



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA



FRONTIERE DELLA CURA, CONFINI DELL'ESISTERE **DIALOGHI SUL FINE VITA TRA ETICA, MEDICINA E SOCIETÀ**

SABATO 16 MAGGIO 2026

Centro Pastorale Cardinal Urbani | Via Visinoni 4/C | Zelarino Venezia

ORE 10 30 | CURE PALLIATIVE: TRA DIRITTO E CURA

Giovanni Poles, Direttore U.O.C. Cure Palliative, AULSS 3 Serenissima



CONTESTO

LA MEDICINA

La medicina storicamente si è sempre confrontata con il **dolore**, in senso più ampio con la **sofferenza**.

La medicina non è nuova o estranea alla **morte** e al processo del **morire**.



OBIETTIVI della MEDICINA

- ✿ Prevenire
- ✿ Riabilitare una funzione lesa
- ✿ Lenire il dolore
- ✿ Guarire e prendersi cura



NUOVI BISOGNI DI SALUTE

Popolazione sempre più vecchia

Sempre più malati cronici

Aumentano i malati complessi con bisogni di cure palliative

Malati per tempi più lunghi

Costi: 30% popolazione con malattie croniche usufruisce del 70% delle risorse

IL SSN rischia di non reggere

E' necessario ridefinire modelli assistenziali che tengano conto dei nuovi bisogni di salute della popolazione per garantire un Welfare sostenibile, basato sulla presa in carico dei pazienti con malattia cronica evolutiva



Rilevanza del problema



ITALIA	2011	2050			
Spesa sanitaria	112 MLD 7.1 PIL	281 MLD 10% PIL	(+150%)		
	2018	2050			
> 90 anni	800.000 (15.000 > 100 anni)	1.300.000 (50.000 > 100 anni)			
OCSE 2050	Over 50 inattivi	58% della popolazione			



CRONICITA'



COMPLESSITA'



SOSTENIBILITA'

Cambiamento/aumento dei BISOGNI

- Medici
- Assistenziali
- Sociali
- Relazionali

Bastano le risposte “tecniche” ?
E' sufficiente la **norma** ?



Rilevanza del problema

“Il diritto alla cura tende a perdere la sua assolutezza e a divenire funzione di una serie di variabili, tra cui l’onerosità della cura, l’età, l’aspettativa di vita.

Si fa soprattutto forte la tendenza ad escludere gli ammalati dall’accesso a talune terapie e forme di assistenza”, concludeva domandandosi:

“Decrescendo la produttività, dunque, il corpo perde progressivamente anche i diritti ?”.

Stefano Rodotà 1995



LE CURE PALLIATIVE

Il paradigma delle CURE PALLIATIVE

Centralità della persona

Dal guarire al “prendersi cura”

Cura “globale” (Dolore “globale”)



Cure Palliative



...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;

art. 2 Legge 38/2010

RELAZIONE di CURA



Non tutto può essere regolamentato e codificato:

- per le complesse caratteristiche dei rapporti;
- per le caratteristiche stesse della medicina che non è scienza esatta;
- perchè pensare la malattia non è come viverla;

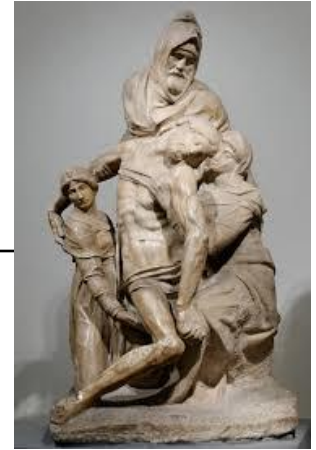
Interpretazione della volontà espressa dal malato

- 250 pazienti terminali + loro fiduciari
- 50 pazienti di area medica + loro fiduciari
- % di accordo su trattamenti e scenario = 66%.

*The accuracy of substituted judgments in patients with terminal diagnoses
Georgetown University Medical Center, Washington, DC 2007, USA.*

*Valorizzazione e rispetto di tutte le
DIMENSIONI delle PERSONA*





Dimensione clinico/assistenziale :

in particolare sintomi fisici (dolore e non solo) e
bisogni assistenziali

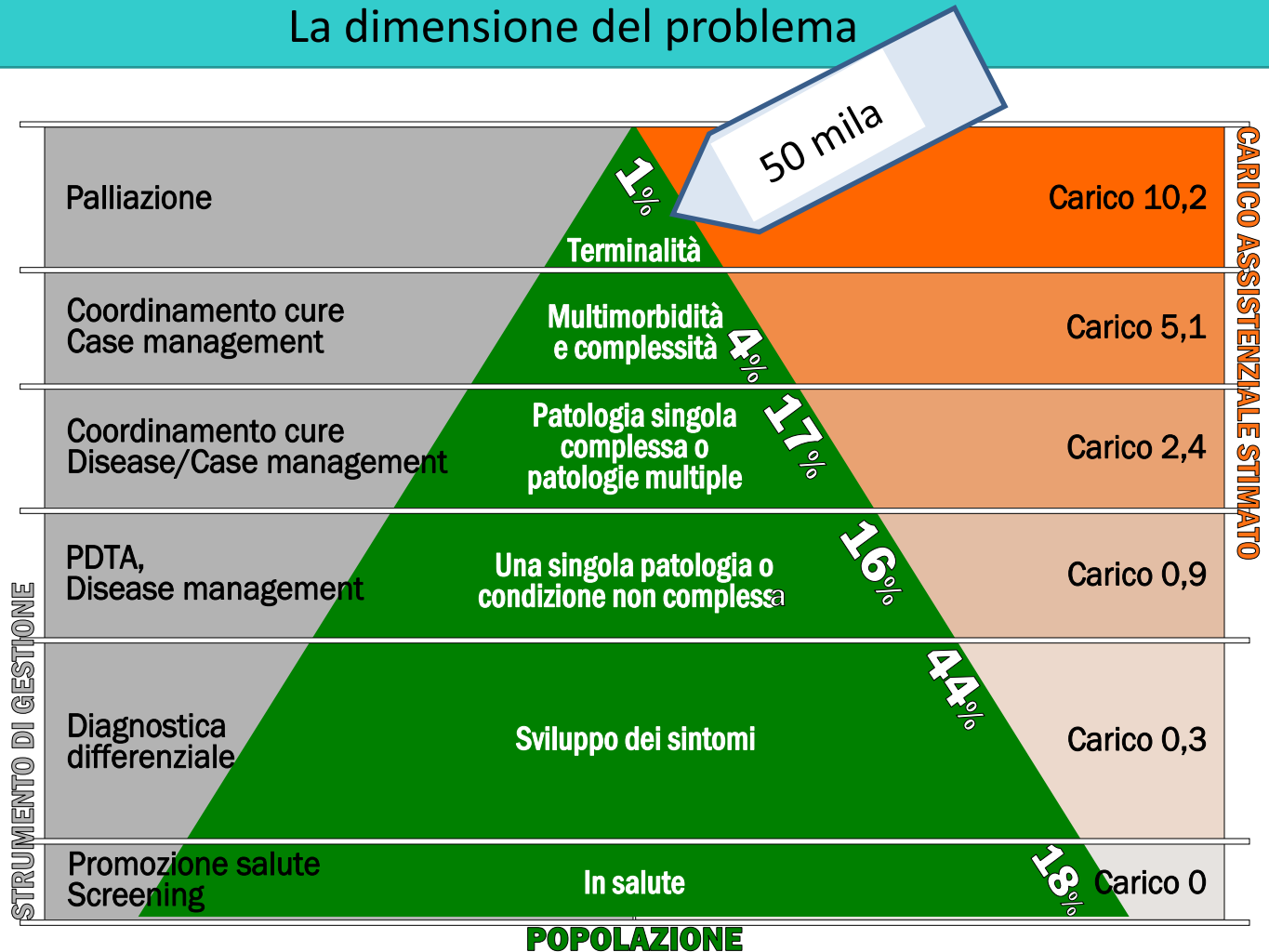
Dimensione psicologica e relazionale (paziente-
famiglia-équipe di cura)

Dimensione sociale

Dimensione **SPIRITUALE** (ricerca di senso ecc.)

Malati cronici-complessi in Veneto *Sistema ACG*


La dimensione del problema





IMPATTO sui COSTI

Economic Evaluation of Palliative Care Interventions: A Review of the Evolution of Methods From 2011 to 2019

Anna Parackal, HBS_c, MSc¹, Karishini Ramamoorthi, HBS_c, MSc¹ ,
and Jean-Eric Tarride, BA, MA, PhD^{1,2,3,4}

American Journal of Hospice
& Palliative Medicine[®]
2022, Vol. 39(1) 108–122

© The Author(s) 2021



Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/10499091211011138

journals.sagepub.com/home/ajh



43 studi su 46 indicano che le cure palliative presentano costi inferiori rispetto alle cure «abituali».

Ridotto e più appropriato utilizzo di risorse come la **diminuzione dei ricoveri ospedalieri e delle riammissioni**, durata **ridotta** della **degenza** e comportamenti **meno aggressivi/invasivi**.





Declinazione normativa

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Sabato, 18 marzo 2017

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00198 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 15

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
12 gennaio 2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

ART. 21 – Percorsi Integrati di Cura

ART. 15 – Ambulatori di Cure Palliative

ART. 23 – Assistenza domiciliare di cure palliative specialistica e base

ART. 31 – Assistenza nelle strutture Hospice

ART. 38 – Assistenza durante i ricoveri ordinari nei reparti per acuti

Le cure palliative sono un LEA

(GU n.65 del 18/3/2017-Suppl.Ordinario n. 15).

RISPONDERE AL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE

D.M.77 - MAGGIO 2022 -

Standard strutturali

1 di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti e 1 Hospice, 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Standard di personale: nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dell'assistenza è assicurata: nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un'équipe di cure palliative; nell'ambito ambulatoriale da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative; a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari(CPD) - da un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7; all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti



REGIONE DEL VENETO

Servizio
Socio Sanitario
Regionale

Piano di potenziamento 2026

DGR n. 26/2026

U.O. Cure Primarie
Direzione Programmazione Sanitaria
Area Sanità e Sociale



REGIONE DEL VENETO

Servizio
Socio Sanitario
Regionale

Quadro normativo

Il Piano di potenziamento 2026 è adottato in attuazione dell'art. 1 della **Legge n. 197/2022**

83. All'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, dopo il comma 4 è inserito il seguente:

«4-bis. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano presentano, entro il 30 gennaio di ciascun anno, un piano di potenziamento delle cure palliative al fine di raggiungere, entro l'anno 2028, il 90 per cento della popolazione interessata. Il monitoraggio dell'attuazione del piano è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che lo realizza a cadenza semestrale. La presentazione del piano e la relativa attuazione costituiscono adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato».

La norma introduce un obiettivo nazionale vincolante:

---> presa in carico $\geq 90\%$ del fabbisogno di Cure Palliative (adulti e pediatrici)



REGIONE del VENETO

Servizio
Socio Sanitario
Regionale

Obiettivo strategico del Piano

- Incrementare la **copertura delle Cure Palliative fino al'90% del fabbisogno**
- Ridurre la variabilità tra Aziende
- Rafforzare la **presa in carico precoce e territoriale**
- Garantire **integrazione e continuità assistenziale tra setting**



REGIONE del VENETO

Servizio
Socio Sanitario
Regionale



Aspetti METODOLOGICI e considerazioni ETICHE

Struttura organizzativa e scelte orientate sulla centralità della persona ammalata

La *relazione* diviene centrale

Non c'è *ETICA* se non si parte dalla centralità della *PERSONA*





SAPER DECIDERE nel più alto interesse di chi soffre

Sviluppare i **PROCESSI DECISIONALI**

Partendo dal giusto bilanciamento tra
APPROPRIATEZZA CLINICA e
Sostenibilità **ETICA** degli interventi.

Liberi di scegliere ?

Una scelta è veramente libera se condizionata dalla solitudine, dal dolore, dalla depressione, dal rifiuto familiare ecc.?

Diventa preminente uscire da una logica che legge la malattia come problema esclusivamente sanitario, quando, gran parte delle volte, viene chiesto principalmente il supporto di una rete sociale (servizi e persone) più dinamica e strutturata in rapporto ai bisogni che emergono nelle fasi più avanzate di malattia e della cronicità.

Dimensione ETICA

La gestione della nostra vita passa attraverso un atto di "LIBERTA' RESPONSABILE".

Non può esistere libertà senza responsabilità

Riconoscere la centralità della persona che soffre attraverso la realizzazione degli obiettivi che la medicina ha storicamente perseguito...in particolare valorizzando la dimensione globale della cura.

Sentenza **242** -2019- Corte Costituzionale

Suicidio Assistito

- 1) Patologia irreversibile
- 2) Fonte di sofferenze fisiche e psicologiche vissute come intollerabili
- 3) Tenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale
- 4) Capace di prendere decisioni libere e consapevoli



*La personalità umana si formasulle esperienze.
.....l'esperienza del dolore una delle più imponenti.....
l'atteggiamento che l'uomo assume dinanzi a questa esperienzarivela, in fondo, quale atteggiamento e quale giudizio egli assume dinanzi all'esperienza globale della sua vita.....*

Da come un uomo si pone dinanzi al problema del dolore si ricava come egli si pone dinanzi al problema di tutta l'esistenza.....

da : "Lettere sul dolore", E. Mounier; ed. Piemme, Milano 2001

