

# RSA senza Dolore. L'esperienza di AltaVita Istituzioni Riunite di Assistenza – IRA di Padova

Il progetto *RSA senza Dolore* di AltaVita IRA rappresenta un modello innovativo di integrazione precoce delle cure palliative nelle residenze per anziani non autosufficienti. Attraverso strumenti standardizzati di valutazione del dolore, un approccio multidisciplinare e il supporto di un Comitato Etico interno, il modello promuove una presa in carico personalizzata orientata alla qualità della vita, trasformando le RSA in nodi attivi della rete territoriale delle cure palliative.

**Di Adelaide Biondaro** (*Segretario Direttore Generale di AltaVita IRA a Padova. Dal 2021 si occupa prevalentemente della gestione dei servizi rivolti alle persone anziane: ha diretto numerose strutture pubbliche (IPAB), di piccole, medie e grandi dimensioni, nelle province di Verona e Vicenza (alcune di esse si occupano anche di servizi per l'infanzia). Ha, inoltre, lavorato presso l'Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria di Verona in qualità di dirigente delle attività amministrative distrettuali, facendo parte in questo ambito anche di alcuni gruppi di lavoro regionali del Veneto. Autrice di articoli e dei libri: "Guida alla gestione di IPAB/ASP, Fondazioni, RSA", (2015) "Curare con il Cuore in RSA" (2024) e "Il Futuro è qui. Esperienze in RSA" (2025), tutti editi da Maggioli. )*

L'esperienza di AltaVita IRA nasce con l'obiettivo di affrontare in modo strutturato il tema della valutazione e cura del dolore nel contesto residenziale: "*RSA senza Dolore*<sup>1</sup>", proposto inizialmente come progetto, è diventato nel corso degli anni **un vero e proprio modello operativo che integra precocemente le cure palliative nella pratica quotidiana dell'assistenza**, rendendo il dolore un indicatore clinico monitorato e gestito in modo sistematico.

## Il contesto: perché parlare di dolore in RSA

Negli ultimi anni le **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)** – in Veneto, Centri Servizi per Persone anziane non autosufficienti – stanno attraversando una **profonda trasformazione**. L'aumento della popolazione anziana, la crescita delle patologie cronico-degenerative e la maggiore complessità clinica dei residenti richiedono modelli assistenziali più evoluti, capaci di integrare cura, accompagnamento e qualità della vita. In questo contesto, il tema del dolore rappresenta una delle principali criticità organizzative e cliniche: spesso sottovalutato, non adeguatamente rilevato o trattato in modo non sistematico.

AltaVita IRA, anticipando alcuni sviluppi recenti in campo normativo e scientifico, ha deciso di avviare un **progetto di cure palliative** per rispondere all'evoluzione della tipologia di residenti in linea con l'invecchiamento della popolazione che rappresenta, oggi, una delle principali sfide per i sistemi di welfare. Secondo i dati ISTAT, infatti, la quota di popolazione over 80 è in costante aumento, con un conseguente incremento delle condizioni di fragilità e non autosufficienza. In parallelo, è cresciuto e crescerà il numero di persone affette da patologie croniche e degenerative, spesso caratterizzate da sintomi complessi e da un elevato bisogno assistenziale, qual è la tipologia di persone che richiedono quotidianamente i servizi delle RSA.

Al loro interno, **il dolore è estremamente diffuso ma frequentemente sottodiagnosticato**, in particolare nelle persone con demenza o deterioramento cognitivo. La difficoltà di comunicazione, l'assenza di strumenti standardizzati e la variabilità

delle pratiche cliniche contribuiscono a rendere il dolore un problema spesso “invisibile”. Nei Centri Servizi veneti la media delle persone che da valutazione SVaMA ricadono nell'Area 3 – *Disturbi Comportamentali*<sup>2</sup> ha raggiunto ormai valori che oscillano tra il 60% e l'80% dei residenti.

## La scelta strategica: integrare precocemente le cure palliative

Nello scenario sopra descritto, intervenire sul dolore significa agire direttamente sulla qualità della vita delle persone assistite, sull'appropriatezza delle cure e sull'efficacia complessiva del sistema. La letteratura più recente (Arakelyan et al., 2023) sottolinea come i modelli tradizionali, centrati sulla singola patologia, risultino spesso inadeguati nella popolazione anziana fragile, caratterizzata da multimorbidità, fragilità e bisogni complessi. In questo contesto, assumono maggiore efficacia i modelli basati sulla valutazione globale dei bisogni e sulla valutazione multidimensionale della persona anziana (Ellis et al., 2017), che consentono una presa in carico più appropriata e personalizzata.

In quest'ottica, AltaVita IRA, dal 2018 ha intrapreso una scelta strategica, ovvero integrare precocemente le cure palliative attraverso il modello “*RSA senza dolore*” che si fonda su un presupposto chiave: **le cure palliative non devono essere limitate alla fase terminale della vita**, ma integrate nei percorsi assistenziali. Questo orientamento è coerente con quanto previsto dalla Legge 38/2010 (Ministero della Salute, 2010), che riconosce il diritto alla terapia del dolore e alle cure palliative, e con i più recenti indirizzi nazionali e regionali, che promuovono un approccio globale e continuativo alla presa in carico della persona.

In particolare, la normativa più recente rafforza ulteriormente questa prospettiva: la Legge 197/2022 ha introdotto l'obbligo per le Regioni di adottare annualmente un **Piano di potenziamento delle cure palliative**, con l'obiettivo di raggiungere entro il 2028 una copertura del 90% della popolazione interessata. In attuazione di tale disposizione, la Regione del Veneto ha approvato il Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative per l'anno 2026 (Regione del Veneto, 2026), che definisce linee strategiche, azioni prioritarie e criteri di monitoraggio per le Aziende sanitarie (DGRV n. 26 del 27 gennaio 2026).

Questo quadro normativo evidenzia come **l'integrazione tra RSA, territorio e rete delle cure palliative rappresenti non solo una scelta organizzativa, ma una precisa direzione di sistema**, cioè quella di integrare tali cure intervenendo non solo sul dolore fisico, ma anche sulle dimensioni psicologiche, relazionali e sociali, costruendo percorsi personalizzati e centrati sui bisogni reali della persona. L'esperienza di AltaVita IRA si colloca in questo paradigma, traducendo in pratica le indicazioni presenti in letteratura: identificazione precoce dei bisogni di cure palliative, valutazione multidimensionale e progressiva integrazione dell'approccio palliativo nei percorsi assistenziali.

In RSA, questo approccio consente di superare una visione esclusivamente sanitaria e di sviluppare modelli di presa in carico più completi e umanizzati in coerenza con le più recenti indicazioni scientifiche che sottolineano come le RSA stesse debbano essere ripensate non solo come luoghi di assistenza, ma come contesti di vita e di accompagnamento nelle fasi avanzate della malattia. In questo senso, l'integrazione tra approccio geriatrico e cure palliative rappresenta oggi uno standard emergente di qualità assistenziale, nonostante le numerose criticità che persistono di tipo culturale, oppure quelle legate a delle competenze professionali non ancora sufficienti per carenza di formazione (sulle cure palliative geriatriche e sulla gestione del dolore), oppure quelle determinate alla scarsa integrazione con la rete territoriale (Aziende Sanitarie e Medici di Medicina Generale) e le difficoltà di ordine etico rispetto alle decisioni da intraprendere.

## La costruzione del modello organizzativo e il ruolo del Comitato Etico

AltaVita IRA è un'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB), sorta nel 1821, che oggi gestisce un Centro Servizi per Persone anziane non autosufficienti di 390, un altro Centro Servizi di 120, un Centro Diurno socio-assistenziale

autorizzato e accreditato per 30 persone, un altro Centro Diurno socio-assistenziale per 30 persone), e una Casa Soggiorno per Persone anziane autosufficienti di 60 persone. Stante la complessità dell'ente che in pratica si occupa dell'assistenza di quasi 600 persone non autosufficienti accolte in varie sedi, uno degli elementi più rilevanti del progetto è stato il forte investimento organizzativo che ha preceduto l'avvio del progetto "RSA senza dolore".

In particolare, l'ente ha attivato:

- preventivamente, un **Comitato Etico**, come spazio di riflessione interdisciplinare;
- un **Nucleo di Cure Palliative**, composto da medici, coordinatori infermieristici e altri professionisti;
- un **percorso strutturato di formazione per il personale**.

Questo lavoro preparatorio ha consentito di costruire una base culturale condivisa, indispensabile per l'introduzione di pratiche innovative.

Il ruolo del Comitato Etico di AltaVita IRA, nato nel 2016, è stato fondamentale per l'avvio del progetto e merita un breve approfondimento. Questo Comitato Etico non va assolutamente confuso con il Comitato Etico per la pratica clinica (organismo istituzionale previsto dalla normativa e inserito nella rete regionale/nazionale dei comitati etici, con funzioni anche regolatorie e autorizzative), e quindi **non è un comitato "di sistema sanitario" in senso stretto, ma uno strumento organizzativo e culturale**, non autorizzativo che l'ente ha inteso dotarsi per creare uno spazio di riflessione etica, confronto interdisciplinare e promozione della qualità dell'assistenza.

Il Comitato Etico di AltaVita IRA è composto da 15 professionisti di diversa estrazione e formazione (medici ospedalieri e territoriali, infermieri, assistenti sociali, educatori, operatori socioassistenziali, giornalisti, volontari, tecnici ed esperti del settore), sia interni, sia esterni all'ente; è uno strumento trasversale, "aperto" e inclusivo poiché può essere attivato da operatori, familiari, caregiver, direzione e anche da soggetti esterni all'ente. In sintesi, se da una parte il Comitato Etico sanitario garantisce la correttezza etica delle attività cliniche e di ricerca, il Comitato Etico di AltaVita IRA supporta l'organizzazione dell'ente nel prendere decisioni più umane, consapevoli e condivise.

Infatti, il Comitato Etico in questione si è dotato di uno Statuto che declina i principi sui quali si fonda, ovvero quello di essere un organismo indipendente, costituito da personale sanitario e non sanitario, che rappresenta **uno spazio di riflessione etica, autonoma e interdisciplinare**, per promuovere la qualità e l'umanizzazione dell'assistenza, in base a quanto stabilito nella Costituzione italiana rispetto alla tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e la volontarietà dei trattamenti sanitari nei limiti imposti dal rispetto della persona e alla sua valorizzazione. Si ispira, inoltre, ai principi etici che si evincono dalle Convenzioni internazionali, dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, dalla Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (Convenzione di Oviedo – Consiglio d'Europa 1996) e da altri documenti prodotti in ambito europeo. Il Comitato persegue essenzialmente le seguenti finalità: il benessere della persona ospite/paziente; l'umanizzazione della cura interessando tutte le figure professionali e non, coinvolte nell'assistenza e cura della persona; l'implementazione di una cultura e di una prassi centrate sulla persona e sulle sue necessità ed esigenze.

Nella pratica, il Comitato Etico di AltaVita IRA svolge analisi etica di casi clinici, sviluppa raccomandazioni e indirizzi di carattere etico e/o valutazione etica di procedure operative e organizzative, organizza eventi formativi in materia di bioetica e sensibilizzazione degli operatori, familiari-caregivers e della cittadinanza, contribuisce alla riflessione sul tema dell'allocazione e dell'impiego delle risorse. Non competono al Comitato le funzioni di tipo legale per dirimere i conflitti, di tipo disciplinare di giudizio dei comportamenti professionali (e non ha, pertanto, la facoltà di sanzionare), e di tipo decisionale nel senso che non si sostituisce nella decisione che deve essere assunta dai soggetti coinvolti (Direzione, ospiti/pazienti, operatori sanitari, famiglie, tutori e amministratori di sostegno).

Al Comitato possono accedere: pazienti, ospiti, familiari, caregivers, tutori e amministratori di sostegno nell'ambito delle diverse sedi di AltaVita IRA; professionisti, operatori e organi direttivi di AltaVita IRA; enti, istituzioni e associazioni. Nel 2018 il Comitato Etico ha proposto all'organizzazione dell'ente il progetto "**RSA senza Dolore**" che è stato poi avviato, nel corso del 2019, in forma sperimentale in tre Nuclei di assistenza. Dopo una fase di interruzione legata alla pandemia, la sperimentazione è stata poi progressivamente estesa a tutti i Centri Servizi dell'ente, consolidando il modello organizzativo.

## Gli strumenti operativi: dalla rilevazione alla gestione del dolore e il ruolo dell'équipe multidisciplinare

Il modello si caratterizza per l'introduzione di strumenti concreti e standardizzati, che permettono di rendere il dolore un elemento misurabile e quindi gestibile.

Gli strumenti adottati sono:

- schede di valutazione del dolore integrate nella cartella sociosanitaria informatizzata;
- utilizzo di strumenti per l'identificazione precoce dei bisogni palliativi (come il NECPAL);
- protocolli operativi per la gestione farmacologica e non farmacologica del dolore.

In particolare, l'utilizzo dello **strumento NECPAL**<sup>3</sup> permette di capire se una persona può beneficiare di cure palliative, anche se non è in fase terminale (Ambblas-Novellas et al., 2016); pertanto, esso non è uno strumento di fine vita, ma è uno strumento di anticipazione che combina tre elementi principali:

- la domanda chiave – "*Mi sorprenderei se questa persona morisse entro 12 mesi?*". Se la risposta è no, si attiva l'attenzione palliativa;
- gli indicatori clinici, ovvero la presenza di malattie croniche avanzate, di fragilità, di peggioramento funzionale oppure di frequenti ricoveri;
- gli indicatori di bisogno, ovvero la presenza di dolore non controllato, di sintomi complessi, di bisogni sociali o familiari e di stress del caregiver.

Questo strumento consente di intercettare precocemente i pazienti fragili, di evitare interventi tardivi o inappropriati, di migliorare la qualità della vita e di orientare il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) in chiave palliativa. L'utilizzo del NECPAL è stato inoltre associato a un miglior orientamento prognostico e alla pianificazione anticipata delle cure (Tripodoro et al., 2021).

Il processo assistenziale adottato in tutti i Nuclei dei Centri Servizi di AltaVita IRA prevede che, entro la prima settimana dall'ingresso, venga effettuata una **valutazione clinica strutturata**. Il dolore viene poi monitorato con frequenza variabile: settimanale in assenza di sintomi, quotidiana nei casi di dolore presente. Questo approccio consente di garantire continuità assistenziale, appropriatezza terapeutica e tempestività degli interventi attraverso il ruolo fondamentale dell'équipe multiprofessionale.

Il modello, infatti, si basa su una presa in carico multidisciplinare, che coinvolge diverse figure professionali: medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, logopedisti e assistenti sociali. Ciascun professionista contribuisce alla valutazione multidimensionale e alla definizione del PAI, che viene progressivamente riorientato secondo l'approccio palliativo. La **rivalutazione periodica** (almeno ogni tre mesi, o prima in caso di peggioramento) consente di adattare il percorso assistenziale alle condizioni della persona, garantendo un elevato livello di personalizzazione.

Box 1. Riassunto del paragrafo "*Gli strumenti operativi: dalla rilevazione alla gestione del dolore e il ruolo dell'équipe*"

*multidisciplinare”*

### **Il processo operativo in sintesi**

Valutazione entro la prima settimana dall'ingresso

Monitoraggio sistematico del dolore

Coinvolgimento équipe multidisciplinare

Incontro con i familiari entro un mese

Rivalutazione periodica

Fonte: rielaborazione degli autori

## **Il coinvolgimento della famiglia**

Un elemento qualificante del modello è il coinvolgimento attivo dei familiari. A distanza di circa un mese dall'ingresso, l'équipe incontra la famiglia per condividere obiettivi, modalità di cura e significato del percorso “*RSA senza Dolore*”. Questo momento rappresenta un passaggio fondamentale per costruire un'alleanza terapeutica solida e favorire decisioni condivise. Il coinvolgimento dei familiari contribuisce inoltre a migliorare la qualità percepita dell'assistenza e a ridurre conflitti e incomprensioni.

## **Il monitoraggio degli esiti**

Il modello prevede anche una dimensione strutturata di monitoraggio, basata su **sistemi informatizzati che consentono l'analisi dei dati** nel rispetto della normativa sulla privacy.

Gli indicatori considerati sono:

- livello di dolore rilevato;
- appropriatezza delle terapie;
- riduzione di accessi impropri in ospedale;
- soddisfazione dei familiari.

Questo approccio è oggi ulteriormente rafforzato dalle indicazioni regionali, che prevedono l'introduzione di sistemi di monitoraggio standardizzati e la definizione di indicatori quali-quantitativi condivisi, anche ai fini della valutazione da parte di AGENAS.

La disponibilità di questi dati consente di valutare l'efficacia del modello e di orientare le decisioni organizzative in modo più consapevole, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Box 2. Riassunto del paragrafo “Il monitoraggio degli esiti”

### **Indicatori di risultato**

Riduzione del dolore non trattato

Appropriatezza terapeutica

Riduzione ricoveri impropri

Continuità assistenziale

Soddisfazione dei familiari

Fonte: rielaborazione degli autori

## Punti di forza del modello “RSA senza Dolore” e le sfide aperte

Questo approccio evidenzia alcuni elementi di particolare interesse operativo: **l'integrazione tra dimensione clinica e organizzativa**; **la standardizzazione degli strumenti di valutazione**; **l'approccio multidisciplinare reale**; **la centralità della persona** e della famiglia; **l'investimento nella formazione degli operatori**. Tali elementi rendono il modello solido e potenzialmente replicabile in altri contesti.

Ma accanto a questi punti di forza, emergono alcune criticità legate principalmente alla carenza di personale e un alto tasso di turnover con una ricaduta sulla difficoltà di garantire continuità assistenziale; in seconda battuta, un'ulteriore criticità è legata alla difficoltà di integrazione con i servizi territoriali.

Tuttavia, in risposta a quest'ultima criticità, il progetto si sta evolvendo verso una dimensione di rete territoriale, con l'obiettivo di estendere il modello oltre ad AltaVita IRA. Infatti, attraverso il Coordinamento dei Comitati Etici dei Centri Servizi, nato a Padova ad ottobre del 2024, si sta procedendo alla diffusione del modello a livello territoriale e regionale. Con queste prospettive viene rafforzato il ruolo delle RSA come nodi attivi della rete delle cure palliative, considerato che le più recenti politiche sanitarie regionali pongono una forte attenzione allo sviluppo di tale rete, intesa come sistema integrato tra ospedale, territorio e strutture residenziali.

Infatti, il **Piano di potenziamento regionale 2026 del Veneto sottolinea la necessità di garantire continuità assistenziale tra i diversi setting** (obiettivo di copertura del 90% della popolazione in cure palliative entro il 2028 e introduzione di piani regionali annuali obbligatori), il rafforzamento delle équipes multiprofessionali, l'importanza della formazione degli operatori e la standardizzazione dei percorsi e degli strumenti di valutazione.

Obiettivi che AltaVita IRA ha anticipato rispetto alle indicazioni più recenti che sottolineano la necessità di identificare precocemente i bisogni palliativi, attivare percorsi di presa in carico gradualmente, integrare competenze multiprofessionali e sviluppare strumenti di pianificazione condivisa delle cure (PCC).

Box 3. Riassunto del paragrafo *Punti di forza del modello “RSA senza Dolore” e le sfide aperte (I)*

### Condizioni di replicabilità

Formazione strutturata degli operatori

Strumenti standardizzati

Leadership organizzativa

Integrazione con il territorio

Monitoraggio continuo degli esiti

Fonte: rielaborazione degli autori

Box 4. Allineamento con la programmazione regionale del Veneto (2026)

### Allineamento con la programmazione regionale del Veneto (2026)

Obiettivo di copertura del 90% della popolazione in cure palliative entro il 2028

Introduzione di piani regionali annuali obbligatori

Monitoraggio AGENAS con valutazione periodica

Standardizzazione di indicatori e percorsi

Rafforzamento integrazione ospedale–territorio–RSA

Fonte: rielaborazione degli autori

## Prospettive di sviluppo

Tra le principali linee di sviluppo interne, la direzione dell'ente ha avviato, per il corrente anno 2026, un programma di formazione rivolta agli Operatori Socio-Sanitari (OSS), per far rientrare anche questa professionalità nel Nucleo di cure palliative. Inoltre, il modello “RSA senza Dolore” sarà esteso anche ai **Centri Diurni**, nonostante la possibile criticità legata all'assenza di un medico strutturato (le Persone che usufruiscono del servizio semi-residenziale mantengono il proprio Medico di Medicina Generale).

Infine – grazie al contributo del medico palliativista dell'Ente – si sta procedendo con lo sviluppo della pianificazione condivisa delle cure (PCC): l'obiettivo è quello di sensibilizzare le persone e le loro famiglie, fin dal momento dell'ingresso in RSA o in centro diurno, con l'inserimento di un protocollo (spiegato in sede di colloquio dagli assistenti sociali) nella carta dei servizi.

## RSA e cure palliative: da luogo di assistenza a nodo della rete di cura

“RSA senza Dolore” rappresenta un'esperienza concreta di innovazione nei servizi per la non autosufficienza. Il modello dimostra che è possibile affrontare in modo strutturato il tema del dolore, migliorando la qualità della vita delle persone e promuovendo un'assistenza più umana e centrata sulla persona. In un contesto caratterizzato da crescente complessità, modelli come questo indicano una direzione chiara: integrare le cure palliative nella quotidianità delle RSA, **trasformando un bisogno spesso invisibile in una dimensione qualificante della cura, facendo assumere alle RSA stesse un ruolo sempre più centrale**, non solo come luoghi di assistenza, ma come nodi attivi della rete territoriale delle cure palliative, chiamati a contribuire in modo strutturato al raggiungimento degli obiettivi di sistema.

L'esperienza di AltaVita IRA dimostra come sia possibile tradurre in pratica gli indirizzi teorici e normativi più avanzati, contribuendo a colmare il divario tra raccomandazioni e pratica quotidiana. In tal senso, se il Documento congiunto SIGG–SICP (SIGG e SICP, 2023) sul fine vita nelle strutture residenziali per anziani prevede l'identificazione precoce del dolore, dal punto di vista pratico AltaVita IRA procede in tal senso attraverso la scheda NECPAL, mentre l'indicazione nazionale di un approccio multidimensionale viene attuato attraverso l'elaborazione di un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) evoluto che tiene conto dell'approccio palliativo; inoltre, l'integrazione palliativa si realizza attraverso il Nucleo di Cure Palliative dell'ente e la pianificazione condivisa prevede il coinvolgimento reale della famiglia. In conclusione, l'indicazione nazionale di una gestione del dolore globale viene realizzata attraverso il modello “RSA senza dolore”.

In questa prospettiva, non solo AltaVita IRA, ma **tutte le RSA possono evolvere da luoghi di assistenza passiva a contesti attivi di cura, accompagnamento e qualità della vita fino alle fasi finali dell'esistenza.**

Tabella 1. Dalla teoria alla pratica rispetto al Documento congiunto SIGG–SICP sul fine vita nelle strutture residenziali per anziani

Indicazione nazionale	Applicazione AltaVita IRA
Identificazione precoce	NECPAL / strumenti interni
Approccio multidimensionale	PAI evoluto
Integrazione palliativa	Nucleo cure palliative
Pianificazione condivisa	Coinvolgimento familiari

Gestione dolore globale

“RSA senza dolore”

Fonte: rielaborazione degli autori

---

## BIBLIOGRAFIA

Ambblas-Novellas J., Murray S.A., Espauella J., Martori J.C., Oller R., Gómez-Batiste X. (2016), Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study, in *BMJ Supportive & Palliative Care*.

Arakelyan S., Hovik L.H., Larsen M.H. e altri autori (2023), Effectiveness of holistic assessment-based interventions for adults with multiple long-term conditions and frailty: an umbrella review of systematic reviews, in *The Lancet Healthy Longevity*.

Ellis G., Whitehead M.A., Robinson D., O'Neill D., Langhorne P. (2017), Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital, in *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Ministero della Salute (2010), Legge 15 marzo 2010, n. 38, Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Regione del Veneto (2024), DGR n. 465/2024, Sperimentazione di un nuovo modello di finanziamento delle unità di offerta residenziali per persone non autosufficienti basato sul case mix assistenziale (2024-2026).

Regione del Veneto (2026), DGR n. 26/2026, Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta e pediatrica.

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), Società Italiana di Cure Palliative (SICP) (2023), Documento congiunto SIGG-SICP sul fine vita nelle strutture residenziali per anziani.

Tripodoro V.A., Llanos V., De Simone G.G. e altri autori (2021), Palliative and prognostic approach in advanced patients: NECPAL study, in *ecancermedicalsecience*.