 per i casi critici.

Riduzione dell'ansia e del senso di abbandono dei familiari mediante una presa in carico relazionale precoce.

Rispetto delle preferenze espresse dal malato (domicilio o hospice) in linea con la **Legge 219/2017**.

Valorizzazione della figura infermieristica.

Comunicazione diretta ed efficace con tutti professionisti coinvolti nel percorso di cura.

PUACP garante della transizione di cura della persona in cure palliative, prima interfaccia della COT Distrettuale.

METODI/STRUMENTI

1. TRIAGE INFERMIERISTICO SPECIALISTICO

Infermieri del PUACP con **formazione specialistica** gestiscono il primo contatto clinico-relazionale con la famiglia tramite intervista telefonica strutturata.

2. SCALA SPICT-IT™

Adozione dello strumento standardizzato come **checklist oggettiva** per identificare i bisogni precoci ed evitare le barriere della stima prognostica temporale.

3. FLUSSO DIGITALE ANTICIPATO (SIADI)

Inserimento dell'esito della telefonata e dei bisogni clinici nel sistema informativo **prima dell'accesso domiciliare**, connettendo subito il "nodo domicilio".

4. COORDINAMENTO DI RETE E MMG

Integrazione multiprofessionale coordinata (Ospedale-Hospice-Territorio-MMG) per prevenire gli **accessi impropri in Pronto Soccorso**.



Fonti: Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-IT™) | Determina AUSL PR n. 0001465

ESITI/RISULTATI

I RISULTATI DEL TRIENNIO (2023-2025)

IL VALORE CLINICO ED ETICO DEI RISULTATI

"Un processo organizzativo virtuoso genera un esito clinico di successo, a tutela dei diritti della persona."

- Totale presa in carico: raggiunto il **100% di successo assistenziale nel 2025** (progressione dal 96% nel 2023)
- Mortalità in Lista d'Attesa: **0% nel 2025** (completamente azzerata dal 12% del 2024)

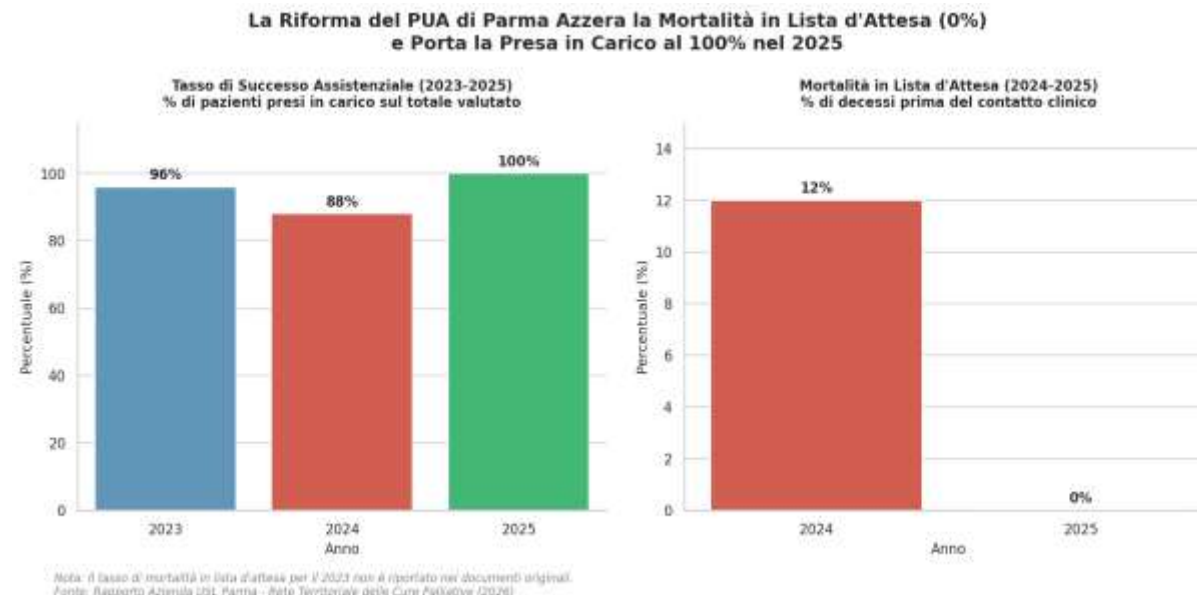


Grafico: Confronto triennale degli indicatori di efficacia. Il netto miglioramento del processo nel 2025 ha consentito l'azzeramento completo dei decessi in lista d'attesa (0%) e la presa in carico del 100% dei pazienti valutati.

COINVOLGIMENTO PAZIENTI

ACCOGLIENZA E SUPPORTO FAMILIARE

Contenimento dell'ansia: l'intervista telefonica strutturata condotta dall'infermiere rappresenta il primo contatto relazionale con la famiglia alleviando il senso di solitudine e smarrimento tipici delle fasi avanzate di malattia.

Mappatura precoce dei bisogni e del carico assistenziale della famiglia.

Coinvolgimento del paziente e della sua rete familiare di riferimento nel piano assistenziale individualizzato fin dal primo istante.

AUTODETERMINAZIONE (LEGGE 219/2017)

Pianificazione condivisa delle cure e rispetto rigoroso delle preferenze espresse dal paziente sul **luogo di cura desiderato** (es. domicilio o hospice).

Garanzia di accesso equo a percorsi domiciliari o residenziali in base alle scelte concordate con il malato.

Integrazione della documentazione sulle PCC e il consenso informato inserita a sistema tramite SIADI.

TRASFERIBILITA'/REPLICABILITA'

PIANO OPERATIVO (36 MESI) Cronoprogramma di replicabilità

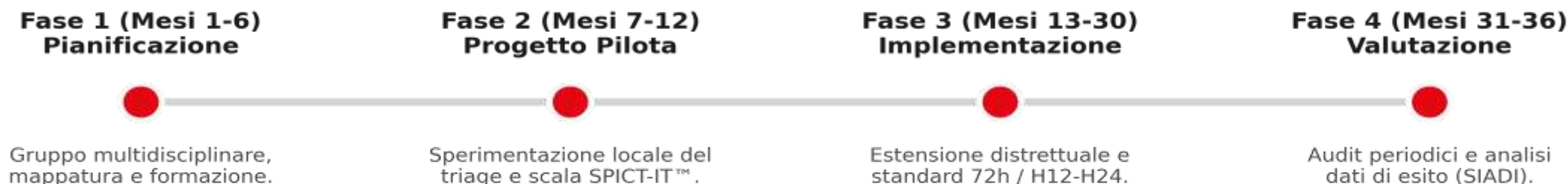
- 1. Pianificazione:** Costituzione del gruppo multidisciplinare, mappatura dei servizi, formazione iniziale.
- 2. Progetto Pilota:** Sperimentazione locale del triage clinico e dell'adozione della scala SPICT-IT™.
- 3. Implementazione:** Estensione distrettuale dei target temporali delle 72 ore ed attivazione H12/H24.
- 4. Valutazione:** Audit periodici, monitoraggio dei dati di esito ed estrapolazione SIADI.

INTEGRAZIONE CON LA COT

Il PUACP è disegnato per agire come **prima interfaccia clinico-organizzativa della COT** Distrettuale per l'area delle cure palliative.

Agisce come garante della transizione di cura coordinando i passaggi protetti all'interno della rete, in stretta sinergia con la COT.

Sebbene l'integrazione sia **in fase di progetto**, la struttura di triage e dati(digitalizzazione) è già predisposta.



CONCLUSIONI

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA DEL MODELLO

Stima dei costi di implementazione aggiuntivi pari a **0€**.

Nessuna assunzione straordinaria di personale, tra gli infermieri, o richiesta di finanziamenti aggiuntivi.

Raggiungimento dell'efficienza clinica mediante la **riorganizzazione e ottimizzazione delle risorse esistenti**, la formazione del personale e l'integrazione digitale.

I TRE FATTORI VINCENTI DI PARMA

1. Valorizzazione infermieristica: Infermieri territoriali formati come decisori del triage ed elementi cardine della prima accoglienza.

2. Digitalizzazione immediata: Condivisione delle informazioni in ADI WEB (SIADI) prima ancora dell'accesso a domicilio, azzerando i punti ciechi informativi.

3. Integrazione/Coordinamento di rete: Sinergia operativa strutturata MMG-COT-PUA-Specialisti-Infermieri a garanzia dei percorsi appropriati.

In sintesi, la riorganizzazione del PUACP dimostra che l'integrazione clinica e digitale non è solo una scelta di efficienza organizzativa, ma un dovere etico per garantire dignità e sicurezza ai nostri cittadini più fragili in ogni istante della loro vita.