



REGIONE DEL VENETO



REGIONE DEL VENETO
Servizio
Socio Sanitario
Regionale
In Universum Salus

**Funzioni di case management
nelle Reti Locali di Cure Palliative**

Codifica
06/26

Funzioni di case management nelle Reti Locali di Cure Palliative

Versione di giugno 2026



**Funzioni di case management
nelle Reti Locali di Cure Palliative**

Codifica
06/26

Indice

1. RLCP: setting, servizi e strutture - contesto della rete territoriale secondo la DGR 721/2023.....	3
1.1 Principali collegamenti funzionali.....	4
1.2 Bisogni dei pazienti e obiettivi di salute.....	4
2. Funzioni di case management nelle RLCP.....	7
3. Competenze previste e formazione.....	14
3.1 Profilo di competenze.....	14
3.2 Formazione ed esperienza.....	16
3.3 Valorizzazione delle competenze specialistiche.....	16
4. Modelli organizzativi - staffing.....	16
5. Indicatori.....	18
6. Principali riferimenti normativi.....	20

<i>Sottogruppo di lavoro</i>	
<i>Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore (DGR 836/2024)</i>	
Cognome e Nome	Ente di appartenenza
Artico Marco	Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale
Ferro Claudio	Azienda ULSS n. 3 Serenissima
Nardin Marco	Direzione Programmazione Sanitaria UO Cure Primarie
Pagotto Katia	Azienda ULSS n. 1 Dolomiti
<i>Con la collaborazione della dott.ssa Elena Fanton e del dott. Giampaolo Vanzetto - Direzione Risorse Umane SSR</i>	



Funzioni di case management nelle Reti Locali di Cure Palliative

Codifica
06/26

1. RLCP: setting, servizi e strutture - contesto della rete territoriale secondo la DGR 721/2023

La **Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)** è il modello organizzativo adottato per garantire il diritto universale all'accesso alle cure palliative, sancito dalla LR n. 7/2009 e dalla L n. 38/2010. Oggi rappresenta uno dei pilastri fondamentali del nuovo modello di assistenza territoriale delineato dal DM n. 77/2022. La DGR n. 721/2023 definisce la RLCP come un'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, con l'obiettivo di assicurare risposte appropriate, personalizzate e tempestive ai bisogni complessi dei pazienti con patologie evolutive e inguaribili e delle loro famiglie, secondo i principi di prossimità, continuità e presa in cura integrata.

I **setting** che devono integrarsi nella RLCP sono: domiciliare, territoriale, residenziale e ospedaliero, ciascuno con le proprie strutture afferenti:

- UOC Cure Palliative delle Aziende ULSS (UOC CP) che coordinano le RLCP (DGR n. 721/2023);
- Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP DOM), coordinate dalle UOC Cure Palliative, che erogano l'assistenza al domicilio del paziente (DGR n. 721/2023);
- Unità di Cure Primarie, Medici di Assistenza Primaria, ADI;
- Hospice;
- Unità Operative Ospedaliere;
- Ambulatori specialistici di Cure palliative (distrettuali, Case della Comunità);
- Ospedali di Comunità;
- Strutture residenziali/Centri servizi per persone anziane non autosufficienti.

La rete è formalmente istituita all'interno delle Aziende socio-sanitarie locali, secondo gli indirizzi della DGR n. 1636/2022 che stabilisce i requisiti di accreditamento istituzionale delle reti di cure palliative, ed è coordinata da un apposito Organismo di Coordinamento della RLCP. Questo organismo assicura l'integrazione operativa tra i diversi soggetti coinvolti — strutture sanitarie, professionisti, volontariato — e la coerente attuazione dei percorsi di cura e dei progetti/piani assistenziali individualizzati (PAI), garantendo un governo clinico e organizzativo unitario.

La RLCP rappresenta un modello di riferimento per la gestione dei percorsi di cura e assistenza dei malati complessi in condizioni di cronicità avanzata, capace di garantire:



Funzioni di case management nelle Reti Locali di Cure Palliative

Codifica
06/26

- la valutazione multidimensionale dei bisogni e delle aspettative del malato e della sua famiglia;
- la presa in cura integrata;
- la continuità delle cure;
- l'integrazione delle strutture che costituiscono la rete locale dei servizi e dei professionisti, favorendo un dialogo ottimale tra i nodi.

1.1 Principali collegamenti funzionali

La RLCP va intesa come un modello sistemico in cui i nodi rappresentano i differenti setting e ruoli assistenziali-organizzativi (ospedalieri e/o territoriali) che erogano cure palliative a vari livelli, mentre i collegamenti tra essi rappresentano le transizioni dei pazienti e dei loro caregiver tra i diversi servizi della rete. Questo sistema altamente interconnesso assicura una presa in cura senza soluzioni di continuità del paziente e dei suoi caregiver durante tutte le fasi della malattia, favorendo un accesso equo e omogeneo ai servizi di cure palliative sul territorio regionale promuovendo l'appropriatezza clinica.

La continuità assistenziale è realizzata con il supporto della Centrale Operativa Territoriale (COT), attraverso l'identificazione precoce del bisogno, la valutazione multidimensionale continuativa nel tempo e la definizione dei profili e percorsi di cura più appropriati.

I principali collegamenti funzionali e operativi della RLCP si basano su meccanismi di comunicazione e coordinamento tra ospedale, territorio e domicilio, con l'obiettivo di governare i processi di transizione tra i diversi setting di cura, individuando i percorsi personalizzati più appropriati, mantenendo i contatti con le strutture coinvolte e attivando le risorse necessarie a garantire la continuità e la sicurezza assistenziale al domicilio, in un'ottica di gradualità delle cure e dimissione protetta.

1.2 Bisogni dei pazienti e obiettivi di salute

Il Ministero della Salute stima la prevalenza del bisogno di cure palliative specialistiche nell'ambito delle attività delle RLCP per l'adulto in 335 persone ogni 100.000 abitanti. Se si considera la popolazione generale (indipendentemente da diagnosi e fase di malattia), le persone con bisogni di cure palliative salgono a 1.337 ogni 100.000 abitanti. È quindi importante specificare la popolazione di riferimento per correlare gli obiettivi e i volumi di attività con le risorse necessarie (umane e tecnologiche).



Funzioni di case management nelle Reti Locali di Cure Palliative

Codifica
06/26

Dividendo questa coorte in pazienti terminali e non terminali (pazienti cronici), non si osservano differenze significative nei sintomi disturbanti fisiologici e psicologici percepiti: in entrambi i gruppi, affaticamento/astenia, dolore e ansia/depressione sono i sintomi più riferiti in circa 8 casi su 10 (Global Atlas of Palliative Care, 2nd edition 2020).

L'accesso alla RLCP e ogni successiva transizione tra i diversi setting assistenziali sono preceduti da una valutazione multidimensionale (VMD) che definisce il PAI. Quest'ultimo individua gli interventi più appropriati per le condizioni clinico-assistenziali della diade paziente/caregiver, definendo anche il profilo di cura e il setting assistenziale più adeguato in base alla complessità dei bisogni.

I pazienti eleggibili alle cure palliative possono presentare bisogni clinico-assistenziali ad alta complessità, legati alla gestione del dolore e di altri sintomi potenzialmente refrattari, al supporto psicosociale e spirituale, a dubbi etici e alla comunicazione e pianificazione condivisa delle cure. Tali bisogni si estendono anche ai caregiver e al nucleo familiare, con l'obiettivo di mantenere la qualità della vita, la dignità della persona e la permanenza al domicilio, ogniqualvolta possibile.

Un aspetto cruciale è la crescente capacità di definire e stratificare i bisogni dei pazienti sulla base di diversi livelli di complessità. Questo permette di personalizzare le cure, adattandole non solo alla gravità della malattia ma anche al contesto clinico, familiare e sociale del paziente. L'obiettivo è garantire che ogni paziente riceva il livello di assistenza adeguato, evitando sia una sovrastima sia una sottostima dei suoi bisogni di cure palliative (aspetto delle missed care, soprattutto in ambito ospedaliero).

In risposta alla diversificazione dei bisogni, si sviluppano modelli organizzativi flessibili e adattabili, con diversi livelli di assistenza che variano in base alla tipologia di pazienti, all'intensità dei bisogni e alla composizione del team di cura (il cosiddetto *case mix* professionale). L'idea centrale è che non tutti i pazienti richiedano lo stesso livello di assistenza e che risorse e competenze debbano essere impiegate in modo efficace ed efficiente per evitare sprechi, garantendo comunque equità nell'accesso alle cure.

Il coordinamento dei processi clinico-assistenziali e organizzativi dovrebbe essere affidato a figure professionali con competenze specifiche ed esperienza, in grado di mettere in campo azioni che garantiscano i principi fondanti il modello di RLCP, in linea con gli obiettivi di salute richiamati dalla L n. 38/2010, dalla LR n. 7/2009, dal DM n. 77/2022 e dal Piano di potenziamento regionale (DGR n. 26/2026). Tali principi comprendono:



Funzioni di case management nelle Reti Locali di Cure Palliative

Codifica
06/26

- Accessibilità (universalità) ed equità di accesso a tutte le persone con bisogni di cure palliative in tutti i setting assistenziali, attraverso una precoce identificazione dei pazienti eleggibili;
- Continuità della presa in cura e integrazione tra i diversi setting e livelli assistenziali, anche mediante attività di care/case management infermieristico, condivisione dei flussi informativi e coerenza nella comunicazione tra i diversi servizi all'interno della rete locale e con quelli esterni;
- Autodeterminazione e rispetto: le persone assistite hanno il diritto di essere coinvolte attivamente nella scelta e nella pianificazione condivisa delle proprie cure (L. 219/2017), a favore di una vera personalizzazione del percorso terapeutico e del supporto familiare;
- Sostenibilità e accountability: gli interventi assistenziali erogati devono dimostrare un favorevole rapporto costo-efficacia ed essere valutati in maniera trasparente sui risultati ottenuti, promuovendo un'adeguata formazione del personale e la promozione di indicatori di qualità.

Per il monitoraggio delle performance della RLCP, sono adottati indicatori di processo e di esito derivanti dal sistema LEA, dalla griglia NSG (Nuovo Sistema di Garanzia), da AGENAS e dalle linee di indirizzo regionali. Nell'approcciare questo aspetto, insieme alla parola "bisogni", è necessario associare quelle relative agli "obiettivi" e/o "esiti", proponendo una visione più ampia della problematica, che rappresenta la sfida di trovare una soluzione organizzativa realistica.

Nel riflettere sull'inserimento di una nuova funzione che prevede competenze specifiche quali quelle dettagliate nel paragrafo "3.1 Profilo di competenze", è fondamentale considerare con attenzione gli aspetti organizzativi che, come evidenziato dalla letteratura analizzata per la stesura del presente documento, sono i principali predittori del successo o meno dell'implementazione di tale funzione. Sarebbe auspicabile dimostrare che, come esito del suo inserimento, essa abbia contribuito in modo determinante al progressivo raggiungimento dell'obiettivo nazionale stabilito dalla L n. 197/2022 (Legge di Bilancio 2023), ovvero garantire l'accesso alle cure palliative al 90% della popolazione che ne ha bisogno entro il 2028.

Con questo obiettivo in mente, è necessario considerare attentamente i diversi indicatori di processo e di esito individuati dalle norme vigenti e riflettere sugli attuali modelli organizzativi e livelli di staffing:



Funzioni di case management nelle Reti Locali di Cure Palliative

Codifica
06/26

- Copertura del 90% del fabbisogno di cure palliative, da raggiungere entro il 2028 - 302 persone ogni 100.000 abitanti (L n. 197/2022)
- Presenza di procedure e documenti condivisi tra Distretti e Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) relative alle modalità di presa in carico tra Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative (DDR n. 50/2025)
- 3_01 Numero di assistiti con decesso in ospedale durante la presa in carico (UCPDOM) / Totale di assistiti con presa in carico (UCPDOM) (DDR n. 50/2025)
- 3_02 Numero di accessi in fascia oraria 20-8 e festivi in Pronto Soccorso di assistiti in Cure Palliative domiciliari di base (con CIA<0,5) / Totale di assistiti in Cure Palliative domiciliari di base (con CIA<0,5) (DDR n. 50/2025)
- 3_03 Indicatore di esito: Numero di accessi in fascia oraria 20-8 e festivi in Pronto Soccorso di assistiti in Cure Palliative domiciliari specialistiche (con CIA>0,5) / Totale di assistiti in Cure Palliative domiciliari specialistiche (con CIA>0,5) (DDR n. 50/2025)

2. Funzioni di case management nelle RLCP

Il Case Management è un modello organizzativo in cui il Case Manager coordina e favorisce la presa in cura della persona e della sua famiglia attraverso percorsi assistenziali personalizzati, più o meno complessi, che possono agevolare il rientro a domicilio o l'inserimento presso strutture sanitarie. La DGR n. 26/2026 attribuisce all'infermiere le funzioni di case management nella RLCP (d'ora in poi CM-CP).

Funzioni

L'infermiere con funzioni di Case Management nelle cure palliative mira a mantenere la continuità assistenziale, garantendo che le persone assistite, caregiver e persone significative vivano le cure palliative come personalizzate, coerenti e costanti, assicurando le seguenti funzioni:

- valutazione della situazione assistenziale (diade paziente/caregiver);
- pianificazione, organizzazione e coordinamento di processi clinico-assistenziali;
- facilitazione, negoziazione e collaborazione interprofessionale;
- consulenza della diade persona assistita/caregiver;
- consulenza verso le figure professionali della rete;
- educazione e formazione.



Funzioni di case management nelle Reti Locali di Cure Palliative

Codifica
06/26

L'attivazione della funzione di case management infermieristico nella RLCP richiede un'attenta considerazione degli aspetti organizzativi, in particolare riguardo alla definizione della coorte di popolazione/pazienti target, al posizionamento e all'accessibilità del Case Manager, nonché allo svolgimento di attività oltre a quelle organizzative (es.: erogazione di assistenza infermieristica diretta/clinica).

In ambito di cure palliative, il ruolo di valutatore degli assistiti già presi in cura è quasi unanimemente attribuito all'infermiere con funzioni di case management, che diventa cruciale per il monitoraggio costante e per l'innescare tempestivo delle transizioni territorio-territorio dei pazienti/caregiver tra i nodi della RLCP, in caso di cambiamento della complessità dei bisogni clinico-assistenziali. A livello organizzativo ciò si declina in un CM-CP che assume il riconoscimento di nodo effettivo della RLCP da attivare nei momenti di ri-valutazione per le Prese in Cura (PIC) in CP. In questo senso il CM-CP diventa un interlocutore privilegiato, anche come consulente, per tutti gli attori della rete che intendono segnalare persone con bisogni di CP o per la segnalazione e definizione di cambiamenti nel "Profilo di cura" (complessità clinico-assistenziale) di quelle già in cura dalla RLCP.

In coerenza con i modelli *population-based* più maturi, il monitoraggio routinario delle persone assistite in cure palliative è distribuito tra i professionisti della presa in cura ordinaria, mentre l'intervento del CM-CP si attiva in modo selettivo su alert strutturati, soglie predefinite ed eventi sentinella, secondo un modello a livelli che distingue il monitoraggio di base, i sistemi di allerta e l'azione mirata del CM.

Per ottenere una profilazione predittiva attendibile, utile a individuare assistiti a rischio di ospedalizzazione inappropriata o di cure palliative mancanti (*missed care*), al CM-CP sono richieste competenze specialistiche per utilizzare e valorizzare al massimo gli strumenti di valutazione attualmente proposti dalla letteratura. I punteggi degli strumenti usati per identificare precocemente la presenza di bisogni di cure palliative (NECPAL), del grado di performance e qualità della vita (KPS, ESAS), della misurazione dei bisogni di CP e degli esiti di trattamento (IPOS) e soprattutto della complessità assistenziale (PALCOM, IDC-Pal, Phases of Illness) diventano trigger fondamentali per le decisioni tempestive riguardanti cambi di setting, transizioni e interventi proattivi. Un momento particolare in questo senso, a garanzia della continuità assistenziale, riguarda la delicata transizione dei pazienti da una PIC in Cure Palliative Pediatriche verso un percorso di Cure Palliative per adulti. E' uno snodo critico che richiede al CM-CP capacità valutative e manageriali avanzate al fine di essere efficace come facilitatore in questa fase di passaggio, secondo quanto previsto dalla relative linee di indirizzo regionali.



**Funzioni di case management
nelle Reti Locali di Cure Palliative**

Codifica
06/26

In particolare, per garantire le transizioni territorio-territorio in caso di cambiamento della complessità del profilo di cura (CP Base vs. CP Specialistiche), è fondamentale un monitoraggio costante della situazione clinico-assistenziale dei pazienti in cura dalla RLCP e una valutazione specialistica per accertarne il cambiamento quando necessario.

L'Infermiere con funzioni di Case Manager della Rete di Cure Palliative opera come figura di governo dei processi assistenziali complessi, con un mandato focalizzato sugli snodi ad alto rischio e sulle transizioni critiche della Rete Locale di Cure Palliative, intervenendo per eccezioni (casi e pianificazioni di maggiore complessità, ad esempio dovuta a difficoltà nell'identificazione del setting o del livello di presa in cura appropriati) e non nella gestione ordinaria della presa in cura, al fine di garantire appropriatezza, continuità e sostenibilità organizzativa.

Attività e responsabilità:

L'Infermiere con funzioni di Case Manager della Rete di Cure Palliative:

- collabora con l'équipe (Medico Palliativista, Medico di Assistenza Primaria, Assistente Sociale, Psicologo e Infermiere ADI, Infermiere del SIFoC) contribuendo all'identificazione del setting di cura più appropriato in accordo con l'assistito/caregiver/famiglia;
- supporta la persona e la famiglia nell'identificazione e nell'accesso a tutte le opzioni di cura e assistenza;
- assicura la continuità nelle transizioni tra setting e tra livelli assistenziali, garantendo consulenza all'équipe e assicurando continuità relazionale con assistito/caregiver/famiglia (es. passaggio da un setting domiciliare o ospedaliero verso una struttura Hospice, rientro al nodo domicilio dopo il ricovero presso il nodo Hospice, transizioni tra cure palliative di base e specialistiche);
- facilita il percorso di cura della persona, coinvolgendo i diversi interlocutori per garantire il massimo comfort all'utente e alla sua famiglia;
- favorisce le interconnessioni tra i nodi della rete di ambito, tra reti di ambiti diversi e tra i professionisti operanti nei servizi afferenti alla rete;
- promuove e sostiene le competenze relative alla presa in cura del sistema persona assistita-famiglia;
- diffonde la cultura delle cure palliative.



**Funzioni di case management
nelle Reti Locali di Cure Palliative**

Codifica
06/26

Snodi critici e relative funzioni/attività di case management

Snodo	Descrizione	Strumenti di assessment	Funzioni/Attività del Case Manager
Valutazione precoce del bisogno (NECPAL)	Valutazione precoce del bisogno di cure palliative nei diversi setting da parte dei professionisti che hanno in cura la persona assistita e segnalazione a COT/UOC CP/UCP DOM. Lista assistiti in CP base, flag cure palliative, utenti con esenzione 048 in cura ai servizi (UOC CP/UCP DOM con eventuale supporto della COT).	Strumento NECPAL : Trigger discriminante viene considerato l'item 1 ('Domanda sorprendente') ed in particolare la risposta NO al 'Saresti sorpreso se questo paziente dovesse morire nei prossimi 12 mesi?'	Supporto e consulenza a segnalanti, COT, integrazione con ADI, monitoraggio lista persone assistite in CP base.
Setting ospedaliero	Intercettazione dei bisogni di CP in fase di dimissione da reparto ospedaliero, come previsto dalle linee di indirizzo regionali sulla dimissione protetta (DDR n. 31/2023 - Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta)	Difficoltà di identificazione del setting o livello di presa in cura Strumenti previsti dalle linee di indirizzo regionali sulla dimissione protetta NECPAL PALCOM - ESASr - KPS	In raccordo con la COT e in collaborazione con il Medico palliativista valutazione della persona e supporto al Referente per le dimissioni protette dell'UO ospedaliera



**Funzioni di case management
nelle Reti Locali di Cure Palliative**

Codifica
06/26

Snodo	Descrizione	Strumenti di assessment	Funzioni/Attività del Case Manager
<p>Pronto Soccorso</p>	<p>Drop-out di persone con patologia oncologica che si rivolgono alle strutture ospedaliere nella fase di fine vita e vi decedono in maniera inappropriata. L'équipe medico-infermiere (CM-CP) intercetta le persone con bisogni di CP per farli rientrare rapidamente nel servizio territoriale più appropriato, mantenendo il collegamento tramite follow-up.</p>	<p>Fase di intercettazione dei bisogni di CP durante un accesso in PS; 2 scenari:</p> <p>1- Assistito PIC da un servizio territoriale e quindi re-invio a domicilio dopo o con segnalazione di consulenza medico CP;</p> <p>2- Persona sconosciuta ai servizi</p> <p>NECPAL</p> <p>KPS</p> <p>ESAS</p> <p>PALCOM</p>	<p>Alert accesso in PS a COT, garantisce consulenza, follow-up telefonici ad assistiti e familiari, facilitazione del percorso di dimissione più appropriato.</p> <p>Consulenza, anche in collaborazione con il medico palliativista in PS e contemporanea segnalazione COT per PIC per CP.</p>
<p>Transizione da CP di base a CP specialistiche nel territorio</p>	<p>Attraverso strumenti validati e procedure aziendali, segnalazione a COT/UOC CP/UCP DOM per la transizione da cure palliative di base a specialistiche (ADI-Centri Servizi).</p>	<p>PALCOM</p> <p>Phase of Illness</p> <p>ESASr</p> <p>KPS</p> <p>IDC-Pal</p>	<p>Formazione monitoraggio adozione procedure, monitoraggio lista persone assistite in CP base, alert, aggiornamento assessment e utilizzo degli strumenti</p>



**Funzioni di case management
nelle Reti Locali di Cure Palliative**

Codifica
06/26

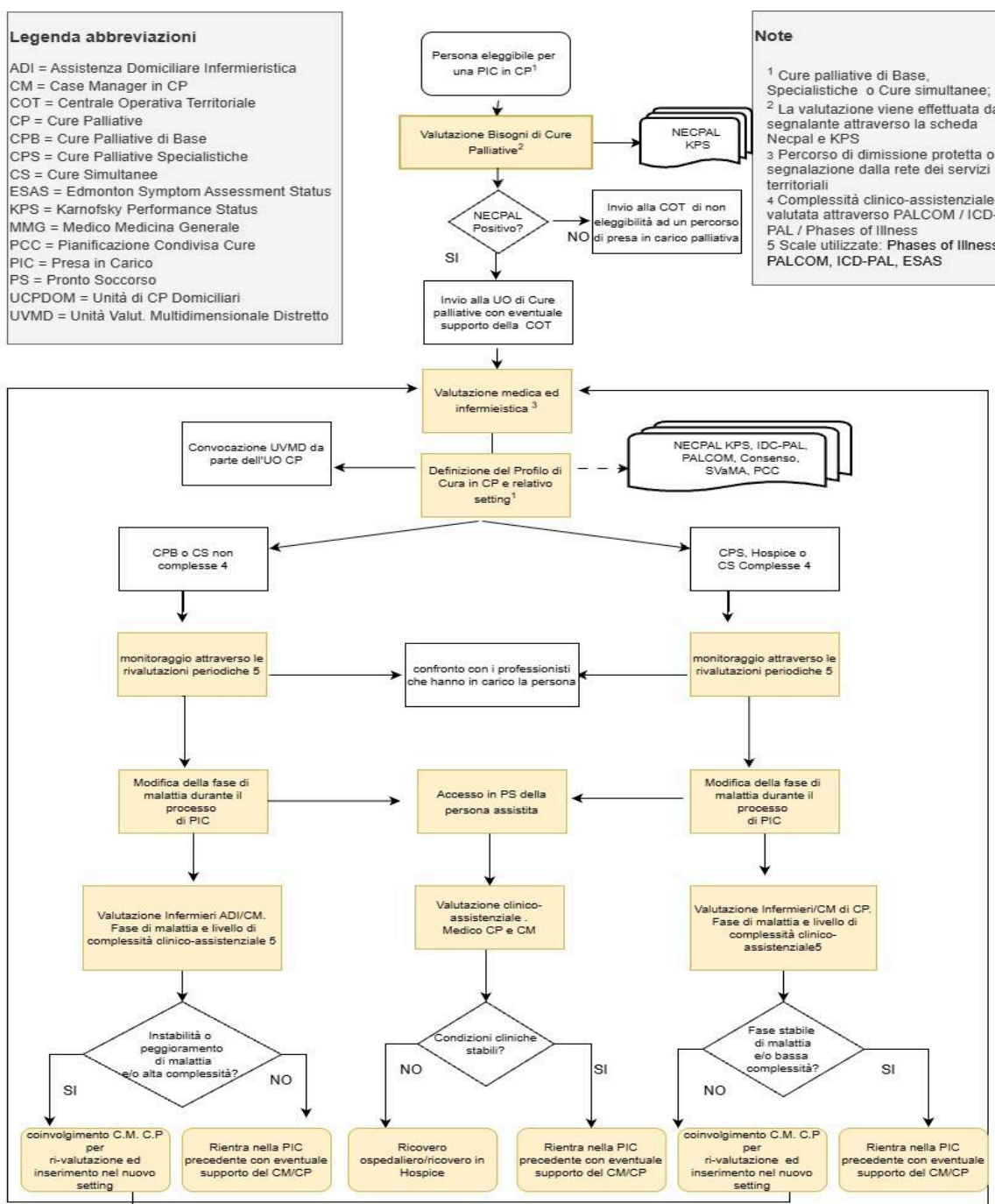
Snodo	Descrizione	Strumenti di assessment	Funzioni/Attività del Case Manager
			valutativi. Consulenza/supporto ai segnalanti
“Scompenso” nella fase intermedia, non complesso	Gestione di persone assistite in fase intermedia non complessa attraverso servizi ambulatoriali, oncologia, specialistica, MMG; presa in cura a breve termine da parte di UCPDOM.	PALCOM Phase of Illness ESASr KPS IDC-Pal	Valutazione della persona e accompagnamento per transizione verso livello CP base



Funzioni di case management nelle Reti Locali di Cure Palliative

Codifica
06/26

Flow chart - snodi critici transizioni





Funzioni di case management nelle Reti Locali di Cure Palliative

Codifica
06/26

3. Competenze previste e formazione

3.1 Profilo di competenze

Il profilo delle competenze specialistiche necessarie allo svolgimento delle funzioni di Case Management nelle Reti Locali di CP finalizzate a gestire le transizioni tra setting assistenziali e a prevenire cure inappropriate, frammentate o mancate (DGR n. 26/2026) accoglie contenuti riconducibili alle aree, indicate come *core*, di pratica clinica, leadership e management, educazione, ricerca e consulenza (Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework (2019)).

Pratica clinica

L'infermiere con funzioni di case management nelle RLCP:

- è in grado di utilizzare gli strumenti per identificare i bisogni di cure palliative e facilitare la presa in cura precoce;
- riconosce situazioni di fragilità, instabilità e rischio di interruzione della continuità assistenziale;
- contribuisce alla pianificazione di percorsi assistenziali personalizzati orientati alla continuità delle cure;
- monitora gli alert di evoluzione dei bisogni di cure palliative;
- attiva tempestivamente i nodi della RLCP in relazione ai bisogni complessi emergenti;
- coordina le transizioni tra ospedale, domicilio, hospice, e altri servizi territoriali;
- contribuisce a garantire la continuità informativa e assistenziale tra i diversi setting e livelli di cura;
- supporta la persona e la famiglia nei momenti di transizione e cambiamento del setting assistenziale, favorendone l'empowerment nei processi decisionali;
- è in grado di riconoscere condizioni di inappropriatezza clinica e assistenziale.

Leadership e management

L'infermiere con funzioni di case management nelle RLCP:

- utilizza strumenti di stratificazione della complessità e del rischio;
- garantisce il raccordo tra i diversi livelli e setting assistenziali, facilitando la comunicazione e l'integrazione tra professionisti, servizi e risorse della comunità;
- contribuisce allo sviluppo di processi clinico-assistenziali orientati all'integrazione e alla continuità assistenziale;
- monitora la tempestività delle attivazioni e delle transizioni;



Funzioni di case management nelle Reti Locali di Cure Palliative

Codifica
06/26

- identifica criticità organizzative che ostacolano la continuità delle cure e contribuisce alla risoluzione;
- effettua una valutazione delle risorse impegnate (clinico-assistenziali - collegamenti tra figure coinvolte) in ottica di attivazione delle risorse coerente al livello di bisogno;
- gestisce relazioni professionali efficaci mediante competenze comunicative interpersonali, diplomatiche e assertive;
- supporta processi di miglioramento organizzativo nella RLCP.

Educazione

L'infermiere con funzioni di case management nelle RLCP:

- orienta e fornisce informazioni chiare sui servizi disponibili e sulle modalità di accesso alla rete;
- facilita la diffusione di strumenti di valutazione tra servizi e professionisti;
- promuove la cultura della continuità delle cure e dell'integrazione assistenziale;
- applica mentorship e tutorship per favorire il trasferimento di competenze all'interno della RLCP;
- educa professionisti, utenti e comunità di riferimento alla corretta fruizione dei servizi socio-sanitari, con particolare riferimento a quelli della RLCP, collaborando a prevenire accessi impropri ai servizi di emergenza e ricoveri evitabili;
- partecipa ad attività formative sulla gestione della complessità e delle transizioni di cura.

Ricerca e consulenza

L'infermiere con funzioni di case management nelle RLCP:

- è in grado di raccogliere dati relativi a ricoveri evitabili, accessi impropri, cure mancate-attivazioni ritardate e interruzioni della presa in cura;
- collabora alla valutazione dell'efficacia dei percorsi integrati di cure palliative;
- traduce i risultati della ricerca in raccomandazioni operative e strumenti di miglioramento della qualità assistenziale, analizzando criticamente le evidenze scientifiche disponibili, adattandole al contesto di riferimento;
- diffonde la cultura dell'evidence-based practice;
- fornisce consulenza/teleconsulenza ai professionisti della rete rispetto alle pianificazioni di maggiore complessità, ad esempio dovuta a difficoltà nell'identificazione del setting o del livello di presa in cura appropriati.



Funzioni di case management nelle Reti Locali di Cure Palliative

Codifica
06/26

La letteratura evidenzia inoltre l'importanza cruciale delle competenze comunicativo-relazionali, in relazione alla capacità di costruire relazioni fiduciarie e connessioni multiple all'interno della rete, fungendo da facilitatori dell'efficienza, della coesione e della diffusione di innovazioni nel sistema.

3.2 Formazione ed esperienza

L'acquisizione delle competenze necessarie per espletare le funzioni di case management nelle Reti Locali di Cure Palliative deve essere perseguita attraverso percorsi di formazione specifici di tipo accademico quali:

- Master specialistici delle professioni sanitarie in cure palliative e terapia del dolore,
- Master in case management infermieristico,
- Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche Specialistiche nelle Cure primarie e Infermieristica di famiglia e comunità.

Le competenze acquisite attraverso percorsi di master devono essere integrate con adeguata esperienza professionale nell'ambito delle cure palliative o del case management a garanzia della completa rispondenza con il set di competenze previste per lo svolgimento delle funzioni di case management nella RLCP.

3.3 Valorizzazione delle competenze specialistiche

La formazione specialistica costituisce prerequisito per il conferimento di Incarico Professionale di Case Manager infermieristico in CP ai sensi delle norme contrattuali vigenti.

4. Modelli organizzativi - staffing

Il Piano di potenziamento delle cure palliative 2024 (DGR n. 68/2024) sottolinea l'importanza di definire standard strutturali e di personale in relazione alla popolazione e alla distribuzione territoriale, per garantire la copertura dei bisogni di salute previsti dalla normativa vigente. La stima del fabbisogno di personale medico e infermieristico dedicato alle cure palliative domiciliari specialistiche si basa su un modello *population based* che considera l'intervento di équipes multiprofessionali piuttosto che singoli professionisti.

La metodologia adottata, ispirata a documenti nazionali, tiene conto della prevalenza del bisogno di cure palliative specialistiche, del numero ottimale di persone assistite da ogni



**Funzioni di case management
nelle Reti Locali di Cure Palliative**

Codifica
06/26

infermiere e medico, e della sopravvivenza media dei pazienti. In assenza di standard nazionali definiti, il documento propone uno standard di 1 infermiere ogni 7 pazienti in linea e di 1 medico ogni 25 pazienti, riferito a una popolazione con una prevalenza di bisogno di cure palliative specialistiche pari a 335 persone ogni 100.000 abitanti.

Le aziende sanitarie sono invitate ad adattare questi parametri in base alle specificità logistiche, organizzative e alla complessità della presa in cura, tenendo conto della carenza di professionisti e della necessità di personale dedicato e formato, con un adeguamento graduale verso i valori di riferimento.

Le attività di natura tecnico assistenziale o ulteriori funzioni attribuite all'infermiere con funzione di case management nella RLCP impattano direttamente su diversi aspetti organizzativi, tra cui il più rilevante è lo staffing. Infatti, all'aumentare delle aree di intervento dell'infermiere con funzioni di Case Manager, diminuisce proporzionalmente il numero di diade persona assistita/caregiver che può seguire simultaneamente.

Questo aspetto assume particolare rilevanza nel contesto attuale, caratterizzato da una grave carenza globale di infermieri, e ancor più di infermieri specializzati o esperti in cure palliative. Un eccessivo ampliamento delle funzioni assegnate rischia di rendere le progettualità e le riorganizzazioni non praticabili nella realtà operativa.

La telemedicina, in particolare attraverso il coinvolgimento della diade persona assistita/caregiver nel telemonitoraggio dei sintomi soggettivi, rappresenta una risorsa preziosa. Essa può fornire dati utili per intercettare precocemente le fasi prodromiche dei cambiamenti clinico-assistenziali delle persone assistite a domicilio, consentendo l'attivazione tempestiva di azioni organizzative volte a prevenire il peggioramento della situazione e il ricovero ospedaliero. La telemedicina e il telemonitoraggio devono essere configurati come strumenti di triage organizzativo e di supporto decisionale, finalizzati a intercettare precocemente le fasi di instabilità clinico-assistenziale e ad attivare tempestivamente il CM-CP, contribuendo alla sostenibilità del modello e alla riduzione degli accessi ospedalieri inappropriati, in linea con gli obiettivi regionali di equità e appropriatezza.

Indicazione di riferimento per lo staffing - standard iniziale: 1 infermiere con funzione di Case Manager ogni UCP DOM (100.000 abitanti), da valutare in relazione alle specificità territoriali e organizzative.



**Funzioni di case management
nelle Reti Locali di Cure Palliative**

Codifica
06/26

5. Indicatori

Per valutare la qualità e l'impatto della funzione di case management nelle RLCP, è fondamentale adottare un sistema di indicatori che copra aspetti strutturali, di processo e di esito. Questi indicatori permettono di monitorare l'efficacia organizzativa, la qualità dell'assistenza e i risultati clinici e assistenziali ottenuti, fornendo un quadro delle performance del CM all'interno della rete.

Di seguito si riporta una tabella esemplificativa di indicatori rilevanti.

Tipo di Indicatore	Indicatore	Descrizione	Standard	Riferimenti
Struttura	Presenza del CM-CP nella RLCP	Verifica della presenza e dell'inserimento formale del CM nel modello organizzativo della RLCP	SI / NO	DGR 1636/2022
Struttura	Formazione specifica del CM-CP	Percentuale di CM con formazione certificata in cure palliative e case management	SI / NO	
Processo	Richiesta valutazione per eleggibilità alle CP o ri-valutazioni che la COT invia anche al CM-CP UCPDOM	Percentuale sul totale delle 'segnalazioni' per valutazione in CP che la COT invia anche al CM-CP UCPDOM	<50% ≥50% ≥70% ≥90%	



**Funzioni di case management
nelle Reti Locali di Cure Palliative**

Codifica
06/26

Tipo di Indicatore	Indicatore	Descrizione	Standard	Riferimenti
Processo	Monitoraggio delle UVMD effettuate per pazienti in cura	Numero di valutazioni multidimensionali (UVMD) alle quali ha preso parte il CM-CP sul numero totale di UVMD per CP	Aumento/ confronto post introduzione	
Processo	Transizioni tra nodi della RLCP in relazione al grado di complessità derivante dalle scale di valutazione	Numero transizioni fra nodi della RLCP eseguite a seguito di valutazione della complessità clinico-assistenziale	Numero superiore a quello dell'anno precedente	
Esito	Riduzione degli accessi in pronto soccorso in orari notturni e festivi	Misura indiretta dell'efficacia del CM nel prevenire accessi inappropriati	Aumento/ confronto post introduzione	DDR 50/2025
Esito	Pazienti presenti nei diversi setting della RLCP coerentemente al grado di complessità derivante dalle scale di valutazione	Percentuale dei pazienti coerentemente PIC nello specifico setting clinico-assistenziale rispetto all'esito della valutazione della complessità clinico-assistenziale sul totale dei pazienti PIC	<50% ≥50% ≥70% ≥90%	



**Funzioni di case management
nelle Reti Locali di Cure Palliative**

Codifica
06/26

6. Principali riferimenti normativi

- Legge 15 marzo 2010, n. 38
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77
- Legge 29 dicembre 2022, n. 197 (Legge di Bilancio 2023)
- Legge Regionale 16 marzo 2009, n. 7
- DGR n. 1636/2022
- DGR n. 721/2023
- DGR n. 68/2024
- DGR n. 277/2024
- DGR n. 836/2024
- DGR n. 62/2025
- DGR n. 26/2026
- DDR n. 50/2025