



AZIENDA ULSS 1, BELLUNO



Regione del Veneto

Azienda U.L.S.S. n. 1

Sede legale: via Feltre, n. 57 – 32100 – BELLUNO

Centralino: 0437 516111 – Fax: 0437 27717

Codice Fiscale e Partita IVA: 00300650256 - Web: www.ulss.belluno.it

CRITERI DI PROGETTAZIONE

A) CRITERI A CARATTERE VINCOLANTE

1) Costituzione Nucleo Cure Palliative (NCP).

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

Tenuto conto delle considerazioni espresse nella rendicontazione relativa al progetto di sviluppo 2009, nel corso del 2010 si intende formalizzare, con specifico atto deliberativo di aggiornamento della delibera istitutiva del NCP del 2002, la costituzione di un NCP aziendale a valenza interdistrettuale in coerenza con quanto indicato dall' art. 2 della LR 7/09.

Il carattere aziendale è determinato dalla opportunità di un coordinamento centrale tale da garantire l' omogeneità e appropriatezza degli interventi, la corretta gestione del personale, degli eventi formativi, del monitoraggio e dei flussi informativi secondo un lavoro di rete fortemente integrato, flessibile e dinamico.

La dimensione distrettuale è assicurata quale riferimento territoriale certo e definito per gli utenti e familiari di ciascun distretto con particolare evidenza del ruolo del case-manager.

Sarà in tal modo formalizzata la costituzione di un NCP di riferimento per il Cadore e per l'Agordino quale realizzazione definitiva del progetto proposto per il 2009.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

Per l'anno 2011 è prevista l'operatività a regime del NCP nei tre distretti secondo le disposizioni dell'art. 2 LR 7/09.

2) Conseguimento di quanto previsto all' art. 10 comma 3 LR 7/09.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

- L'attività del personale medico con specifica e documentata formazione ed esperienza in cure palliative è assicurata in forma di "operatore equivalente" in quanto determinata da un'equipe di medici sia dipendenti, che convenzionati con incarico ad hoc, che provenienti dal mondo del Volontariato e coinvolti nell'ambito di specifica convenzione.
- Viene disposta l'implementazione dell'attività di psicoterapia territoriale domiciliare.
- L'attività infermieristica viene assicurata sia da personale infermieristico incaricato delle prestazioni in ADI secondo la formula dell'esternalizzazione del servizio attivata dall'Azienda ULSS 1 dall'anno 2000, sia da personale dipendente di area ospedaliera e distrettuale.

Il personale dedicato, sistematicamente coinvolto in momenti di formazione specifica, assicura, nell'ambito del profilo D dell'ADI (ADIMED), interventi tempestivi in tempo reale e altamente qualificati.

- Gli operatori socio sanitari sono assicurati dagli EELL nell'ambito degli accordi di programmi sottoscritti per l'integrazione socio-sanitaria, disposti nel Piano di Zona approvato dall'ULSS 1-Conferenza dei Sindaci.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

- Sarà assicurata la presenza di un medico, dipendente a tempo pieno con specifica formazione, tale da assicurare la propria presenza itinerante per le attività del NCP rispettivamente per 10 ore settimanali nel distretto di Belluno, 06 ore nel distretto del Cadore, 4 ore in quello di Agordo.
- L'attività di psicoterapia verrà assicurata con psicologa esperta convenzionata per 10 ore a Belluno, 6 in Cadore e 4 ad Agordo.
- Tenuto conto dell'estensione e particolarità geografiche dell'ULSS n.1 verranno individuate figure professionali medico-infermieristiche nei distretti del Cadore- Agordino da destinare (con monte ore settimanale da definire) alle cure palliative intra-ospedaliere e territoriali previo adeguato percorso formativo. Attorno a tali figure dovrà necessariamente svilupparsi il progetto di sviluppo delle Cure palliative nei Distretti del Cadore-Agordino in collaborazione con i MMG e con il supporto delle locali Associazioni di Volontariato.
- Sarà assicurata la continuità e qualità dell'assistenza infermieristica.
- Saranno formalizzati specifici accordi di programma ULSS-EELL per favorire l'emersione dei bisogni non espressi nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria con specifico riferimento alla palliazione.

3) Servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì, con servizio attivo almeno per 12 ore al giorno

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

Il servizio medico e infermieristico è assicurato, quale modello organizzativo consolidato, nell'ambito degli interventi programmati domiciliari disposti in sede di UVMD per la definizione del piano operativo individuale ed è articolato nell'arco delle 12 ore al giorno per 7 giorni su 7.

Il medesimo servizio è assicurato in reperibilità h24 per sette giorni su sette per i bisogni domiciliari a carattere di urgenza.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

Mantenimento modello organizzativo in atto.

4) Definizione scritta e deliberata di protocolli di accesso facilitatoPROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

Per quanto tale aspetto non abbia finora evidenziato elementi di criticità in quanto la “rete delle cure palliative” ha finora sistematicamente risposto, seppur con procedura informale, a tutte le eventuali esigenze diagnostico-assistenziali emerse, verrà predisposto un protocollo operativo che assicuri l'accesso dei pazienti in carico al NCP ai servizi ospedalieri con la formula dell'urgenza o urgenza differita (entro 72 ore). I servizi coinvolti saranno, in particolare, il Pronto Soccorso per l'eventuale trasporto in ambulanza, l'U.O. di ambulatorio oncologico, la Radiodiagnostica, l'Endoscopia Digestiva, la Pneumologia, il Laboratorio.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

Utilizzo a regime del protocollo operativo.

5) Stesura della Carta dei Diritti del malato a fine vitaPROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

Predisposizione e stesura della Carta aziendale dei Diritti del Malato a fine vita.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

Divulgazione del documento presso le UUOO ospedaliere e MMG/PLS, EELL, Terzo Settore e volontariato.

6) Adozione del sistema informativo per le cure palliative. Criteri di accesso all' HospicePROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

Predisposizione raccolta dei dati:

- di struttura riguardanti la costituzione, la composizione, le competenze assegnate e la dotazione di risorse del NCP,
- degli strumenti e delle procedure finalizzate al lavoro integrato fra Servizi e alla continuità assistenziale con particolare riferimento al protocollo per la dimissione protetta (già operativa fra ospedale S. Martino e distretto 3 dal 2003),
- del livello d'informazione ai cittadini per l'accesso alle cure palliative.

Verifica ed eventuale aggiornamento dei report relativi ai processi e agli esiti delle cure palliative nell' ambito del sistema informativo informatizzato già in dotazione per le attività in ADI.

Predisposizione report sugli eventi formativi.

I criteri di accesso all'Hospice sono stati definiti e resi operativi, oltre che periodicamente aggiornati, con l'attivazione del Servizio nell' anno 2002.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

Elaborazione dati di struttura relativi al NCP, alle procedure attivate, agli strumenti di informazione.

Elaborazione a regime dati di processo e di esito relativamente alle cure, al gradimento degli utenti, agli eventi

formativi.

Verifica ed eventuale aggiornamento criteri di accesso all' Hospice.

7) Attribuzione funzioni di UVMD al NCP

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

Il NCP era stato originariamente costituito con formale atto deliberativo con il compito di procedere alle valutazioni finalizzate all' accoglienza/dimissione dall'Hospice. La composizione del NCP era stata individuata sul modello della UVMD integrata e specifica, con particolare riferimento alla presenza del direttore di distretto o delegato, dell' assistente sociale, del medico curante oltre a quella del medico palliativista, della psiconcologa e dell' infermiere. In tale veste ha sistematicamente operato nel corso degli anni dopo l'attivazione dell'Hospice (2002) sia nell' ambito di convocazioni formali periodiche settimanali presso l' Hospice come da mandato aziendale, sia in via informale e in tempo reale per le singole valutazioni relative alle attivazioni ADI, profilo D ADIMED, per i pazienti neoplastici in condizione di terminalità oncologica.

Nella delibera, di cui al precedente punto 2, di aggiornamento della composizione e delle funzioni del NCP in coerenza con quanto disposto con la LR 7/09 art. 2, verrà formalizzato anche il ruolo di UVMD.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

Mantenimento a regime del doppio ruolo progettuale e assistenziale del NCP-UVMD

8) Disponibilità farmaci uso ospedaliero per l' erogazione delle cure palliative a domicilio

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

Premesso che tale livello assistenziale era già previsto con la DGRV 5273/98 relativa alle Linee Guida per l' ADI, limitatamente al profilo D, ADIMED, già allora definito quale alternativa al ricovero ospedaliero, il servizio è già operativo a regime.

Per il corrente anno viene disposta la formalizzazione della procedura nella delibera di aggiornamento del NCP.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

Mantenimento stato attuale di accesso gratuito ai farmaci del PTO.

B) CRITERI D' INNALZAMENTO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI**1) Stesura, deliberazione e attuazione di un piano di riduzione degli ultimi ricovero ospedalieri**PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

Predisposizione documento centrato sulla valorizzazione e visibilità della Rete delle Cure Palliative con particolare riferimento al ruolo dell' Hospice, del NCP, delle procedure attivate per l' accesso appropriato ai

servizi, specie per quanto riguarda la palliazione nell' ambito della terminalità non neoplastica, degli strumenti di verifica e valutazione, del monitoraggio dei ricoveri ospedalieri.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

Approvazione, divulgazione e adozione del documento.

2) Istituzione di un servizio attivo per 4 ore giorni festivi infrasettimanali, sabato e domenicaPROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

Predisposizione, in elaborazione dei progetti preliminari esistenti relativi alla istituzione degli ambulatori per le cure palliative strutturati presso i tre distretti con attività programmata nelle giornate feriali, di un call center dedicato con accesso a personale medico infermieristico esperto in tema di cure palliative, per 4 ore al giorno con estensione anche alle giornate di sabato, domenica e festività presso l' Hospice Casa Tua Due.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

Attivazione ambulatori distrettuali per le cure palliative e call center presso l' Hospice di Belluno

3) Istituzione reperibilità medica palliativa.PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

La reperibilità medica e infermieristica palliativa è operativa a regime dall'anno 2000 nell'ambito del contratto di esternalizzazione dell' ADI.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

Mantenimento modello organizzativo in essere

4) Istituzione procedure per garantire il supporto clinico al servizio di Continuità Assistenziale.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

Predisposizione procedure per l' accesso del servizio di CA ai servizi di cui al precedente punto 2 del presente capitolo o, in alternativa, dei servizi di cui al punto 3.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

Approvazione formale, adozione e attivazione a regime procedure predisposte.

5) Consulenza strutturata, definita e deliberata del NCP presso le strutture del sistema di offerta.PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

Verifica, valutazione ed aggiornamento delle procedure e degli strumenti esistenti, già adottati e operativi in via informale per la consulenza dell' equipe palliativistica finora attivata presso le UUOO ospedaliere e territoriali con funzioni limitate all' accoglienza in Hospice.

Inserimento della funzione di consulenza specialistica strutturata per il supporto tecnico finalizzato all' attivazione tempestiva e compiuta delle cure palliative presso le UUOO ospedaliere e le strutture di accoglienza territoriale, con particolare riferimento alla terminalità non neoplastica.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

Approvazione formale, adozione e divulgazione delle procedure definite e aggiornate.

6) Istituzione di una supervisione periodica del personalePROGETTO ESECUTIVO ANNO 2010

Valutazione stato dell'arte, verifica modalità organizzative, definizione strumenti, obiettivi e relativi indicatori per la supervisione periodica del personale.

PROGETTO ESECUTIVO ANNO 2011

Attivazione, approvazione e adozione procedure di valutazione periodica degli operatori.

**AZIENDA ULSS 2, FELTRE****Area A) Sviluppo delle reti di cure palliative per l'adulto****OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI****A) CRITERI A CARATTERE VINCOLANTE**

| CRITERI E AZIONI | 2010 | 2011 |
|---|--|-------------|
| 1. Ai sensi dell'art.2 della L.R.7/2009 ogni AULSS deve provvedere alla costituzione di un Nucleo di Cure Palliative (di seguito NCP) per area distrettuale. Documentandone le ragioni, qualora le dimensioni di un distretto fossero contenute o risultasse più conveniente organizzativamente, è possibile provvedere alla costituzione di NNCP interdistrettuali o aziendali | Il Nucleo di Cure Palliative è stato istituito con DGR n. 247 del 4.3.1998. Con Atto Aziendale del 2009 è stato collocato nell'area del Distretto Unico, U.O. Cure primarie. | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>2. Conseguimento di quanto previsto all'art.10 comma 3, L.R. 7/2009. Il personale impegnato va inteso a tempo pieno, preferibilmente con una specifica e documentata formazione ed esperienza in cure palliative. Sono possibili coperture di quanto previsto anche con incarichi secondo frazioni non inferiori al 50% del debito orario settimanale previsto contrattualmente per ciascuna figura professionale (pari quindi ad almeno 19 ore settimanali per il medico e lo psicologo, e 18 ore settimanali per le altre figure professionali). Se le dimensioni del territorio di competenza del NCP sopravanzano il bacino indicato (100.000 abitanti), la quota minima di personale andrà integrata in misura proporzionale. Lo stesso criterio si applica qualora i NNCP fossero a bacino interdistrettuale o aziendale.</p> <p>Il personale va inteso al netto di quello impegnato per l'assistenza in hospice, qualora operante, essendo quest'ultimo definito ai sensi della normativa vigente per l'autorizzazione al funzionamento della struttura residenziale</p> | <p>Revisione del modello organizzativo e delle dotazioni di personale medico con ampliamento dell'orario di attività al fine di conseguire quanto previsto all'art.10 comma 3, L.R. 7/2009</p> <p>Finanziamento richiesto = <u>Euro 45.000</u></p> <p>Assicurare le attività di sostegno psicologico, rivolto sia ai pazienti e alla famiglia sia agli operatori, con assunzione di 1 psicologo, Finanziamento richiesto = <u>Euro 55.000</u></p> <p>E supporto a tempo parziale di altro psicologo per ulteriori 55 ore/anno Finanziamento richiesto = <u>Euro 3.000</u></p> | <p>Mantenimento delle attività con le modalità previste per il 2010</p> |
| <p>3. Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì</p> | <p>Mantenimento servizio di pronta disponibilità diurna infermieristica dalle ore 16.00 ore 20.00</p> <p>Finanziamento richiesto = <u>Euro 7.500</u></p> | <p>Mantenimento servizio di pronta disponibilità diurna infermieristica dalle ore 16.00 ore 20.00</p> <p>Finanziamento richiesto = <u>Euro 7.500</u></p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>4. Ai sensi dell'art.6, comma 2, L.R.7/2009, la descrizione di protocolli di acceso facilitato al sistema d'offerta dell'Azienda, nonché alle strutture private accreditate, per i malati assistiti dal NCP, qualora abbisognino di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP. In particolare, vanno facilitati gli accessi ai servizi ospedalieri, nonché gli eventuali ricoveri che si rendessero necessari</p> | <p>E' in fase di sperimentazione la revisione del modello di dimissione protette, in modo da garantire la facilità di accesso ai servizi e la continuità dell'assistenza nell'ambito di una modalità di accesso già strutturata alle UU.OO. per la presa in carico tempestiva</p> <p><u>Finanziamento richiesto= Euro 2.000</u></p> <p>Con Delibera n.545/2009 è stato adottato il "percorso oncologico"</p> <p>E' in fase operativa l'ampliamento di offerta con incremento dei posti letto in hospice da 4 a 7. (delibera 466/2010)</p> | <p>Adozione e applicazione del modello di dimissione protetta in base alle risultanze della fase sperimentale attuata nel 2010</p> <p>Prosecuzione interventi per incremento posti letto hospice</p> |
| <p>5. Stesura, deliberazione e pubblicazione della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08</p> | <p>E' stata predisposta una bozza della carta dei diritti del malato a fine vita, che verrà deliberata e pubblicata</p> | |
| <p>6. Adozione del sistema informativo per le cure palliative, ai sensi della DGR 1608/08 e dei criteri d'accesso all'hospice, ove operante, secondo la DGR 3318/08</p> | <p>Sviluppo di un sistema informativo integrato per le cure palliative e dei criteri di accesso all'hospice (DGR 1608/08 e DGR 3318/08)</p> <p><u>Finanziamento richiesto= euro 30.000</u></p> | <p>Utilizzo del sistema informativo integrato</p> <p><u>Finanziamento richiesto= Euro 5.000</u></p> |
| <p>7. L'attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP per quanto di competenza, facendo così convergere, nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la gestione dell'assistenza</p> | <p>Il regolamento UVMD è stato approvato con delibera n.937/2008. Nell'area dei malati terminali la UVMD è coordinata dal Direttore del Distretto (o suo delegato) con la partecipazione dei medici e degli infermieri del NCP, oltre al MMG, alla assistente sociale ed</p> | <p>Il regolamento UVMD è stato approvato con delibera n.937/2008. Nell'area dei malati terminali la UVMD è coordinata dal Direttore del Distretto (o suo delegato) con la partecipazione dei medici e degli infermieri del NCP, oltre al MMG, alla assistente sociale ed</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | altri operatori ritenuti necessari. Nella stessa sede vengono valutate la programmazione, la gestione e la verifica dell'assistenza | altri operatori ritenuti necessari. Nella stessa sede vengono valutate la programmazione, la gestione e la verifica dell'assistenza |
| 8. La disponibilità di tutti i farmaci, ordinariamente ad uso ospedaliero, che si rendessero necessari per l'erogazione di cure palliative a domicilio o in hospice | I farmaci necessari per l'erogazione delle cure palliative a domicilio e in hospice vengono forniti direttamente dalla farmacia ospedaliera (costi 2010: euro 45.821) | I farmaci necessari per l'erogazione delle cure palliative a domicilio e in hospice vengono forniti direttamente dalla farmacia ospedaliera |

| | | |
|---|-------------|-------------|
| B) CRITERI D'INNALZAMENTO DELLA QUALITA' DEI SERVIZI | | |
| CRITERI E AZIONI | 2010 | 2011 |

| | | |
|---|---|--|
| <p>I. Ai sensi dell'art.7, comma 1, L.R. 7/2009, la previsione di un piano di riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri per i malati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita, ritenuti inopportuni, con una parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP.</p> | <p>Collaborazione con il centro di cure palliative pediatriche della regione Veneto e con l'UO di Pediatria dell'Ulss 2 per la presa in carico dei bambini in fase di terminalità su base oncologica, ma anche malformativa o metabolica</p> <p>Finanziamento richiesto = euro 2.000</p> <p>introduzione nei patti aziendali elementi di integrazione con i medici della CA, che si impegnano a ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati <u>Finanziamento richiesto= Euro 16.000</u></p> <p>Predisposizione di una procedura che consenta di fornire, tramite il controllo gestione, il numero di ricoveri ospedalieri per malati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita</p> | <p>Consolidamento ed ampliamento del progetto per presa in carico della terminalità cardiaca e pneumologica con la definizione di protocolli condivisi anche con la medicina convenzionata</p> <p><u>Finanziamento richiesto: euro 36.000 per 1 infermiere a tempo pieno</u></p> <p>Consolidamento dei protocolli di collaborazione con l'UO di neurologia, pneumologia e fisiatria per la presa in carico dei pazienti con SLA (prevalenza: 8 casi/anno, attualmente in carico 4-5 casi/anno)</p> <p>Applicazione della procedura di rilevazione dati sui ricoveri ospedalieri dei malati oncologici</p> <p>Prosecuzione della collaborazione con il centro di cure palliative pediatriche della regione Veneto e con l'UO di Pediatria dell'Ulss 2 per la presa in carico dei bambini in fase di terminalità neoplastica, metabolica e malformativa</p> <p>Avvio di progetto di cure simultanee Oncologia-NCP</p> <p>con la creazione di un ambulatorio di cure palliative presso l'oncologia per la presa in carico precoce al momento della diagnosi e per garantire la continuità delle cure. Per lo sviluppo del progetto è previsto l'impegno del palliativista e infermiere per 1 ora/die per 5 giorni alla settimana + 1h e 30 min per riunione settimanale</p> |
|---|---|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | con personale della oncologia <u>Finanziamento richiesto:</u> <u>medico: euro 20.000</u> <u>infermiere: euro 7.000</u> |
| 2. Istituzione di un servizio attivo anche nei giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica. Il servizio può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale. | Integrazione con il servizio infermieristico domiciliare per una estensione della reperibilità alle giornate festive Finanziamento richiesto = <u>Euro 5.600</u> | Integrazione con il servizio infermieristico domiciliare per una estensione della reperibilità alle giornate festive Finanziamento richiesto = <u>Euro 5.600</u> Servizio attivo nei giorni festivi con 1 infermiere per 4 ore <u>Finanziamento richiesto: euro 10.000</u> |
| 3. Istituzione di una reperibilità medica palliativa per i malati nelle fasce orarie (diurne e notturne) di assenza del servizio attivo | Vedi punto 4. | Vedi punto 4. |
| 4. Istituzione di procedure volte a garantire un supporto clinico , da parte di medici con competenza in cure palliative, al servizio di Continuità Assistenziale, nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo del NCP. Il supporto può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale. | - Analisi di un modello organizzativo che preveda la rintracciabilità telefonica dei medici CP ad uso festivo e notturno Finanziamento richiesto = <u>euro 15.000</u> Introdurre nei patti aziendali elementi di integrazione con i medici della CA, che si impegnano a prendere in carico i pazienti terminali segnalati dai NCP <u>Finanziamento richiesto = euro 10.000</u> | Mantenimento del modello organizzativo per la rintracciabilità telefonica dei medici CP ad uso festivo e notturno Finanziamento richiesto = <u>euro 15.000</u> Introdurre nei patti aziendali elementi di integrazione con i medici della CA, che si impegnano a prendere in carico i pazienti terminali segnalati dai NCP <u>Finanziamento richiesto = euro 26.000</u> |

| | | |
|--|--|--|
| | - introdurre nei patti aziendali elementi di integrazione con i MMG che si impegnano a garantire una presa in carico globale dei pazienti “fragili” e la loro gestione integrata anche con la partecipazione alle UVMD <u>Finanziamento richiesto = euro 55.000</u> | - introdurre nei patti aziendali elementi di integrazione con i MMG che si impegnano a garantire una presa in carico globale dei pazienti “fragili” e la loro gestione integrata anche con la partecipazione alle UVMD <u>Finanziamento richiesto = euro 55.000</u> |
| 5. Consulenza strutturata, definita e deliberata del NCP presso le struttura del sistema d’offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliera e residenziali | Già avviata per i pazienti ospedalizzati (delibera n.861/2008) | Programmazione consulenza palliativista presso strutture residenziali per 2 ore settimanali <u>Finanziamento : euro 6.500</u> |
| 6. L’istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato e i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica | Le riunioni di equipe e la supervisione con psicologo avvengono con frequenza settimanale e riguardano la pianificazione assistenziale, la verifica di esito, l’organizzazione del servizio e il sostegno agli operatori | Le riunioni di equipe e la supervisione con psicologo avvengono con frequenza settimanale e riguardano la pianificazione assistenziale, la verifica di esito, l’organizzazione del servizio e il sostegno agli operatori |

FINANZIAMENTO RICHIESTO PER IL 2010 FINANZIAMENTO RICHIESTO PER IL 2011

| Capitolo | euro | Capitolo | euro |
|--|-------------|---|-------------|
| Personale: | | Personale: | |
| | 45.000 | | 71.500 |
| - medico | 58.000 | - medico | 58.000 |
| - Psicologo | 7.500 | - Psicologo | 43.000 |
| - Pronta disponibilità diurna infermieristica | 5.600 | - Infermiere | 7.500 |
| - Pronta disponibilità festiva infermieristica | 15.000 | - Pronta disponibilità diurna infermieristica | 5.600 |
| | | - Pronta disponibilità festiva | |

| | | | | |
|--|----------------|--|--|---------------|
| - Rintracciabilità medica telefonica | | | infermieristica - Rintracciabilità medica telefonica | 15.000 |
| Collaborazione con il Centro Cure Palliative Regionale pediatriche di Padova | 2.000 | | Collaborazione con il Centro Cure Palliative Regionale pediatriche di Padova | 2.000 |
| Sistema informativo integrato | 30.000 | | Sistema informativo integrato | 5.000 |
| Applicazione patti MMG | 55.000 | | Applicazione patti MMG | 55.000 |
| Applicazioni patti continuità assistenziale | 26.000 | | Applicazioni patti continuità assistenziale | 55.000 |
| Applicazione modelli operativi | 2.000 | | | |
| TOTALE | 246.000 | | TOTALE | 288600 |



AZIENDA ULSS 3 - BASSANO



**AZIENDA
SANITARIA**

● UNITÀ LOCALE SOCIO-SANITARIA N° 3 ●

● REGIONE DEL VENETO ●



Progetto di sviluppo della rete di cure palliative per l'adulto – 2010/2011
art. 11, co.1 L.R. 7/2009

PREMESSA

Presso l'Azienda ULSS n. 3 è istituito, dal 1997, un nucleo di Cure Palliative attualmente costituito da:

- 1 medico palliativista a tempo pieno con funzioni di coordinatore;
- 1 medico palliativista (medico di medicina generale) con contratto di 18 ore settimanali;
- 1 medico palliativista a rapporto libero professionale a 20 ore settimanali;
- 1 psicologa a rapporto libero professionale a 36 ore settimanali;
- 1 psicologo a rapporto libero professionale a 10 ore settimanali;
- 1 infermiera dell'assistenza domiciliare a 32 ore settimanali;
- 1 infermiera dell'assistenza domiciliare a 10 ore settimanali.

Il nucleo è impegnato nelle seguenti funzioni:

Medici palliativisti Il medico coordinatore è delegato per la gestione del nucleo coordinandone le attività (programmazione, relazioni periodiche, formazione e aggiornamento, incontri interni, integrazione con le altre strutture aziendali).

I medici palliativisti svolgono le seguenti attività:

- ❖ Consulenze e valutazione del paziente, candidato alle cure palliative, in Ospedale o a domicilio e in residenza protetta.
- ❖ Gestione dell'ambulatorio per la terapia del dolore oncologico e terapia di supporto.
- ❖ Collaborazione con i MMG nella gestione della terapia del dolore e di interventi mirati alla palliazione che richiedono manovre di competenza anestesologica.
- ❖ Collaborazione con i MMG per particolari manovre interventistiche, per la somministrazione di farmaci di fascia H, per l'organizzazione e l'esecuzione di emotrasfusioni a domicilio.
- ❖ Partecipazione alle UVMD di attivazione e di verifica.
- ❖ Raccolta sistematica dei dati dell'attività.
- ❖ Individuazione e gestione di percorsi diagnostico-curativi facilitati.
- ❖ Integrazione con Hospice per attività assistenziale e sostituzione responsabile in caso di assenza o impedimento.

Psicologa

- ❖ Valutazione psico-sociale iniziale, in ospedale o a domicilio, del paziente e dei familiari per la formulazione del progetto assistenziale.
- ❖ Partecipazione alle Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali (UVMD), di attivazione o di verifica.
- ❖ Attività clinica di sostegno psicologico per pazienti e per i familiari nella fase di malattia e durante il periodo di lutto (a domicilio, in ambulatorio e in Hospice).
- ❖ Attività di consulenza per la S.C. di Oncologia.

- ❖ Supervisione delle dinamiche relazionali e comunicative tra gli operatori dell'équipe curante e pazienti e/o familiari (sia per il personale curante NCP che per quello Hospice).
- ❖ Conduzione di "gruppi di parola" finalizzati al sostegno psico-emozionale degli operatori dell'équipe (infermieri ed operatori socio sanitari) nella presa in carico del paziente oncologico nella fase di terminalità.
- ❖ Raccolta sistematica dei dati dell'attività.
- ❖ Supervisione delle attività del volontariato.
- ❖ Conduzione dei gruppi per l'elaborazione del lutto.
- ❖ Attività di formazione e ricerca.

Infermiere

- ❖ Coordinamento dimissioni protette;
- ❖ Analisi dei bisogni infermieristici
- ❖ Informazione agli utenti e alle famiglie sulle attività dell'assistenza domiciliare;
- ❖ Attivazione forniture ausili e protesi;
- ❖ Raccordo con il servizio infermieristico domiciliare per le diverse attività assistenziali;
- ❖ Raccordo con l'Hospice.

L'assistenza domiciliare viene assicurata dal servizio infermieristico domiciliare (ADI) e dai MMG secondo il progetto personale condiviso in UVMD.

Si è registrato un progressivo incremento dei casi seguiti a domicilio passando da 71 pazienti nel 1998 a 235 nel 2008 con un incremento di tutte le prestazioni assistenziali collegate, raggiungendo una copertura del fabbisogno atteso pari all'84,70%, a fronte di una media regionale del 53.74% (Fonte: stato attuazione DGRV 2989 /2000 – Attività 2008).

L'azienda pertanto, a fronte dei risultati finora conseguiti e alla previsione di un incremento dei bisogni assistenziali del malato neoplastico in fase avanzata, in ambito domiciliare, è impegnata a sviluppare il servizio di cure palliative implementando le necessarie risorse, nell'ottica di un approccio sempre più integrato, continuativo e globale al malato e alla sua famiglia.

IL PROGETTO BIENNALE 2010-2011

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI

L'obiettivo principale dell'Azienda è il potenziamento di un **Nucleo di Cure Palliative interdistrettuale (NCPI)** costituito da medici palliativisti, psicologo, infermieri domiciliari dedicati, operatori socio-sanitari in grado di sviluppare e migliorare l'organizzazione per le cure palliative.

Il NCPI opera su due distretti, il Distretto n. 1 di pianura con 157.000 abitanti e il Distretto n. 2 di Asiago con 21.500 abitanti.

Gli obiettivi specifici che il NCPI intende perseguire nel biennio 2010-2011 sono i seguenti:

- ottimizzare il processo assistenziale mediante la approfondita lettura dei bisogni, la valutazione continua dell'attività svolta, gli adeguamenti organizzativi per rispondere ai bisogni espressi dal paziente e dalla sua famiglia;
- facilitare e sviluppare i rapporti e l'integrazione per la continuità delle cure tra i diversi soggetti aziendali (MMG, CA., SAI e PLS, reparti ospedalieri, hospice,) o extra aziendali (RSA, altri ospedali fuori ULSS) coinvolti nel percorso assistenziale della persona;
- garantire al paziente, con una prognosi infausta a breve, di rientrare al più presto presso il proprio domicilio dopo il ricovero ospedaliero;
- garantire le migliori cure domiciliari e il miglior controllo dei sintomi nelle 24 ore 7 giorni su 7;
- garantire l'effettuazione di interventi rivolti a migliorare la qualità di vita del paziente e dei familiari
- garantire il supporto alla famiglia, la tempestività nell'erogazione dei presidi ed ausili, la tempestività e la multidisciplinarietà degli interventi necessari per rispondere ai bisogni del paziente, ivi comprese le pratiche burocratiche per l'ottenimento delle previdenze previste dalla legge;
- favorire la multidisciplinarietà dell'assistenza e il miglior controllo dei sintomi in particolare nelle ultime ore di vita (48-72 ore)
- favorire, per quanto possibile, il decesso a domicilio;
- assicurare il supporto psicologico al malato e ai familiari, anche dopo il decesso;
- assicurare sostegno psico-emozionale agli operatori dell'équipe nella presa in carico del paziente oncologico nella fase di terminalità;
- evitare quanto più possibile accessi alle strutture specialistiche e ricoveri ospedalieri non necessari;

- garantire, per quanto possibile, l'erogazione presso il domicilio dell'assistenza specialistica necessaria;
- promuovere la formazione di tutti gli operatori coinvolti;
- collaborare con i Comuni e il Volontariato;
- promuovere la cultura delle cure domiciliari delle persone con patologie in fase avanzata e/o terminale nella comunità locale.

Al fine del perseguimento dei succitati obiettivi, il progetto biennale 2010/2011 intende realizzare le azioni di seguito riportate in relazione ai criteri indicati nella nota regionale del 1/9/2010 n. 462720.

| <u>A) CRITERI A CARATTERE VINCOLANTE</u> | <u>AZIONI</u> <u>2010</u> | <u>AZIONI</u> <u>2011</u> |
|---|--|---|
| 1. Il NCPI e il percorso aziendale | <ul style="list-style-type: none"> • Ridefinizione del NCPI nella tecnostuttura aziendale. Delibera. | <ul style="list-style-type: none"> • Stesura e pubblicizzazione della carta dei servizi |
| 2. Personale: | <ul style="list-style-type: none"> • Trasformazione del rapporto l.p. di uno psicologo in rapporto di dirigente psicologo dipendente a tempo pieno | <ul style="list-style-type: none"> • Borsa di studio per 1 psicologo |
| <u>Psicologo</u> | <ul style="list-style-type: none"> • Incarico libero professionale ad uno psicologo per 10 ore settimanali | |
| Personale: | <ul style="list-style-type: none"> • Espletamento pratiche per 1 incarico libero professionale per 20 ore settimanali. | <ul style="list-style-type: none"> • Rinnovo incarico del medico palliativista con aumento monte orario a 36 ore settimanali |
| <u>Medico palliativista</u> | (borsa di studio sostenuta da associazione ONLUS) | |
| Personale: | <ul style="list-style-type: none"> • Incremento orario del personale infermieristico dedicato alla dimissione dei pazienti in cure palliative, all'assistenza domiciliare e agli ambulatori integrati. Totale 2 infermieri a tempo pieno. | <ul style="list-style-type: none"> • Assegnazione di altri 2 infermieri a tempo pieno ed 1 a tempo parziale dedicati alle cure palliative domiciliari. |
| <u>Infermieri</u> | <ul style="list-style-type: none"> • Al momento disponibile 1 OSS a tempo pieno. | <ul style="list-style-type: none"> • Procedure concorsuali con assegnazione di 1 OSS dedicato alle cure palliative domiciliari; |
| Personale: | <ul style="list-style-type: none"> • Avviata collaborazione con i Servizi Sociali dei Comuni per presenza di operatori di assistenza al domicilio di malati terminali | <ul style="list-style-type: none"> • Definizione di un accordo di programma con tutti i Comuni dell'ULSS n. 3 che preveda interventi di assistenza domiciliare strutturati per i malati terminali; |
| <u>O.S.S.</u> | | |

Personale:

Volontario

- Inserimento sperimentale figura del volontario in équipe

- Attività del volontariato a regime.

a. Infermieri;

a. Infermieri;

Servizio attivo dal lunedì al sabato dalle 7 alle 19, attività programmata e reperibilità la domenica dalle 8 alle 20 (4 infermieri reperibili nei 2 distretti)

Servizio attivo dal lunedì al sabato dalle 7 alle 19, attività programmata e reperibilità la domenica dalle 8 alle 20 (4 infermieri reperibili nei 2 distretti)

3. Copertura assistenziale

b. Medici palliativisti:

b.- Medici palliativisti e medici

- Disponibilità dalle ore 8.00 alle 20.00, dal lunedì al venerdì.
- Continuità assistenziale per casi segnalati dall'ADI.

di continuità assistenziale:

Continuità h.24

- Procedura accessibilità diretta in Hospice
- Ambulatorio territoriale nel Distretto n. 1
- Ambulatorio integrato NCPI – Oncologia in Ospedale di Bassano

- Procedura accessibilità diretta in Hospice a regime
- Ambulatorio territoriale nel Distretto n. 1 a regime
- Ambulatorio integrato NCPI –Oncologia in Ospedale di Bassano a regime
- Ambulatorio integrato NCPI –Oncologia in Ospedale ad Asiago
- Protocolli per l'accesso agevolato dei pazienti presso le strutture ospedaliere e territoriali a regime (corsie preferenziali per accertamenti diagnostici, posizionamento cateteri, terapie non eseguibili direttamente dal personale del NCPI, pratiche burocratiche)
- Acquisto apparecchio per prelievo ematologico a domicilio

4. Accessibilità ai

Servizi e continuità assistenziale

Condivisione e implementazione di protocolli per l'accesso agevolato dei pazienti presso le strutture ospedaliere e territoriali (corsie preferenziali per accertamenti diagnostici, posizionamento cateteri, terapie non eseguibili direttamente dal personale del NCPI, pratiche burocratiche)

5. Carta dei diritti del malato a fine vita

- Stesura, deliberazione e pubblicizzazione.

- Percorso consolidato

- | | | |
|--|--|---|
| 6. Sistema informativo | <ul style="list-style-type: none"> • Acquisto e formazione per l'utilizzo del software. | <ul style="list-style-type: none"> • Software a regime • Acquisto n. 2 pc e n.2 stampanti |
| 6. Criteri di accesso in Hospice | <ul style="list-style-type: none"> • Adozione del documento regionale nel percorso NCPI-Hospice | <ul style="list-style-type: none"> • A regime |
| 7. Programmazione e gestione assistenza | <p>Assegnazione funzioni di coordinamento UVMD al NCPI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocollo farmaci H: <p>disponibilità di tutti i farmaci di uso ospedaliero necessari per l'erogazione di cure palliative da parte del NCPI</p> | <ul style="list-style-type: none"> • A regime • Acquisto di n. 1 autovettura |
| 8. Erogazione farmaci | | <ul style="list-style-type: none"> • A regime |

B) CRITERI DI**INNALZAMENTO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI****AZIONI****2010****AZIONI****2011**

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Piano riduzione dei ricoveri | <ul style="list-style-type: none"> • Stesura, deliberazione, attuazione di un piano di riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri negli ultimi 90 giorni di vita ritenuti inop-portuni con una parallela riallocazione risorse umane rese disponibili (Accordo regionale con MMG) | <ul style="list-style-type: none"> • Attuazione a regime di un piano di riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri negli ultimi 90 giorni di vita ritenuti inopportuni con una parallela riallocazione risorse umane rese disponibili. |
| 2. Copertura assistenziale | <ul style="list-style-type: none"> • Servizio infermieristico attivo il sabato dalle 7 alle 19; la domenica e i giorni festivi reperibilità dalle 8 alle 20. • Servizio medico attivo erogato da medici della CA formati in CP nei giorni feriali dalle 20 alle 8, il sabato e i giorni prefestivi dalle ore 10 alle ore 24, la domenica e i giorni festivi h 24. | <ul style="list-style-type: none"> • Servizio infermieristico attivo a regime il sabato dalle 7 alle 19; la domenica e i giorni festivi reperibilità dalle 8 alle 20. • Servizio medico attivo erogato da medici della CA formati in CP nei giorni feriali dalle 20 alle 8, il sabato e i giorni prefestivi dalle ore 10 alle ore 24, la domenica e i giorni festivi h 24. |

- 3. Continuità assistenziale**
- Istituzione e attuazione del protocollo condiviso con CA da parte di medici con competenze in cure palliative, per la copertura nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo del NCPI
 - Percorso formativo per i medici di CA a cura del NCPI
 - Attivazione di un Ambulatorio territoriale NCP
 - Attivazione di un Ambulatorio integrato NCPI –Oncologia in Ospedale di Bassano
- 4. Programmazione e gestione assistenza**
- Consulenza strutturata, definita e deliberata del NCP presso le strutture del sistema sanitario del territorio, sia ospedaliere che residenziali.
 - Corsi di formazione specifici
- 6. Supervisione e sostegno psico-emozionale degli operatori dell'equipe**
- Supervisione su aspetti psico-relazionali ed etici della pratica clinica e assistenziale nelle cure palliative presso il Distretto 2
 - Corsi di formazione specifici
- 7. Assistenza al familiare fragile**
- Attivazione di un gruppo elaborazione lutto condotto dallo psicologo presso il Distretto 1.
- Protocollo condiviso con CA da parte di medici con competenze in cure palliative, per la copertura nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo del NCPI. A regime.
 - Percorso formativo per i medici di CA a cura del NCPI
 - Ambulatorio territoriale NCP presso il Distretto n. 1 a regime.
 - Ambulatorio integrato NCPI – Oncologia in Ospedale di Bassano (Distretto n. 1) a regime.
 - Ambulatorio integrato NCPI – Oncologia in Ospedale di Asiago (Distretto n. 2).
 - A regime
 - Corsi di formazione specifici
 - Supervisione su aspetti psico-relazionali ed etici della pratica clinica e assistenziale nelle cure palliative presso il Distretto n. 2
 - Corsi di formazione specifici
 - Attivazione di un gruppo elaborazione lutto condotto dallo psicologo presso il Distretto 2.

ULSS 4, THIENE**Piano Aziendale per lo sviluppo delle Cure Palliative 2010-2011 nell'ULSS 4 (LR 7/2009, nota Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari 01/09/2010)****A) SITUAZIONE ATTUALE E PROSPETTIVE DELLE CURE PALLIATIVE IN ULSS 4**

Nel periodo 2009-2010 il piano aziendale per le Cure Palliative nell'ULSS 4 ha permesso di consolidare e sviluppare le attività del Nucleo di Cure Palliative (NCP). Aspetti rilevanti sono stati:

- Definizione dei criteri di presa in carico dei malati da parte del NCP;
- Avvio dell'attività di un Ambulatorio del NCP;
- Realizzazione di un "registro dei pazienti eleggibili per le cure palliative";
- Anticipazione della presa in carico del paziente lavorando a stretto contatto con le UUOO Ospedaliere ed in particolare con l'UO di Oncologia Medica;
- La possibilità di utilizzare posti letto Hospice in continuità con le Cure Domiciliari e le Dimissioni protette dall'Ospedale;
- Stretta integrazione ospedale-territorio per i malati in Cure palliative con:
 - collaborazione con le Centrali Operative dell'ADI ed al Gruppo Unico delle dimissioni protette;
 - relazioni con i Medici di medicina Generale, fino alla programmazione in corso di Audit fra MMG in Associazioni ed il Nucleo di Cure Palliative;
- La disponibilità di tutti i farmaci, ordinariamente ad uso ospedaliero, necessari per l'erogazione di cure palliative a domicilio o in hospice;
- Promozione di Audit multiprofessionale sulla qualità dell'assistenza, della comunicazione e della partecipazione dei pazienti e delle famiglie;
- L'istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato e i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica;
- utilizzo di un diario infermieristico informatizzato, disponibile in rete Per il NCP, le UU.OO. ospedaliere ed il MMG;
- Attività per il controllo del dolore con l'integrazione nel NCP di un medico con competenze di terapia antalgica di 2° livello e di prestazioni invasive (peridurali, posizionamento CVC, ect).

Queste iniziative hanno permesso, nel corso del 2009, di incrementare:

- il numero dei malati presi in carico in Cure Palliative;
- la copertura assistenziale negli ultimi 30 giorni di vita;
- i decessi per cancro a domicilio;
- l'uso di oppiacei sul territorio.

Dalla programmazione in corso ci attendiamo:

- ulteriore sviluppo della capacità del NCP in collaborazione con Gruppo Dimissioni Protette, Centrali Operative ADI, UU.OO Ospedaliere e Medici di Medicina Generale, di:
 - identificare i malati che necessitano di Cure Palliative;
 - avviarli alla gestione più appropriata definendo il profilo assistenziale coerente con i bisogni clinico-assistenziali di ciascuno (cure ambulatoriali, domiciliari, in Hospice, in residenze Protette) ;
 - ridurre i ricoveri ospedalieri, e gli accessi al Pronto soccorso negli ultimi 90 giorni di vita;

- Definizione di procedure per il supporto decisionale, da parte del Nucleo di Cure Palliative, al servizio di Continuità Assistenziale.
- Istituzione di un servizio di reperibilità dei Medici del Nucleo di Cure Palliative nei giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica.
- Sviluppo del Sistema informativo delle Cure Palliative, integrato con il Distretto, la Medicina Generale, la Continuità Assistenziale e le UUOO Ospedaliere.

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

Il Nucleo di Cure Palliative (NCP)

Afferisce al Nucleo Cure Palliative il seguente personale:

- UO Cure Primarie: 1.5 medici palliativisti t.p.e., 8 infermieri t.p.e., 1 OSS t.p.e., assistente sociale al bisogno
- UO Oncologia Medica: 1 coordinatore infermieristico t.p.e., 1 OSS t.p.e.
- UO Anestesia e Rianimazione: 0.5 medico terapista del dolore t.p.e
- OLOSMED, nell'ambito di una convenzione con l'ULSS4 mette a disposizione un medico Oncologo-Palliativista t.p.e con funzione di referente del NCP (Dr. Franco Figoli), 1.5 infermiere t.p.e., 1.5 psicologa t.p.e., 1 operatore amministrativo per lo sportello Oncologico e l'ambulatorio di Cure Palliative.

Collaborano con il NCP i Medici di Medicina Generale, i Medici di Continuità Assistenziale, gli operatori delle UU.OO Ospedaliere e delle Cure Primarie coinvolti nella gestione dei malati in Cure Palliative.

Le sedi di attività del NCP sono oltre all'Ambulatorio di Cure Palliative, l'Ospedale di Comunità, il domicilio del malato, sede dell'attività assistenziale, il reparto di degenza quando è richiesta al NCP la presa in carico del malato stesso.

Descrizione sintetica delle caratteristiche dei malati

La persona malata di cancro, può trovarsi nella condizione di non guaribilità e quindi candidata a Cure Palliative, quando, dopo la diagnosi di una malattia tumorale, seguita o meno da trattamento, viene escluso un approccio terapeutico finalizzato alla guarigione della malattia.

In questi malati sono frequenti :

- sintomo dolore o altri sintomi
- prognosi quod vitam \leq a 90gg
- Indice di Karnofsky \leq 60
- bisogni di terapie ed interventi di supporto, nutrizionali, derivati del sangue, idrosalini e polivitaminici ...

Alla luce del concetto di simultaneous care, previsto anche nell'ultimo piano oncologico, quale modello organizzativo per offrire il miglior percorso di cura e per la continuità assistenziale, questi malati possono essere candidati a:

- Presa in carico contemporanea tra UO Ospedaliere (in primis UO Oncologia) e UO cure palliative per malati con malattie tumorali che si manifestano alla prima diagnosi con prevalenza di sintomi e problematiche di supporto (es tumori polmonari e vie biliari non operabili);
- Ricorso ad un approccio di cure palliative per bisogni globali propri e della famiglia, soprattutto il quella fase definita come intermedia perchè non sono presenti le condizioni

per l'assistenza domiciliare e le cure oncologiche sono concluse o quasi al termine, per progressione di malattia. Questa fase è riconosciuta come di instabilità psicologica per malati e famiglie ma anche assistenziale in un momento in cui aumentano i sintomi e le incertezze.

Caratteristiche di eleggibilità dei malati per i programmi di cure palliative sono:

- diagnosi di malattia tumorale non guaribile con valutazione da parte dell'equipe curante di non possibilità di ulteriori trattamenti oncologici;
- diagnosi di malattia tumorale non guaribile, che durante trattamento oncologico evidenzia sintomi e/o problematiche clinico assistenziali, che richiedono un approccio palliativo
- comparsa di sintomi e/o problematiche clinico assistenziali, che richiedono un approccio di Cure Palliative, in qualsiasi fase del percorso di malattia (simultaneous care).

Attori e strumenti operativi

- Il medico di medicina generale è responsabile della gestione del malato; è un componente del NCP e partecipa con i servizi dell'UO Cure Primarie e con il NCP alla valutazione per l'attivazione del percorso clinico assistenziale più adeguato ai bisogni del malato e della sua famiglia;
- Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD): strumento con il quale operatori e professionisti insieme a famiglie e malati definiscono e formalizzano il progetto clinico-assistenziale, da realizzare nei vari setting assistenziali della rete: domicilio, RSA, posti tipo Hospice in ospedale di comunità
- Ambulatorio del NCP: è sede di attività diagnostico- terapeutiche per malati ambulatoriali; partecipa con il MMG e gli operatori delle Cure Primarie, alla definizione del programma clinico assistenziale del malato; coinvolge la famiglia quale unità terapeutica per il malato, con la partecipazione a programmi. Svolge attività di monitoraggio del decorso in previsione dell'attivazione di assistenza domiciliare, nella fase della malattia in progressione cosiddetta intermedia.
- Cure domiciliari (CD): Strumento Distrettuale dedicato all'Assistenza dei Malati a domicilio. È articolato in diversi profili assistenziali ad intensità crescente, con il coinvolgimento multiprofessionale secondo i bisogni del malato. L'attivazione dei vari profili assistenziali, da quello infermieristico, congiunto MMG ed infermiere, a quello multi professionale e specialistico, è proposta dal MMG e dagli Operatori del NCP dopo averlo concordato con quest'ultimo.
- La Centrale Operativa delle Cure Primarie, fornisce il supporto operativo per la programmazione ed il coinvolgimento di operatori e professionisti.
- Posti tipo Hospice presso Ospedale di Comunità
l'Ospedale di comunità amplia l'offerta assistenziale per i bisogni dei malati in cure palliative, poiché si colloca in modo "dinamico" nella rete dei servizi. Cioè il malato in fase avanzata di malattia per necessità cliniche o bisogni della famiglia può usufruire in via transitoria di un ricovero presso i posti Hospice dell'ospedale di comunità. La gestione dei malati in Ospedale di Comunità, prevede:
 - Il medico referente garantisce la continuità della gestione clinica del malato
 - ricoverato presso l'ospedale di comunità e facilita le procedure di ingresso e dimissione.
 - Gli Operatori del NCP per consulenza e gestione in continuità con ANCP
 - Il Gruppo Unico Dimissioni Protette che governa l'ingresso e la dimissione dall'Ospedale di Comunità,
 - La collaborazione con il MMG garantisce la continuità assistenziale con il domicilio

- La programmazione degli interventi di assistenza sociale afferiscono alle competenze distrettuali, dipartimentali e comunali secondo i bisogni ed il setting in cui si realizza il programma clinico-assistenziale del malato e della famiglia.

ATTUALI RISULTATI DEL NCP

Nel 2009 il NCP ha seguito 364 pazienti, con una durata mediana di presa in carico pari a 101 giorni; il 76% è stato segnalato anticipatamente dall'ospedale. Il numero assoluto di questi pazienti corrisponde al 70% circa dei deceduti per cancro, realizzando quindi l'obiettivo 1 del DM 43/2007. I 165 pazienti assistiti dal NCP che sono morti nel corso del 2009 hanno ricevuto un numero di giornate di assistenza (domiciliari o ambulatoriali) pari ad un CIA di 55%, che sale al 65% nell'ultimo mese di vita, raggiungendo quindi gli standard previsti dall'obiettivo 4 del DM 43/2007.

B) CRITERI DI PROGETTAZIONE PER IL PIANO DI SVILUPPO NCP

Criteria a carattere vincolante

| SITUAZIONE ATTUALE | Obiettivi di piano per il 2010 | Obiettivi di piano per il 2011 |
|---|--|---|
| Il Nucleo di Cure Palliative (NCP) è stato costituito ai sensi dell'art.2 della LR 7/2009 con Delibera n. 407 del 15/06/2006, in coerenza con l'organizzazione aziendale, che prevede un unico Coordinamento Distretti, un unico Dipartimento Cure Primarie ed un'unica Centrale Operativa per il coordinamento delle Cure Primarie. Per evitare il maggior onere orario per lo spostamento del personale gli infermieri invece sono organizzati funzionalmente nel territorio in 2 nuclei territoriali, operativi presso le sedi di Distretto. | Per il 2010 è previsto l'adeguamento della Delibera 407 alla LR 7/2009 (affidamento competenze e funzioni, raggiungimento degli standard di personale) | |
| Lo standard di personale previsto dal comma 3 dell'art. 10 LR 7/2009 prevede che il NCP dell'ULSS 4 sia composto da 1.9 unità t.p.e. di medico palliativista, 1.9 unità t.p.e. di psicologo, 5.7 t.p.e. di infermiere professionale e e 3.8 t.p.e. di OSS Lo standard attuale è così composto: - 3.0 unità t.p.e di Medici esperti in Cure Palliative; - 8 unità t.p.e di Infermieri per le Cure Palliative Domiciliari e 2.5 unità t.p.e. (1 Coordinatore e 1.5 Infermieri) per le Cure | | Destinazione al NCP di ulteriori 0.5 t.p.e. di psicologo e 0.5 t.p.e di medico terapeuta del dolore |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Palliative Ambulatoriali; - 1.5 unità t.p.e. di psicologo; - 2 unità t.p.e. di OSS; lo standard infermieristico è a copertura di quello previsto per gli OSS</p> | | |
| <p>Il servizio infermieristico domiciliare è attivo dal lunedì al venerdì per 12 ore al giorno ed è completato dalla reperibilità h24 della Centrale Operativa delle Cure Primarie. Il servizio medico è attivo per 12 ore al giorno, mentre l'ambulatorio NCP è aperto per 4 ore al giorno dal lunedì al venerdì.</p> | | |
| <p>I protocolli di accesso facilitato al sistema d'offerta dell'Azienda – in particolare per le prestazioni invasive, che rappresentano l'elemento di maggiore criticità - per i malati assistiti dal NCP, ai sensi dell'art.6, comma 2, L.R.7/2009 necessari sono stati descritti all'interno della Delibera n. 942 del 04/12/2008</p> | <p>Definizione dei protocolli e attivazione di un ambulatorio dedicato per la terapia antalgica di secondo livello (cateteri peridurali ...) e le prestazioni invasive (CVC, port-cath, ...), gestito da un Medico terapeuta del dolore e un infermiere. Accordo operativo con il Dipartimento chirurgico per accesso facilitato a piccoli interventi (PEG.....),</p> | <p>Revisione dei protocolli degli interventi eseguibili a domicilio e/o presso l'ambulatorio di Cure palliative o c/o altri servizi ospedalieri Perfezionamento di accordi con centri di riferimento provinciale e/o regionale per prestazioni non eseguibili in azienda (es Radioterapia antalgica)</p> |
| <p>La carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR 1609/08 è già stata stesa.</p> | <p>Adozione e discussione in equipe in tutte le UO. della carta dei Diritti dei malati a fine vita e con dolore. Diffusione nelle U.O. ospedaliere e presso i malati domiciliari ed i loro familiari.</p> | <p>Documentazione in cartella e discussione delle scelte del paziente e della sua famiglia rispetto al luogo di cura e di morte</p> |
| <p>Il sistema informativo per le cure palliative ai sensi della DGR 1608/08 è già stato sviluppato in locale e sono stati adottati i criteri di accesso all'hospice, ove attivato, ai sensi della DGR 3318/08</p> | <p>I pazienti in cure palliative (cure simultanee e cure al termine del protocollo di cure attive) vengono evidenziati nel fascicolo sanitario dell'utente accessibile al MMG, al MCA ed al Pronto Soccorso e nel sistema informatico delle Cure domiciliari (SID-ADI). La presa in carico del paziente richiede la codifica ICD9 e ICPC della diagnosi, la valutazione dell'indice di Karnovsky e la condivisione della STAS tra medico palliativista e infermiere</p> | <p>Rilevazione e codifica – sulla base delle indicazioni fornite dall'Osservatorio Regionale sulle Cure Palliative - del dolore, dei sintomi stressanti, dei bisogni psicosociali e dello stress psicofisico ed emozionale del caregiver.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| Il Nucleo di Cure palliative già svolge routinariamente le UVMD ospedaliere, ambulatoriali e domiciliari | | |
| E' stato formalizzata all'interno della CTA la disponibilità delle specialità medicinali a base di midazolam per i pazienti extraspedalieri afferenti al NCP. | stesura di protocolli per la fornitura di farmaci e dietoterapici a pazienti con cancro dell'esofago, della testa e del collo oncologici (non ADIMED) presenti sul territorio | stesura di protocolli per la fornitura di farmaci ospedalieri (OSP1) a pazienti assistiti sul territorio |

Criteria di innalzamento della qualità dei servizi

| SITUAZIONE ATTUALE | Obiettivi di piano per il 2010 | Obiettivi di piano per il 2011 |
|--|--|--|
| Il piano per la riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri relativi ai ricoveri negli ultimi 90 giorni di vita, considerati inopportuni, con parallela riconversione delle risorse ospedaliere in risorse NCP è riportato in allegato. Per il triennio 2006-2008 si rilevano in media 231 persone per un con un ricovero inopportuno negli ultimi 3 mesi, per un totale di 506 ricoveri e 7.181 giornate di degenza | Riduzione del 5% dei ricoveri ordinari nei reparti medici, considerati inopportuni, con adeguamento degli standard di personale del NCP | Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari nei reparti medici, considerati inopportuni, con potenziamento degli standard di personale del NCP |
| Il servizio infermieristico è già attivo il sabato (7,30-17,30) e la domenica ed i giorni festivi infrasettimanali (8,00-12,00). La copertura complessiva del servizio infermieristico (servizio attivo+reperibilità) è pari a 24/24 h per 7/7 gg./settimana | | |
| La reperibilità medica palliativa verso il MMG e gli infermieri del NCP nelle fasce orarie diurne (7,30-17,30) è già attivata per alcuni casi selezionati ad elevata instabilità | Reperibilità medica palliativa verso il MMG e gli infermieri del NCP nelle fasce orarie diurne (7,30-17,30) per tutti i malati NCP. Individuazione e formazione di un gruppo di MCA particolarmente motivati alle Cure Palliative | Supporto clinico al servizio di Continuità Assistenziale nelle fasce di assenza del servizio attivo |
| La consulenza del NCP presso le strutture ospedaliere avviene routinariamente attraverso una presa in carico condivisa dei pazienti oncologici con bisogno temporaneo di cure palliative e di quelli in prossimità della conclusione dei trattamenti attivi. Il Servizio Infermieristico per le Dimissioni Protette della Centrale | Individuazione del responsabile NCP quale responsabile dell'hospice. Definizione dei protocolli di consulenza per i pazienti ospitati in strutture residenziali | Formalizzazione dei protocolli con le strutture residenziali e l'ospedale di Comunità. |

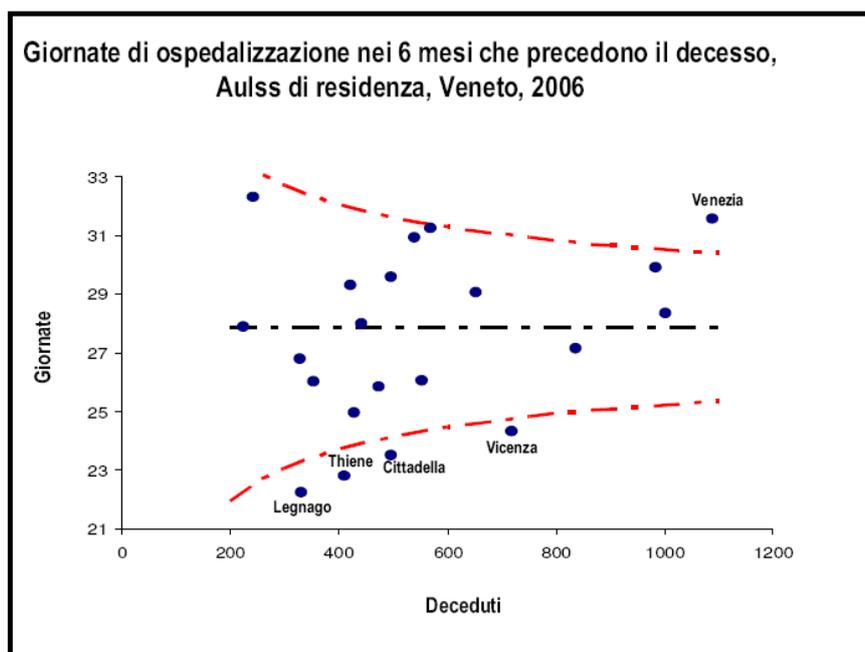
| | | |
|--|---|---|
| <p>Operativa delle Cure Primarie effettua un accesso strutturato alle UO del Dip.to Medico e U.O. di Chirurgia per la presa in carico tempestiva dei pazienti fragili, con compilazione/condivisione del diario infermieristico da parte della Coord.Inf. Ospedaliero e del Coordinatore Infermieristico del Territorio</p> <p>La consulenza NCP per le strutture residenziali è già stata avviata per casi selezionati.</p> | | |
| <p>La supervisione periodica del personale viene effettuata con una riunione settimanale di tutta l'equipe del NCP a scopo programmatico.</p> <p>Con cadenza mensile sono effettuati su aspetti attinenti la conduzione delle cure cliniche e la relazione con il malato e i suoi familiari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un incontro tra referente del NCP, coordinatore infermieristico della Centrale Operativa delle Cure Primarie ed equipe infermieristica - un incontro tra psicologo ed equipe infermieristica | <p>Audit clinico con ciascun forma associativa della MG per la discussione dei casi seguiti dal NCP</p> | <p>Effettuazione delle UVMD in videoconferenza con gli studi delle forme associative della MG</p> |

C) RIDUZIONE DEI RICOVERI INOPPORTUNI DEI PAZIENTI ONCOLOGICI IN FINE VITA

L'Osservatorio Regionale sulle Cure Palliative propone come indicatore il numero di pazienti oncologici con almeno un ricovero in un reparto medico ordinario negli ultimi 90 giorni, rilevando per l'ULSS 4 un valore di 317 pazienti, pari a 17.7 per 10.000 ab. Questo valore viene ricavato come estrapolazione dei dati del registro tumori del Veneto, cui l'ULSS 4 non partecipa.

Per poter attivare dei processi di audit interno è necessario fare riferimento all'elenco dei pazienti reali che sono andati incontro ad un ricovero inopportuno; a tal fine il punto di partenza considerato è l'elenco dei pazienti deceduti per cancro, che è di regola disponibile in ULSS con circa 6 mesi di ritardo e si riferisce a tutta la popolazione dei pazienti oncologici in fine vita (presi o non presi adeguatamente in carico dal NCP). Il numero di deceduti per cancro tende (per motivi legati all'invecchiamento della popolazione e dall'attrazione esercitata dalle strutture residenziali e dall'hospice) ad aumentare nell'ULSS 4 del 3.5% annuo; secondo questa stima i deceduti per cancro saranno 534 nel 2009 e 553 nel 2010.

Considerando la media degli anni 2006-2008 il numero di pazienti con ricovero inopportuno è pari 231/anno, il numero medio di ricoveri inopportuni è pari a 506/anno e il numero di giornate di degenza è pari a 7,181/anno. I corrispondenti tassi per 10.000 abitanti sono verosimilmente già molto al di sotto degli standard regionali, come è desumibile anche da un precedente studio dell'ARSS sui ricoveri evitabili.



La costituzione – avvenuta nel febbraio 2009 - del NCP, strettamente integrato con il dipartimento di cure primarie e l'unità operativa di oncologia può incidere in maniera sensibile sulla ulteriore riduzione dei ricoveri inappropriati, che pure sono già bassi rispetto allo standard regionale. Gli obiettivi fissati per il 2010-2011 sono i seguenti:

- anno 2010: performance migliore vs. media regionale e ulteriore riduzione di almeno il 5%
- anno 2011: performance migliore vs. media regionale e ulteriore riduzione di almeno il 10%

Obiettivi di riduzione dei ricoveri inopportuni per l'ULSS 4

| | Riferimento | | | Obiettivi di riduzione dei ricoveri inopportuni | |
|--------------------------------------|-------------|-------------------------|----------------|---|-------|
| | 2006-2008 | | | 2010 | 2011 |
| | N | vs. deceduti per cancro | Tasso x 10.000 | N | N |
| Numero deceduti per cancro | 516 | | 1,358.6 | 534 | 553 |
| N deceduti con ricoveri inopportuni | 231 | 44.8% | 608.2 | 227 | 212 |
| Numero di ricoveri inopportuni | 506 | 0.98 | 1,332.2 | 497 | 464 |
| Giorni di degenza negli ultimi 90 gg | 7,181 | 13.92 | 18,906.5 | 7,060 | 6,580 |

Si prevede un abbattimento di almeno 19 ricoveri nel biennio 2010-2011, considerando come potenzialmente inopportuno l'ultimo ricovero medico ordinario avvenuti negli ultimi 90 gg di vita. Applicando a ciascun ricovero il costo di Euro 3,798.2 (Fonte: Osservatorio Regionale Cure Palliative) si ottiene per il biennio un risparmio di circa 74,000 Euro, che verrà destinato come indicato al potenziamento degli standard di personale del NCP

| |
|----------------------------------|
| AZIENDA ULSS 5, ARZIGNANO |
|----------------------------------|

Nucleo Cure palliative - U.L.SS. 5
**Schema del Progetto Esecutivo 2010-2011 per lo sviluppo
delle reti di cure palliative dell'adulto**

Obiettivi di salute e organizzativi

- a) Sviluppo di un nucleo di cure palliative autonomo, afferente al distretto, come punto di riferimento per la continuità assistenziale dei pazienti in fase di terminalità;
- b) Adeguamento del personale a disposizione nel rispetto delle Disposizioni transitorie L.R. n. 7 – 4/2009;
- c) Promozione della domiciliarità e riduzione dei ricoveri ospedalieri negli ultimi mesi di vita;
- d) Incremento dell'attenzione al trattamento del dolore e del consumo di farmaci oppioidi;
- e) Presa in carico precoce dei pazienti;
- f) Garantire la continuità dell'assistenza e la gestione multidisciplinare dei pazienti;
- g) Migliorare i processi informativi e di feed-back dell'efficienza delle cure prestate;
- h) Estendere la presa in carico ai pazienti terminali non oncologici;**
- i) Formazione continua del personale coinvolto nella cura dei malati terminali.**

Criteri a carattere vincolante

| CRITERI E AZIONI | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|-------------|
| <p style="text-align: center;">OBIETTIVO A</p> <p>Ai sensi dell'art.2 della L.R.7/2009 ogni A.ULSS deve provvedere alla costituzione di un Nucleo di Cure Palliative (di seguito NCP) per area distrettuale. Documentandone le ragioni, qualora le dimensioni di un distretto fossero contenute o risultasse più conveniente organizzativamente, è possibile provvedere alla costituzione di NNCP interdistrettuali o aziendali</p> | <p>Sviluppo di un nucleo di cure palliative operante nell'ambito del circuito oncologico ospedale / territorio.</p> | <p>Istituzione con delibera del Direttore Generale 275 del 27/05/2010 di una Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale "Nucleo per le terapie palliative", afferente al distretto e autonoma.</p> | |

| OBIETTIVO B | L'ULSS 5 conta attualmente circa | L'ULSS 5 conta attualmente circa | L'ULSS 5 conta attualmente circa |
|--|--|--|---|
| <p>In attesa della definizione di standard di personale e di funzionamento (ai sensi dell'art. 4, comma 1, L.R. 7/2009) i NNCP devono essere composti da quanto previsto all'art. 10 comma 3, L.R. 7/2009, quale soglia di garanzia di risorse al servizio per i cittadini. Il personale impegnato va inteso ordinariamente a tempo pieno, preferibilmente con una specifica e documentata formazione ed esperienza in cure palliative. Sono possibili coperture di quanto previsto anche con incarichi secondo frazioni non inferiori al 50% del debito orario settimanale previsto contrattualmente per ciascuna figura professionale (pari quindi ad almeno 19 ore settimanali per il medico e lo psicologo, e 18 ore settimanali per le altre figure professionali). Se le dimensioni del territorio di competenza del NCP superano il bacino indicato (100.000 abitanti), la quota minima di personale andrà integrata in misura proporzionale. Lo stesso criterio si applica qualora i NNCP fossero a bacino interdistrettuale o aziendale. Se attuata</p> | <p>180000.</p> <p>Personale medico: 1 medico palliativista. Richiesta di assegnazione di 1 ulteriore medico palliativista.</p> <p>Personale infermieristico: 3 infermieri già assunti presso il territorio (punti ADI), dedicati al nucleo di cure palliative.</p> <p>Personale Psicologo: 1</p> | <p>180000.</p> <p>Personale medico: espletamento pratiche per un incarico libero professionale per medico palliativista che prenderà servizio dal 01/10/10 per 38 ore settimanali (tot. 2 medici palliativisti).</p> <p>Personale infermieristico: richiesta di assegnazione di altri 3 infermieri dedicati per le cure palliative domiciliari, da assumere con i fondi regionali attribuiti (tot. 6 infermieri dedicati). Vista l'attuale carenza di disponibilità infermieristica presso questa ULSS, in alternativa si richiederà di dedicare ulteriori 3 infermieri, già assunti presso i punti ADI, al nucleo di cure palliative (tot. 6 infermieri dedicati)</p> | <p>180000.</p> <p>Personale medico: richiesta di trasformazione del rapporto libero professionale del medico palliativista in rapporto di dirigente medico dipendente a tempo pieno. Richiesta di assegnazione di 1 ulteriore medico palliativista (tot. 3 medici palliativisti).</p> <p>Personale infermieristico: richiesta di assegnazione di altri 3 infermieri dedicati per le cure palliative domiciliari (tot. 9 infermieri dedicati).</p> |

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>una soluzione organizzativa interdistrettuale o aziendale, a tutela delle stesse condizioni d'accesso e disponibilità del servizio, è necessario documentare come s'intende recuperare in tempo di assistenza diretta il maggior onere orario per lo spostamento del personale, derivante da un'unica sede di servizio per un territorio non coincidente con quello di un distretto. Il personale va inteso al netto di quello impegnato per l'assistenza in hospice, qualora operante, essendo quest'ultimo definito ai sensi della normativa vigente per l'autorizzazione al funzionamento della struttura residenziale.</p> | <p>psicologo già assunto presso l'unità di Oncologia.</p> | <p>Personale Psicologo: in considerazione della mancata disponibilità continuativa dello psicologo in forze all'Oncologia, si fa richiesta di assegnazione di 1 psicologo dedicato per l'assistenza psicologica dei pazienti terminali e delle famiglie, con contratto L.P. di almeno 19 ore settimanali (tot. 1 psicologo dedicato).</p> <p>Personale OSS: richiesta assegnazione di 2 unità personale OSS.</p> | <p>Personale OSS: richiesta assegnazione di 2 ulteriori unità personale OSS (tot. 4).</p> |
|---|---|--|---|

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>OBIETTIVO C-D-E-F</p> <p>Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì</p> | <p>Personale medico: servizio attivo dal lunedì al venerdì dalle 08.00 alle 20.00.</p> <p>Personale infermieristico: servizio attivo dal lunedì al venerdì dalle 07.30 alle 19.30, il sabato dalle 07.00 alle 13.00. Reperibilità attiva il sabato dalle 13.00 alle 19.00, la domenica dalle</p> | <p>Già garantita reperibilità telefonica da parte dei medici palliativisti, estesa alle 24 ore, compresi i festivi e il sabato e domenica.</p> | <p>Mantenimento degli standard acquisiti. Eventuale implementazione vincolata dall'erogazione del finanziamento richiesto e dal personale a disposizione.</p> |
|---|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | 07.00 alle 19.00. | | |
| OBIETTIVO E Presa in carico precoce dei pazienti | Già assicurata presa in carico dei pazienti segnalati in tempo inferiore a 3 giorni, con particolare priorità ai pazienti instabili. | Mantenimento e miglioramento degli standard raggiunti. | Mantenimento e miglioramento degli standard raggiunti. |
| OBIETTIVO D-I Incremento dell'attenzione al trattamento del dolore e del consumo di farmaci oppioidi. | | Impegno da parte del nucleo di cure palliative a diffondere la cultura dell'uso degli oppioidi tra le figure coinvolte nella cura dei pazienti terminali (programma di formazione aziendale). Verifica dell'aumento percentuale dell'utilizzo di farmaci oppioidi e monitoraggio informativo del consumo. | Proposta di percorsi formativi e materiale informativo per medici di medicina generale e della continuità assistenziale. |
| OBIETTIVO C-F Ai sensi dell'art.6, comma 2, L.R.7/2009, la definizione scritta e deliberata di protocolli di accesso facilitato al sistema d'offerta dell'Azienda, nonché alle strutture private accreditate, per i malati assistiti dal NCP, qualora abbisognino di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP. In particolare, vanno facilitati gli accessi ai servizi ospedalieri, nonché gli eventuali ricoveri che si rendessero necessari. | | Con delibera num. 446 del 27/08/2010 garantito l'accesso prioritario (entro 12 ore) presso l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale o a domicilio per pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata. Per i pazienti non autosufficienti o in condizioni in rapido scadimento è garantita la priorità di accesso presso le strutture territoriali (ospedale di comunità, posti letto dedicati nelle residenze protette). Attualmente in definizione protocolli di accesso facilitato ai servizi ospedalieri, da concordare coi rispettivi Direttori. Le Unità Operative coinvolte sono le seguenti: <ul style="list-style-type: none"> • Radiologia; • Otorinolaringoiatria; • Neurologia; • Servizio nutrizionale; • Unità Operativa | Verifica dell'efficienza dei protocolli instaurati, eventuale modifica degli stessi o implementazione secondo necessità. |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Semplice di Patologia Respiratoria;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Day Hospital diurni di Oncologia, Medicina Interna e Geriatria. <p>I protocolli sono in via di definizione, con prevista delibera della Direzione Generale entro Dicembre 2010, successivo utilizzo entro Febbraio 2011.</p> | |
|--|--|---|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>OBIETTIVO C-D</p> <p>Stesura, deliberazione e pubblicizzazione della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08</p> | | <p>Stesura della carta dei diritti del morente, con deliberazione della Direzione Generale il 27/09/2010. Prima pubblicizzazione mediante invio di mail ai direttori delle Unità Operative Ospedaliere, ai medici di Medicina Generale, ufficio relazioni con il pubblico e altri interessati.</p> | <p>Stampa e distribuzione fisica della carta dei diritti del morente presso le Unità Operative Ospedaliere, i medici di Medicina Generale, i punti informativi all'interno delle strutture ospedaliere e le principali associazioni di volontariato.</p> |
| <p>OBIETTIVO G</p> <p>L'integrazione nel progetto del sistema informativo per le cure palliative, ai sensi della DGR 1608/08 e dei criteri d'accesso all'hospice, ove operante, secondo la DGR 3318/08.</p> | <p>Già presente iniziale database elettronico dell'attività svolta dal nucleo di cure palliative.</p> | <p>Implementazione del database mediante adeguamento del software in dotazione, condiviso e utilizzato da tutti i membri dell'equipe di cure palliative al fine di rispettare gli standard di informazione riguardo gli indicatori di qualità sanciti dal DGR 1608/08.</p> | <p>Mantenimento e miglioramento degli standard raggiunti.</p> |
| <p>OBIETTIVO C-E</p> <p>L'attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP per quanto di competenza, facendo così convergere, nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la gestione dell'assistenza.</p> | <p>Funzioni di UVMD già attribuita al nucleo di cure palliative, prevalentemente per pazienti oncologici con necessità di cure palliative.</p> | <p>Allargamento delle funzioni di UVMD attribuita al nucleo di cure palliative anche per patologie non neoplastiche in pazienti con necessità di cure palliative.</p> | <p>Verifica delle procedure attivate e dell'efficacia dei percorsi proposti.</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>OBIETTIVO C-D-F</p> <p>La disponibilità di tutti i farmaci, ordinariamente ad uso ospedaliero, che si rendessero necessari per l'erogazione di cure palliative a domicilio o in hospice.</p> | <p>Già approvato protocollo di utilizzo di farmaci ospedalieri (Midazolam e Acido Zoledronico) all'interno dell'ospedale di comunità sul territorio.</p> | <p>E' in atto la stesura di percorsi condivisi per la fornitura a domicilio e presso le case di riposo di farmaci ospedalieri particolarmente utili nel paziente terminale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ipnovel • Zometa • Ibifen • Perfalgan • Altri secondo esigenza (es. antibiotici, altri sedativi o antidolorifici) <p>L'utilizzo a regime di tali farmaci a domicilio è previsto a breve con la validazione del percorso, nel mentre si è avviato mediante richieste per singolo caso previ accordi con la farmacia ospedaliera.</p> | <p>Utilizzo a regime dei farmaci ospedalieri che si rendano necessari a domicilio. Proposta di creazione di un piccolo deposito dei farmaci di maggiore utilizzo presso la sede del nucleo di cure palliative, in accordo con la farmacia ospedaliera che fornisce i farmaci nel rispetto della normativa vigente.</p> |
|---|--|---|--|

Criteri d'innalzamento della qualità dei servizi

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>OBIETTIVO C-I</p> <p>Ai sensi dell'art.7, comma 1, L.R. 7/2009, la previsione di un piano di riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri per imalati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita, ritenuti inopportuni, con una parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a</p> | <p>Disponibilità telefonica dei medici palliativisti estesa alle 24 ore, compresi i festivi e prefestivi. Tale disponibilità è data oltre che a tutti i pazienti presi in carico, anche a tutti i reparti di degenza, le case di cura, l'ospedale di comunità, i medici di medicina generale e della continuità assistenziale.</p> | <p>Implementazione della collaborazione con i medici della continuità assistenziale e con i medici di medicina generale: incontri trimestrali per configurare e verificare la gestione in emergenza dei pazienti morenti. Miglioramento della comunicazione tra NCP e servizio di continuità assistenziale per la segnalazione dei pazienti con particolare criticità. Sviluppo condiviso di protocolli di sedazione e controllo</p> | <p>Verifica della fattibilità del progetto, stesura, deliberazione e attuazione dello stesso.</p> <p>Estendere la presa in carico da parte dell'unità di cure palliative anche ai pazienti non oncologici (in particolare cardio-pneumopatie croniche e patologie neurologiche).</p> |
|---|--|--|--|

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>domiciliare. A supporto della progettazione dei piani di rientro dai ricoveri ospedalieri inopportuni, il Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore (di seguito Coordinamento) e il Registro Tumori del Veneto hanno predisposto tavole specifiche, descrittive o di stima, degli andamenti dei ricoveri nelle singole Aziende</p> | | <p>del dolore, al fine di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri.</p> <p>Avviare percorsi condivisi con il Pronto Soccorso, con disponibilità di consulto telefonico con i medici palliativisti, al fine di evitare ricoveri ospedalieri impropri e per una migliore gestione del paziente affetto al Pronto Soccorso.</p> <p>Data la mancanza presso questa ULSS di strutture Hospice, sviluppo di percorsi prioritari per l'accesso presso l'ospedale di comunità per pazienti con sintomatologia tale da non essere gestibile dalla famiglia e dall'equipe di cure palliative a domicilio.</p> <p>Miglioramento del sistema di raccolta dati e diario clinico presente al domicilio del paziente, in modo da rendere più chiare le informazioni sullo stato di salute del malato alle diverse figure professionali coinvolte.</p> <p>Il progetto è in fase di discussione con la Direzione Generale.</p> | |
| <p>OBIETTIVO C-D-F</p> <p>Istituzione di una reperibilità medica palliativa per i malati nelle fasce orarie (diurne e notturne) di assenza del</p> | | <p>Disponibilità telefonica dei medici palliativisti estesa alle 24 ore, compresi i festivi e prefestivi.</p> | <p>Mantenimento e miglioramento degli standard raggiunti.</p> |

| | | | |
|------------------|--|--|--|
| servizio attivo. | | | |
|------------------|--|--|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>OBIETTIVO C-D-F-I</p> <p>Istituzione di procedure per garantire un supporto clinico al servizio di Continuità Assistenziale, da parte di medici con competenza in cure palliative, nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo del NCP. Il supporto può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale.</p> | | <p>Oltre alla suddetta disponibilità telefonica continuativa dei medici palliativisti, già presente, è prevista implementazione della collaborazione con i medici della continuità assistenziale tramite incontri trimestrali, miglioramento della comunicazione tra NCP e servizio di continuità assistenziale per la segnalazione dei pazienti con particolare criticità e sviluppo condiviso di protocolli di sedazione e controllo del dolore, al fine di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri.</p> | <p>Verifica della fattibilità del progetto, attuazione dello stesso.</p> |
| <p>OBIETTIVO D-F</p> <p>Consulenza strutturata, definita e deliberata del NCP presso le strutture del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliera e residenziali.</p> | | <p>Con riferimento alla deliberazione del Direttore Generale n. 275 del 27 maggio 2010, il nucleo per le cure palliative opera in stretto raccordo con le strutture sanitarie dell'ULSS. E' già attivo un servizio di consulenza entro 48 ore presso le diverse unità operative e strutture residenziali, su richiesta delle stesse mediante contatto telefonico o apposito modulo spedito via fax.</p> | <p>Mantenimento e miglioramento degli standard raggiunti.</p> |
| <p>OBIETTIVO I</p> <p>Formazioni continua del personale coinvolto nella cura dei malati terminali.</p> | | <p>Proposta di corsi di formazione che si propongano il raggiungimento di due diversi obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Migliorare le conoscenze tecniche (gestione medica e infermieristica del malato terminale); • Approfondire gli | <p>Prosecuzione del programma formativo.</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | aspetti etici, comunicativi e di relazione con il malato terminale, la famiglia e tra gli operatori. | |
|--|--|---|--|

AZIENDA ULSS N. 6, VICENZA

PROGETTO ESECUTIVO 2010-2011 per lo sviluppo delle reti di cure palliative dell'adulto.
Contributo economico ai sensi della L.R. 7/2009, art. 11.

INTRODUZIONE:

Il presente progetto rappresenta un'importante occasione di ulteriore sviluppo della rete territoriale di assistenza ai pazienti in condizioni di terminalità.

Nell' ULSS n° 6 "Vicenza" a partire dal 2000, anno di attivazione del sistema regionale SVAMA-UOD, si è sviluppato un modello assistenziale territoriale progressivamente arricchitosi di risorse e strategie operative; tra queste ultime va citata quella relativa alle "dimissioni protette" e l'avvio della relazione tra aree diverse quali Distretto Sanitario (DS), Ospedale, Case di Riposo e RSA.

Tra le collaborazioni più rilevanti (DS-UO ospedaliere) vi è sempre stata quella con la UO di Terapia del Dolore e Cure Palliative (TDCP) in termini di presa in carico organizzata (UVMD) e forte integrazione finalizzata alla fornitura e gestione delle risorse assistenziali (Infermieri Professionali del DS e Specialisti della TDCP).

In tempi più recenti (2009) la Direzione Generale ha modificato l'assetto organizzativo dei DDSS aumentando la presenza di Medici con percorsi formativi di tipo clinico-ospedaliero; l'obiettivo è il potenziamento della capacità di assistenza specialistica domiciliare verso pazienti, sempre più numerosi, in condizioni di criticità clinica e terminalità.

E' implicita nel modello l'evoluzione della relazione tra figure professionali e UUOO diverse con l'attribuzione, da un lato, di specifiche competenze a singoli operatori e dall'altro il potenziamento dell' integrazione.

Per rendere possibile la realizzazione dei criteri previsti dal presente progetto è indispensabile poter contare su di un numero adeguato di figure professionali sanitarie (Medici, IIPP ecc.); pertanto verranno identificati sanitari già attivi nel settore e, a questi, affiancati i neo-assunti.

Si attuerà (a partire dal 2010) un percorso formativo, in collaborazione con la UO di TDCP, che vedrà coinvolti Medici e Infermieri Professionali (IIPP) afferenti alle UO di Cure Primarie; l'obiettivo, tramite il reclutamento di parte del personale già in servizio, è quello costituire Nuclei di Cure Palliative distrettuali (NNCP) con specifiche competenze e risorse adeguate per realizzare un servizio attivo H12. Per i restanti sanitari del DS la formazione punterà all'acquisizione delle competenze essenziali per la gestione delle urgenze (es. manutenzione straordinaria delle pompe per infusione di morfina).

E' prevista la stretta collaborazione con la UO di TDCP per le prestazioni più complesse e la gestione del percorso di inserimento in hospice.

Di seguito, con l'elencazione dei criteri richiesti per il finanziamento del progetto in oggetto e la definizione dei tempi di realizzazione, vengono descritte anche le azioni già esistenti o in evoluzione; il tutto è parte costitutiva del progetto.

A) CRITERI a CARATTERE VINCOLANTE e AZIONI PREVISTE:

1) CRITERIO: *Ai sensi dell'art. 2 della L.R. 7/2009, costituzione di un Nucleo di Cure Palliative (di seguito NCP) per area distrettuale. Qualora le dimensioni di un distretto fossero contenute o risultasse più conveniente organizzativamente, è possibile provvedere alla costituzione di NNCP interdistrettuali o aziendali, documentandone le ragioni.*

- **AZIONI 2010** : riorganizzazione dell' attività dei NNCP, già presenti in ciascuno dei quattro Distretti Sanitari dell' ULSS, al fine di raggiungere gli obiettivi propri del progetto (un nucleo per ciascun DS). Descrizione dell'esistente: i NNCP distrettuali sono stati formalmente istituiti con delibera n° 445 del 29/11/2002 (allegato n. 1) e sono costituiti in forma mista. Infatti l'attività

specialistica è svolta da Medici e IIPP afferenti alla UO di Terapia del Dolore e Cure Palliative (TDCP) in collaborazione con il Medico di Medicina Generale (MMG), responsabile clinico; il personale sanitario (Medico, IP, Fisioterapista, Psicologo) del DS garantisce le prestazioni assistenziali quotidiane e la fornitura di farmaci e ausili. La presa in carico si effettua utilizzando la valutazione multi-professionale e multidisciplinare (UVMD); l'assistenza domiciliare è erogata a livello di ADI-D. Il DS fornisce l'assistenza infermieristica, a domicilio, nella fascia oraria 07.00-19.00 (H12 - lunedì > venerdì) e 07.00-13.00 (sabato); nei giorni festivi infrasettimanali e la domenica è attiva la pronta disponibilità mediata dal SUEM. Le restanti figure professionali sanitarie, afferenti al DS, forniscono l'assistenza a domicilio durante i giorni feriali. Pertanto, già allo stato attuale, il personale sanitario dipendente dal DS ha un ruolo indispensabile nell'assistenza ai pazienti terminali in quanto a professionalità e risorse impiegate.

- **AZIONI 2011:** potenziamento dell'esistente con le risorse neo-acquisite e tramite il percorso di formazione sopra descritto.

2) CRITERIO: *conseguimento di quanto previsto all'art. 10 comma 3, L.R. 7/2009. Il personale impegnato va inteso a tempo pieno, preferibilmente con una specifica e documentata formazione ed esperienza in cure palliative. Sono possibili coperture documentate e motivate di quanto previsto anche con incarichi secondo frazioni non inferiori al 50% del debito orario settimanale previsto contrattualmente per ciascuna figura professionale (pari quindi ad almeno 19 ore settimanali per il medico e lo psicologo e 18 ore settimanali per le altre figure professionali). Se le dimensioni del territorio di competenza del NCP sopravanzano il bacino indicato (100.000 abitanti), la quota minima di personale andrà integrata in misura proporzionale. Lo stesso criterio si applica qualora i NNCP fossero a bacino interdistrettuale o aziendale. Il personale va inteso al netto di quello impegnato per l'assistenza in hospice, qualora attivato, essendo definito ai sensi della normativa vigente per l'autorizzazione al funzionamento della struttura residenziale.*

- **AZIONI 2010:** il finanziamento annuale (€ 284.000,00 – L.R. 7/2009) integra l'attività istituzionale dei NNCP già presenti (vedi punto 1) e permette di dedicare il personale dipendente dalla UO di TDCP ad altre attività istituzionali di 2° livello ivi compresa la gestione dell'hospice c/o l'Ospedale S.Bortolo di Vicenza. Pertanto il finanziamento è destinato totalmente al potenziamento della assistenza domiciliare presso ciascuno dei quattro DDSS della ULSS n° 6; allo scopo sono state già espletate tutte le procedure di selezione per l'attribuzione di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa triennali a:
 - quattro Medici specialisti (19 ore/ settimana ciascuno) e
 - quattro Infermieri professionali (venti ore/settimana ciascuno)

Al pari, utilizzando altri finanziamenti sono state espletate le procedure per l'attribuzione di incarico annuale di collaborazione coordinata e continuativa (19 ore/settimana ciascuno) a tre Psicologi con specializzazione in Psicoterapia; un quarto Psicologo è già presente ed è dipendente della ULSS (allegato n. 2). L'attività di formazione/aggiornamento per il personale sanitario dei DDSS sarà svolta in collaborazione con la UO di TDCP che continuerà a garantire anche le prestazioni ambulatoriali e domiciliari di 2° livello e la cogestione dei percorsi per l'inserimento in hospice dei pazienti assistiti a domicilio.

- **AZIONI 2011:** Completamento del percorso di inserimento del personale neo-assunto e formazione di altro già dipendente dai DDSS (vedi premessa)

•

3) CRITERIO: *Servizio Medico e Infermieristico attivo dal lunedì al venerdì, con servizio attivo per almeno 12 ore giornaliere.*

- **AZIONI 2010:** il servizio Infermieristico offre, già oggi, una copertura H12 (07.00-19.00) a tutti i pazienti assistiti a livello di ADI-D. Verrà realizzata la formazione per raggiungere l'obiettivo H12 (vedi anche sopra al "criterio 1 – azioni 2010 – descrizione dell'esistente") con IIPP esperti in Cure Palliative. Copertura del servizio con Medico esperto nella fascia oraria 07.30-17.30 (Lunedì > Venerdì) (1 Medico in servizio attivo interdistrettuale + altri Medici presenti in normale orario di servizio)
- **AZIONI 2011:** servizio H12 per gli IIPP (uno per distretto) e H12 per medici (1 Medico in servizio attivo interdistrettuale 07.30-19.30 + altri Medici presenti durante il normale orario di servizio).

4) CRITERIO: *ai sensi dell'art. 6, comma 2, L.R. 7/2009, la definizione scritta e deliberata di protocolli di accesso facilitato al sistema d'offerta dell'Azienda, nonché alle strutture private accreditate, per i malati assistiti dal NCP, qualora abbisognino di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP. In particolare vanno facilitati gli accessi ai servizi ospedalieri nonché gli appropriati ricoveri che si rendessero necessari.*

- **AZIONI 2010 :** fin dai primi mesi 2010 è attivo un percorso codificato denominato "Ammissione Protetta dal Territorio all' Ospedale" destinato ai pazienti assistiti a domicilio (ADI-D) ivi compresi quelli seguiti dai NNCP; la interazione, con definizione del programma di cura, avviene tra le UUOO di Cure Primarie dei DDSS e le UUOO afferenti al Dipartimento di Area Medica 2, il Pronto Soccorso e la UO di TDCP (allegato n. 3 e n. 3 bis) . Le prestazioni sanitarie sono erogate direttamente dalla UO ospedaliera che riceve il paziente o mediante percorsi intraospedalieri gestiti dalla stessa UO; in tal modo la relazione dei DDSS avviene, in modo concordato e facilitato, con poche UUOO ospedaliere ma il ventaglio delle prestazioni erogabili è molto ampio. Il protocollo è già operativo per i DDSS "Vicenza" e "EST" e verrà esteso, entro il 2011 ai restanti due Distretti.
- **AZIONI 2011:** mantenimento dell'esistente, registrazione dei casi trattati ed estensione del percorso a tutti i DDSS.

5) CRITERIO: *stesura, deliberazione e pubblicizzazione della carta dei diritti del malato a fine vita predisposta ai sensi della DGR 1609/08.*

- **AZIONI 2010 :** il documento è contenuto nelle "Linee guida aziendali per la gestione della persona con dolore" liberamente consultabile accedendo al sito aziendale (www.ulssvicenza.it) (allegato n. 4).
- **AZIONI 2011:** aggiornamento dell'esistente se necessario.

6) CRITERIO: *adozione del sistema informativo per le cure palliative, ai sensi della DGR 1608/08 e dei criteri d'accesso all'hospice, ove attivato, ai sensi della DGR 3318/08.*

- **AZIONI 2010:** il sistema informativo è già stato adottato a partire dal 2009 e verrà ulteriormente implementato. I criteri di accesso all'hospice ottemperano già alla DGR 3318/08 (allegato n. 5)
- **AZIONI 2011:** mantenimento dell'esistente.

7) CRITERIO: *attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP per quanto di competenza, facendo convergere, nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la gestione dell'assistenza.*

- **AZIONI 2010** : il principio/metodo della valutazione multi-professionale e multi-dimensionale è stato introdotto, in Veneto, nel 2000 in coincidenza con il sistema SVAMA. Tra gli elementi qualificanti e innovativi vi era la scelta di far coincidere la figura dei valutatori con quella degli erogatori del servizio, all'interno della UVMD (allora denominata UOD). La scelta, di questa ULSS, di inserire il personale neo-acquisito per i NNCP nelle UUOO di Cure Primarie distrettuali rende concreta la possibilità di far convergere la programmazione e gestione dell'assistenza nello stesso luogo decisionale ovvero la UVMD. I Medici di UO Cure Primarie e NNCP distrettuali sono, su delega del Direttore UO Cure Primarie, responsabili di UVMD.
- **AZIONI 2011**: mantenimento dell'esistente

8) **CRITERIO**: disponibilità di tutti i farmaci di uso ospedaliero che si rendessero necessari per l'erogazione di cure palliative da parte del NCP a domicilio, in hospice o in altra struttura non ospedaliera.

- **AZIONI 2010** : l' hospice come le RSA e le Case di Riposo sono già rifornite direttamente dalla farmacia ospedaliera anche relativamente ai farmaci stupefacenti e antiepilettici che richiedono l'uso del registro di carico/scarico. Anche dai DDSS sono richiedibili i farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero; verrà attivato il registro distrettuale per il carico/scarico (attualmente non in uso) per garantire il rifornimento dei farmaci necessari ai NNCP.
- **AZIONI 2011**: mantenimento dei risultati ottenuti nel 2010.

B) CRITERI di INNALZAMENTO della QUALITA' dei SERVIZI e AZIONI PREVISTE:

1) **CRITERIO**: ai sensi dell'art. 7 comma 1, L.R. 7/2009, la stesura, deliberazione e attuazione di un piano di riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri, per i malati oncologici, negli ultimi 90 giorni di vita, ritenuti inopportuni, con una parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP.

- **AZIONI 2010** : il percorso di "Ammissione Protetta dal Territorio all' Ospedale", già descritto al punto 4) del precedente capitolo, è in grado di contenere il fenomeno della autogestione del ricovero e evitare o procrastinare l'accesso all' ospedale. Sono già ottimizzati i trasferimenti verso l'hospice per i pazienti provenienti dal domicilio o dall'ospedale; l'hospice è dotato di cinque posti letto prossimamente espandibili a sette. Altre condizioni di terminalità a medio termine (> 3 mesi), associate a fragilità del nucleo familiare, sono indirizzate verso le Case di Riposo (accesso gestito da UVMD). Il sistema unificato di valutazione periodica dei pazienti in ADI-D e analisi dei risultati, già in uso presso i DDSS, verrà implementato con le scale di valutazione contenute nelle "linee guida aziendali per la gestione delle persone con dolore".
- **AZIONI 2011**: Mantenimento dell'esistente e studio di fattibilità di un possibile incremento dei posti letto di hospice per riconversione di strutture ospedaliere. Contenimento dei ricoveri di cui sopra entro il valore medio regionale.

2) **CRITERIO**: istituzione di un servizio attivo (per almeno 4 ore al giorno) i giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica. Il servizio può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale.

- **AZIONI 2010:** presso tutti i DDSS è presente il servizio attivo infermieristico il sabato (ore 07.00 – 13.00) . Nei restanti giorni festivi e la domenica è attiva la pronta disponibilità infermieristica (mediata dal SUEM) con orario 07.00 – 19.00. In queste giornate sono garantite le prestazioni programmate (es. infusioni tramite cat. venoso centrale).
- **AZIONI 2011:** mantenimento dell'esistente per gli IIPP; 1 Medico in servizio attivo (sabato) interdistrettuale per 4 ore.

3) CRITERIO: *istituzione di una reperibilità medica palliativa per i malati nelle fasce orarie (diurne e notturne) di assenza del servizio attivo*

- **AZIONI 2010:** collaborazione con l' associazione "Curare a Casa" per la copertura notturna, con reperibilità medica, nei week end.
- **AZIONI 2011: come sopra**

4) CRITERIO: *istituzione di procedure per garantire un supporto clinico al servizio di Continuità Assistenziale, da parte di medici con competenza in cure palliative, nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo del NCP. Il supporto può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale (i punti 3 e 4 sono tra loro alternativi).*

- **AZIONI 2010:** vedi punto 3
- **AZIONI 2011:** vedi punto 3
-

5) CRITERIO: *consulenza strutturata, definita e deliberata del NCP presso le strutture del sistema di offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali.*

- **AZIONI 2010:** la UO di TDCP gestisce direttamente la parte di competenza medica per i pazienti ricoverati in hospice, fornisce consulenza a tutte le UUOO ospedaliere e, su richiesta, alle Case di Riposo del territorio dell' ULSS
- **AZIONI 2011:** mantenimento delle competenze della UO di TDCP per quanto concerne l' hospice e le UUOO ospedaliere e trasferimento ai NNCP territoriali la competenza per le Case di Riposo.
-

6) CRITERIO: *istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato e i suoi famigliari, le ricadute etiche della pratica clinica (anche in forma interdistrettuale o aziendale).*

- **AZIONI 2010 :** l'azione di supervisione verrà svolta dai responsabili delle singole UUOO di Cure Primarie distrettuali utilizzando strumenti concordati con gli specialisti/referenti di area o di figura professionale. L'aggiornamento periodico verrà svolto da docenti di area.
- **AZIONI 2011:** mantenimento attività.

**Ammissione Protetta dal Territorio all'Ospedale:
prima fase attuativa.**Premessa.

Nell'anno 2000 è stato attivato, nella nostra ULSS, l'attuale modello di assistenza domiciliare e, al suo interno, il percorso denominato "dimissione protetta" dedicato a pazienti con patologie che richiedono l'intervento, a domicilio, senza soluzione di continuità Medico-Infermieristica.

Per questi pazienti il livello assistenziale è quello previsto dalla ADI-D che è comprensiva anche della fornitura del materiale protesico (letto, materasso antidecubito, sollevatore...). La durata dell'assistenza a domicilio è molto variabile (da poche settimane ad alcuni mesi) come pure varia è l'intensità assistenziale misurata in termini di accessi infermieristici (da uno alla settimana fino a più accessi al giorno festivi compresi).

I pazienti assistiti a seguito di una dimissione protetta si sommano a quelli reclutati direttamente a domicilio per patologie e livello assistenziale analoghi.

La recente attivazione di posti di Hospice ha reso ancora più ampia l'offerta di assistenza e la possibilità di prolungare il periodo preterminale a domicilio purchè si dia garanzia di assistenza, nelle forme richieste dal paziente e dalla sua famiglia, per la fase terminale. Infatti sono aumentate le aspettative della popolazione che manifesta chiaramente il bisogno di un modello assistenziale globale ovvero la garanzia che vengano gestite con appropriatezza e tempestività le varie fasi della malattia sotto l'aspetto sia sanitario che sociale.

Questa è una condizione in grado di rafforzare la capacità e tenuta dei *caregivers* che si fanno carico di assistere famigliari con patologie di lunga durata o terminalità di varia eziologia.

Pertanto, in considerazione della grande numerosità e complessità dei pazienti in assistenza domiciliare, diviene indispensabile e non prorogabile potenziare la capacità assistenziale del Distretto proseguendo nel percorso di clinicizzazione delle prestazioni offerte; in questo obiettivo si inserisce la possibilità di utilizzare rapidamente di servizi forniti dall'ospedale per pazienti selezionati (per patologia e tipo di prestazione) al fine di garantire la qualità e l'efficacia dell'ADI e migliorare l'appropriatezza dei ricoveri.

Il progetto.

La premessa evidenzia la necessità di strutturare , a quasi 10 anni di distanza dalla "dimissione protetta", il percorso di "ammissione protetta" che è l'oggetto del presente documento.

Si è partiti identificando una U.O. dell'Ospedale S.Bortolo che garantisce la disponibilità ad accogliere pazienti adulti/anziani, proposti dal Distretto (MMG e Medico di Distretto) , per percorsi diagnostico/terapeutici concordati; a fine degenza il Distretto si impegna a farsi carico di facilitare la dimissione tempestiva del paziente, ottimizzando tempi di degenza e costi.

La procedura di selezione/invio Territorio – Ospedale è stata già applicata in un numero di casi sufficiente a confermare l'ipotesi iniziale di fattibilità, utilità e apprezzamento da parte dell'utenza.

Implementazione.

Attualmente può considerarsi conclusa la fase sperimentale, come sopra descritto, e vi sono le condizioni per strutturare definitivamente il percorso con una operatività di prima fase coinvolgendo solo alcune UUOO.

Vi è ampia disponibilità a partecipare, da parte dei Direttori delle UO del Dipartimento di Area Medica 2, nell'ambito delle proprie competenze.

La collaborazione con L'UO di Terapia del Dolore e Cure Palliative è già in essere da tempo.

Essenziale è la partecipazione della UO di Pronto Soccorso (P.S.) nella fase di stabilizzazione/osservazione e corretto indirizzo del paziente verso la UO di destinazione o il rinvio a domicilio. La collaborazione del PS è indispensabile alla futura ottimizzazione del modello assistenziale che, a fianco delle ammissioni programmate, dovrà essere in grado di gestire anche tutti i pazienti con insufficienza cronica d'organo (cardio-polmonari in prevalenza) le cui riacutizzazioni pur prevedibili non sono ovviamente programmabili e richiedono una risposta tempestiva e selezionata al fine di evitare percorsi intraospedalieri tortuosi e poco produttivi.

Dr. Paolo Chioatto

Dr. Rolando Negrin

Dr. Giampietro Pellizzer

Dr. Vincenzo Riboni

Dr. Gianni Valerio

Dr. Marco Visentin

D.ssa Marilena Zanetello

ALLEGATO N. 3 Bis

AMMISSIONE PROTETTA TERRITORIO – OSPEDALE

Invio per

- Fax
- E-mail

| |
|---|
| Proponente: Unità Operativa Cure Primarie Distretto _____ |
| Medico proponente: _____ |
| Infermiere Case Manager _____ |

| |
|--|
| Sig./ra _____ |
| C.F. _____ |
| Indirizzo _____ |
| Medico di Medicina Generale _____ |
| Telefono (abitazione – cellulare*) _____ |
| * numero del paziente o care giver per immediata contattabilità da parte del Reparto Ospedaliero |

Effettuazione del ricovero entro:

- 24 – 36 h.
- 48 – 72 h.
- > 72 h/programmabile.

Motivazione invio:

Procedure da effettuare:

Durata prevedibile della degenza: gg ____

Rientro previsto:

- Domicilio
- Hospice
- RSA
- Altro (specificare) _____

Data _____

Timbro e firma

ALLEGATO N. 5

Il percorso assistenziale del paziente oncologico terminale: la rete delle cure palliative.

L'assistenza ai malati oncologici non suscettibili di guarigione con le terapie antineoplastiche (in condizioni avanzate e di terminalità) viene effettuata secondo i principi enunciati dalla DGR 2989/2000, in diversi *setting* assistenziali: ambulatoriale, domiciliare, ospedaliero, hospice.

L'assistenza palliativistica vede la presenza di personale esperto dedicato (medici ed infermieri dell'U.O. di Terapia del Dolore e Cure Palliative, psicologa convenzionata integrata funzionalmente nella medesima U.O., che, oltre ad essere figure esperte, garantiscono la continuità tra ospedale e territorio) che integra il personale distrettuale e il MMG.

In base alla L.R. 7/2009 è stata programmata la costituzione di Nuclei di Cure Palliative (vedi DGR 2989/2000) con personale formato e dedicato in ogni Distretto.

L'Hospice, nodo essenziale della rete di cure palliative in quanto struttura elettiva di ricovero del paziente non assistibile a domicilio (temporaneamente o definitivamente) è dotato attualmente di soli 5 p.l., quindi insufficienti a rispondere a tutte le possibili richieste di ricovero (ne necessiterebbero 14 secondo la normativa vigente (DGR 2989/2000 e DPCM 20.01.2000).

Modalità di inserimento dei pazienti in hospice.

Pazienti ricoverati in ospedale.

Il medico del reparto, a conoscenza dei criteri di ricovero riportati nel Protocollo Operativo Hospice, compila la scheda di richiesta e la invia con fax all'hospice. Si attiva quindi un percorso che prevede un colloquio con raccolta dati tra l'infermiere di cure palliative e il paziente (protocollo della comunicazione) e tra infermiere e familiare, per verificare il grado di consapevolezza e la coesistenza di volontà sugli obiettivi e finalità dell'hospice e delle cure palliative).

Il medico palliativista visita il malato, rileva la presenza dei criteri di appropriatezza e, se sono presenti, attribuisce un punteggio. Convoca, se opportuno, i familiari per farli partecipi delle finalità del ricovero in hospice. Fa firmare al paziente e/o ai parenti l'informativa sull'hospice. In caso di idoneità l'U.O. ove è ricoverato si impegna a non dimmetterlo sino alla disponibilità di p.l. in hospice.

Al momento del ricovero in hospice lo comunica al Distretto.

Pazienti a domicilio.

Il MMG, il medico delle cure primarie o il medico palliativista, riscontrata la necessità di ricoverare un malato oncologico terminale, acquisito il consenso informato al ricovero con la firma sull'informativa dell'hospice, compila la scheda di richiesta e la invia con fax contestualmente all'hospice e al Distretto di competenza.

Il medico delle cure primarie (il medico del nucleo di cure palliative quando verrà costituito) convoca l'UVMD alla quale dovranno partecipare il MMG, il medico palliativista e il coordinatore infermieristico o suo delegato, oltre ad altre eventuali figure ritenute necessarie, i quali avranno preventivamente visitato il paziente a domicilio. L'UVMD stabilirà la presenza dei criteri di appropriatezza del ricovero in hospice ed il punteggio da attribuire per i fini della lista di attesa.

Qualora il paziente necessiti di ricovero a breve termine ed in hospice non vi sia disponibilità, si potrà far ricorso ad un ricovero temporaneo nell'UO di Geriatria, fino al momento della disponibilità di un p.l nell'hospice. A tale riguardo l'UVMD invierà il verbale via fax al Referente (Capo sala) che sarà tenuto a rispondere tempestivamente.

ALLEGATO N. 4

Linee guida aziendali

PER LA GESTIONE DELLA PERSONA CON DOLORE

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUZIONE..... | 3 |
| 2. SCOPO DEL DOCUMENTO..... | 3 |
| 3. NORMATIVA DI RIFERIMENTO | 3 |
| 4. PERCORSO PER LA GESTIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE OSPEDALIZZATO..... | 5 |
| 5. PROTOCOLLO DI ISTRUZIONI PER LA CORRETTA MISURAZIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE ADULTO E NEL BAMBINO..... | 6 |
| 6. COMMISSIONE TERAPEUTICA OSPEDALIERA ULSS 6: UTILIZZO CLINICO DEGLI ANALGESICI..... | 10 |
| 7. GESTIONE DEL DOLORE POSTOPERATORIO..... | 16 |
| 8. BIBLIOGRAFIA..... | 16 |
| ALLEGATO N.1: RILEVAZIONE DEL DOLORE ALL'ENTRATA IN REPARTO DELL'ADULTO | |
| ALLEGATO N.2: RILEVAZIONE DEL DOLORE ALL'ENTRATA IN REPARTO DEL BAMBINO | |
| ALLEGATO N.3: SCALA NOPPAIN | |
| ALLEGATO N.4: DEPLIANT INFORMATIVO SUL DOLORE | |
| ALLEGATO N.5: SCHEMI PER L'UTILIZZO DEI FARMACI ANALGESICI | |
| ALLEGATO N.6: TRATTAMENTO DEL DOLORE POSTOPERATORIO NELL'ADULTO IN FUNZIONE DELL'INTENSITA' DEL DOLORE | |
| ALLEGATO N.7: RACCOMANDAZIONI PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE POSTOPERATORIO IN ETA' PEDIATRICA | |
| ALLEGATO N.8: DIRITTI DELLE PERSONE CON DOLORE E DOVERI DEGLI OPERATORI SANITARI NEI CONFRONTI DELLE PERSONE CON DOLORE | |
| ALLEGATO N.9: DIRITTI DEI MALATI TERMINALI E DOVERI DEGLI OPERATORI SANITARI NEI CONFRONTI DEI MALATI TERMINALI | |

GRUPPO DI LAVORO

COMITATO AZIENDALE “CONTRO IL DOLORE” (Deliberazioni del Direttore Generale n. 144 del 17.06.2003; e n.189 del 25.05.2006): Dr.ssa Livia Coppola, dirigente medico U.O. di Anestesia e Rianimazione - Dr.ssa Renata Ferrari, dirigente psicologo U.O.S. di Psicologia Ospedaliera - Dott.ssa Sonia Martin, Ufficio Infermieristico Centrale, Area Formazione - Dr.ssa Anna Carla Modenese, dirigente medico, Direzione Medica Ospedaliera - Sig.ra Roberta Sartori, coordinatore Direzione Medica Ospedaliera - Sig.ra Antonia Cesta, coordinatore Direzione Medica Ospedaliera - Sig.ra Marilisa Martini, coordinatore Dipartimento Area Medica I - Dr. Fabio Zappin, Direttore Servizio Qualità e Accreditamento - Dr. Marco Visentin, Direttore U.O. Terapia del Dolore e Cure Palliative - Dr. Giorgio Visentin, medico di medicina generale - Dr. Alessandro Dacomo, Direttore U.O. di Farmacia Ospedaliera - Sig.ra Mara Pasetto, Associazione “Curare a casa”

1. INTRODUZIONE

Le presenti linee guida sono state elaborate dal Comitato Aziendale “Contro Il Dolore” costituito a livello aziendale su indicazione regionale (DGRV del 14.02.2003 n.309); fanno seguito ad una formazione capillare rivolta a tutto il personale medico e infermieristico dell’Azienda ULSS n. 6 realizzata tra il 1998 e il 2008, sono state elaborate per fornire uno strumento operativo utile all’implementazione a livello aziendale della valutazione e misurazione del dolore.

Le presenti linee guida devono essere utilizzate per tutti i pazienti ricoverati nelle varie UU.OO., per gli utenti che si rivolgono ai servizi aziendali, per gli utenti assistiti in ADI, per gli ospiti delle RSA e delle Case di Riposo.

2. SCOPO DEL DOCUMENTO

Uniformare i comportamenti degli operatori professionali che fanno parte dell’equipe assistenziale, nella gestione della persona con dolore. Nel presente documento vengono fornite linee guida su: 1. Misurazione del dolore e scale di misurazione del dolore nell’adulto, nel bambino, nella persona non comunicante.

2. Gestione farmacologica della persona con dolore (aspetti generali).

3. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Deliberazioni – Leggi ([www.regione.veneto.it/Servizi alla persona/Sanita/Programmazione Socio Sanitaria/Osservatorio per le cure palliative/Deliberazioni_Leggi](http://www.regione.veneto.it/Servizi%20alla%20persona/Sanita/Programmazione%20Socio%20Sanitaria/Osservatorio%20per%20le%20cure%20palliative/Deliberazioni_Leggi))

- Legge Regionale n.7 del 19.03.2009: “Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore”.
- DGR n. 1609 del 17/06/2008: Approvazione del documento "Tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita e dei malati con dolore".
- DGR n. 1608 del 17/06/2008: Approvazione del documento "Indicatori per le cure palliative". Istituzione del Sistema informatico regionale per le cure palliative.
- DGR n. 1090 del 6/05/2008: "Sviluppo dei programmi di lotta al dolore ai sensi delle deliberazioni giuntali 309/03 e 71/2006: raccomandazioni per la valutazione e il trattamento del dolore: introduzione del dolore come parametro vitale; creazione della rete aziendale dei

referenti

del

dolore."

- DGR n. 4157 del 18/12/2007: "Programma regionale di formazione per il personale sanitario e sociale delle aziende Ulss ed Ospedaliere relativo alla lotta al dolore ed alle cure palliative pediatriche. Anno 2008."
- Legge regionale 16 agosto 2007, n. 25. "Disposizioni regionali in materia di parto fisiologico indolore".
- DGR n. 71 del 17/01/2006: Provvedimenti Regionali in tema di cure palliative e di lotta al dolore ex DD.GG.RR. n. 2989/2000, n.309/2003, n.1910/2004: "Costituzione dell'Osservatorio Regionale per le Cure Palliative e per la Lotta al Dolore."
- DGR n. 344 del 11/02/2005: "Indirizzi per il diritto della partoriente ad un parto fisiologico indolore"
- DGR n. 4029 del 19/12/2003: "Attivazione della Rete Regionale di assistenza ai minori con patologia inguaribile-terminale e istituzione del Centro di Riferimento Regionale di cure palliative e terapia antalgica pediatrica presso l'Azienda Ospedaliera di Padova".
- DGR n. 309 del 14/02/2003: "Documento di indirizzo e coordinamento alle Aziende socio - sanitarie venete denominato Contro il dolore per l'attuazione delle linee - guida, approvate in sede di conferenza Stato - Regioni il 24/5/2001, per la realizzazione dell'Ospedale senza dolore"
- Documento del Comitato Nazionale di Bioetica del 30.03.2001 avente per titolo "La terapia del dolore: orientamenti bioetici".
- Decreto legge 28.12.1998 n.450 convertito nella Legge 26.02.1999 n.39: ha introdotto nel SSN l'hospice e ha delineato le linee organizzative della rete assistenziale per le cure palliative.

4. PERCORSO PER LA GESTIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE OSPEDALIZZATO

| | |
|--|---|
| <p>Valutazione da parte del medico al momento della presa in carico e segnalazione all'infermiere</p> | <p>La rilevazione del dolore deve avvenire per tutti i pazienti al momento dell'entrata in reparto, segnando la presenza o meno del dolore nell'apposito modello dal titolo "Rilevazione del dolore all'entrata del paziente" (Allegati n.1-2) e utilizzando la scala N.R.S. (paziente adulto), NOPPAIN (Allegato n.3 -paziente adulto non comunicante), Bieri (paziente pediatrico), CHEOPS (paziente pediatrico non comunicante).</p> |
| <p>Il medico indica il trattamento analgesico</p> | <p>In caso di paziente con dolore, utilizzando lo stesso modello, il medico prescrive la terapia e segnala al personale infermieristico la necessità di avviare la rilevazione routinaria del dolore .</p> |
| <p>L'infermiere consegna il depliant informativo al paziente e la carta dei diritti delle persone con dolore</p> | <p>Dà anche indicazioni sulla eventuale integrazione della terapia (dose <i>rescue</i>), se l'intensità del dolore supera il valore di "4".</p> |
| <p>L'infermiere misura il dolore tutti i giorni ad intervalli definiti in ogni U.O. e in caso di chiamata</p> | <p>L'infermiere consegna il depliant informativo (Allegato n.4), fornendo anche informazioni a voce, sulla prassi di misurazione del dolore. L'infermiere consegna la carta dei diritti delle persone con dolore e dei doveri della struttura sanitaria nei confronti delle persone con dolore (Allegato n.9-10)</p> |
| <p>Il medico tiene conto delle misurazioni e rivaluta la terapia</p> | <p>L'infermiere provvede a misurare l'intensità del dolore con l'apposita scala due volte al giorno ed alla registrazione nell'apposito spazio previsto nella grafica e/o diario.</p> |
| | <p>Se il paziente chiama per l'intensificarsi del dolore, l'infermiere provvede ad un'ulteriore misurazione e registrazione, e se il dolore supera il valore di "4" o comunque è giudicato insopportabile dal paziente, l'infermiere procede al trattamento come da indicazioni del medico (dose <i>rescue</i>).</p> |
| | <p>A distanza di un'ora dal trattamento torna dal paziente per valutare l'efficacia della terapia con l'usuale scala, registrandone l'esito.</p> |
| | <p>Qualora la chiamata provenga da un paziente il cui dolore non era stato rilevato inizialmente dal medico, l'infermiere provvede a segnalare il caso al medico che avvierà l'iter di valutazione.</p> |
| | <p>Il medico, durante il "giro", prenderà visione delle registrazioni relative all'intensità del dolore provvedendo alle eventuali variazioni del trattamento.</p> |
| | <p>Nel caso in cui il dolore di un paziente durante la terapia analgesica superi il valore soglia di "4" per due volte consecutive, il medico deve rivalutare il caso adottando le decisioni conseguenti.</p> |

5. PROTOCOLLO DI ISTRUZIONI PER LA CORRETTA MISURAZIONE DEL DOLORE

NEL PAZIENTE ADULTO E NEL BAMBINO**5.1 RILEVAZIONE DEL DOLORE NELL'ADULTO COMUNICANTE**

Per ottenere una misurazione dell'intensità del dolore il più possibile valida ed affidabile, è indispensabile utilizzare sempre lo stesso strumento e la stessa modalità di rilevazione. E' importante pertanto seguire delle semplici regole:

1. Rilevazione dell'intensità del dolore almeno due volte al giorno
2. Presentare a tutti i pazienti le istruzioni oralmente, accompagnate dal supporto visivo (scala numerica su cartoncino)

| DOLORE | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|------------------------------|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <i>Assente</i> | | | | | | <i>Il peggiore possibile</i> | | | | |

3. Istruzioni verbali: "Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile."
4. Se il paziente divaga, rispondendo ad esempio con descrizioni verbali (es. 'Sì, ho un po' di dolore, ma non tanto') richiamarlo con calma alle istruzioni: "Me lo indichi per cortesia con un numero da 0 a 10".
5. Specificare sempre l'unità temporale di riferimento nella misurazione dell'intensità del dolore: es. "in questo momento", "nelle ultime 24 ore", ecc.
6. Mai suggerire la risposta al paziente (es. il personale non deve mai dire: "Ha detto che ha un po' di male, quindi sarà circa 2 o 3, vero?) e tanto meno fare la valutazione al suo posto presumendo di conoscere come si sente.
7. Se il paziente dice di non aver compreso le istruzioni, usare esempi semplici, come: "Immagini che questo sia un termometro per valutare il dolore; più il numero è alto e più il dolore è forte." Non usare l'esempio dei voti a scuola, perché può confondere (10 a scuola rappresenta un evento positivo mentre nel nostro caso 10 corrisponde a un evento altamente negativo).
8. Se il paziente contesta l'istruzione, dicendo per es. che lui non può sapere qual è il dolore peggiore in assoluto, ricordargli che si tratta di una valutazione soggettiva e personale; chiedere di fare riferimento a quello che lui immagina poter essere il peggiore dolore possibile.
9. Non mostrare o riferire al paziente la valutazione del dolore data in precedenza, anche se lui stesso ne fa richiesta; rispondere che per noi è importante avere la sua valutazione del dolore in quel preciso momento.
10. Non fare commenti sulla risposta data dal paziente (dire solo "Va bene" oppure "Ho capito"). La valutazione del paziente non va mai contestata. Per es. non va mai detto: "Ma

come! Se prima mi ha detto che il dolore era 6, come fa a dirmi che adesso è 8, dopo aver assunto un analgesico? E' impossibile!!”

11. Ricordare sempre che la valutazione del dolore fatta dal paziente può essere influenzata da molteplici fattori soggettivi e che lo strumento di misura che noi utilizziamo non è un ‘termometro’. Quando le valutazioni del paziente risultano incongruenti può essere interessante cercare di capire perché questo avviene: sono presenti convinzioni o paure che possono condurlo a sovra- o sotto- stimare l'intensità del dolore?
12. Attenzione a non fornire vantaggi secondari di tipo attenzionale - relazionale alle lamentele di dolore. Alcuni pazienti possono sentirsi gratificati dall'ottenere attenzioni particolari dallo staff di cura, accentuando a tal fine il comportamento manifesto di dolore. L'attenzione dell'operatore deve essere rivolta alla persona e al suo dolore/sofferenza, ma non necessariamente al comportamento da dolore.
13. Annotare la risposta in grafica secondo la modalità stabilita in ciascuna UU.OO.
14. Se l'intensità del dolore è pari o superiore a 4, riferire tempestivamente la risposta del paziente in modo che il dolore possa essere gestito secondo il protocollo di trattamento previsto.

5.2 RILEVAZIONE DEL DOLORE NELL'ADULTO NON COMUNICANTE

La rilevazione del dolore nel paziente non comunicante con la scheda NOPPAIN

(versione italiana a cura di Ferrari, Morandini & Visentin, 2005)

Popolazione:

La scala è stata appositamente strutturata per evidenziare la presenza di dolore in pazienti non in grado di comunicare verbalmente la propria sofferenza al personale di cura.

La versione italiana della scala si è dimostrata valida ed affidabile nello screening iniziale del dolore in pazienti con grave demenza ricoverati presso le U.O. di Geriatria e Medicina del nostro Ospedale (Allegato n.3).

Si ricorda che nel paziente con demenza di grado lieve o moderato è indispensabile tentare di raccogliere l'auto-valutazione del paziente (con scala numerica) prima di ricorrere alla valutazione indiretta del dolore da parte degli operatori; con punteggi al MMSE inferiori a 15 bisogna basare la valutazione del dolore prevalentemente sul comportamento non verbale.

Modalità di somministrazione:

La scheda NOPPAIN deve essere compilato dal personale di cura dopo aver osservato i comportamenti da dolore del paziente per almeno 5 minuti durante le attività assistenziali quotidiane. La scala deve essere compilata subito dopo aver completato le attività.

Si raccomanda al personale di svolgere una breve formazione, attuata con materiale audio-visivo, per acquisire corrette modalità di compilazione e determinazione del punteggio.

Quando il punteggio della scheda NOPPAIN è uguale o superiore a 4, segnalare il paziente per una valutazione più approfondita del dolore ed eventuali trattamenti.

Scoring:

| Indicazioni per la determinazione dei punteggi NOPPAIN | |
|--|---|
| totale 1 | somma risposte “Sì” in Controllo delle attività (prima parte) alla domanda “Hai notato dolore?” |
| totale 2a | somma risposte “Sì” in Comportamento da dolore (seconda parte) alla domanda “Hai notato tale comportamento?” |
| totale 2b | somma intensità valutata su scala numerica 0 – 5 in Comportamento da dolore (seconda parte) per ciascuno dei sei comportamenti |
| totale 3: | punteggio assegnato dall’operatore su scala numerica a 11 punti al dolore più intenso percepito nel paziente durante la rilevazione |
| TOTALE | somma dei punteggi totale 1 + totale 2a + totale 2b + totale 3 |

5.3 RILEVAZIONE DEL DOLORE NEL BAMBINO

Dai 3 ai 7 anni



Istruzioni: “Queste facce mostrano quanto può far male qualcosa. Questa faccia (*mostrare la faccia a sinistra*) significa “nessun dolore”; le facce che seguono (*indicarle con il dito*) mostrano un dolore che aumenta di più e ancora di più, fino a questa (*mostrare la faccia a destra*) che significa “molto dolore”. Adesso indicami con il dito la faccia che assomiglia di più al tuo dolore proprio in questo momento.

Scoring: alla prima faccia viene assegnato punteggio 0 e all’ultima punteggio 10; i volti intermedi, partendo da sinistra, hanno un valore progressivamente crescente di 2, 4, 6 e 8.

Dagli 8 anni e superiori si propone l’utilizzo della scala numerica a 11 punti; valgono le istruzioni e le regole di somministrazione già definite per il paziente adulto.

5.4 RILEVAZIONE DEL DOLORE NEL BAMBINO DA 0 A 3 ANNI

SCALE FISIOLÓGICO-COMPORTAMENTALI

La valutazione della componente comportamentale è essenziale nei casi in cui il bambino non possa direttamente fornire indicazioni sul proprio dolore. Ci riferiamo ai neonati ed ai bambini fino al 2°-3° anno d'età così come ai bambini più grandi (fino a 7 anni) che, a causa di deficit cognitivi o gravi impedimenti fisici, non siano in grado di fornire adeguate informazioni sul proprio dolore.

● **NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)**

| PUNTEGGIO | 0 | 1 | 2 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------|
| Espressione facciale | Rilassata | Smorfia | |
| Pianto | Assente | Piagnucoloso | Vigoroso |
| Tipo di respiro | Regolare | Alterato | |
| Braccia | Rilassate, contenute | Flesse, estese | |
| Gambe | Rilassate, contenute | Flesse, estese | |
| Stato di vigilanza | Sonno-veglia | agitato | |

Viene utilizzata in Patologia Neonatale dalla nascita ai 30 giorni.

N.B.: il punteggio totale superiore o uguale a 5 è indicativo di dolore.

● **OPS (Objective Pain Scale)**

| PUNTEGGIO | 0 | 1 | 2 |
|----------------------------|--------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Pressione arteriosa | + 10% preop. | 10-20% preop. | 20% preop. |
| Pianto | Assenza di pianto | Pianto consolabile | Pianto non consolabile |
| Movimento | Assenza di movimento | Irrequietezza | Movimenti convulsi |
| Agitazione | Paziente addormentato e calmo | Lieve | Intensa e continua |

Età di utilizzo consigliata: 1 mese – 3 anni.

Viene utilizzata nel dolore postoperatorio con gli ultimi 3 fattori, cioè senza la pressione arteriosa.

Ad ogni fattore viene attribuito un punteggio da 0 a 2. Valore massimo 6.

Dolore nullo: _____0

Dolore lieve: _____2

Dolore moderato: ___4

Dolore severo: _____6

- FLACC (face, legs, activity cry, consolability)

| PUNTEGGIO | 0 | 1 | 2 |
|----------------------|--|--|--|
| Volto | Espressione neutra o sorriso | Smorfie occasionali o sopraciglia corrugate o espressione disinteressata | Da frequente a costante aggrottamento delle ciglia, bocca serrata, tremore del mento |
| Gambe | Posizione normale o rilassata | Si agita, si dondola avanti e indietro, teso | Scalcia, o ritrae le gambe |
| Attività | Posizione normale e tranquilla, si muove naturalmente | Movimenti delle gambe a scatti o scalcianti, muscoli tesi | Inarcato, rigido o si muove a scatti |
| Pianto | Assenza di pianto (durante la veglia o durante il sonno) | Geme o Piagnucola, lamenti occasionali | Piange in modo continuo, urla o singhiozza, si lamenta frequentemente |
| Consolabilità | Soddisfatto, rilassato | E' rassicurato dal contatto occasionale, dall'abbraccio o dal tono della voce, è distraibile | Difficile consolarlo o confortarlo |

Età di utilizzo consigliata: bambini di età < ai 3 anni, o bambini più grandi che non si esprimono verbalmente.

Scala con 5 fattori; ad ogni fattore viene attribuito un punteggio da 0 a 2.

Valore massimo 10.

N.B.: Se l'intensità del dolore è pari o superiore a 5 è necessario un intervento immediato.

6. COMMISSIONE TERAPEUTICA OSPEDALIERA ULSS 6: UTILIZZO CLINICO DEGLI ANALGESICI

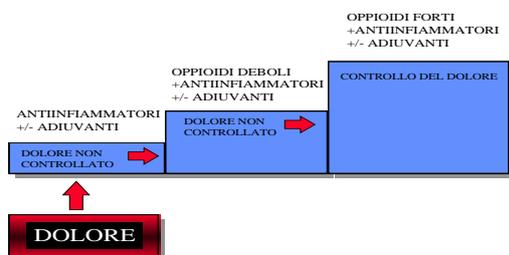
Si tratta del metodo più disponibile, più diffuso, più importante di trattamento del dolore. La terapia analgesica per via sistemica è in grado di controllare il dolore nel 90% dei pazienti. Gli analgesici vengono solitamente distinti in:

- non oppioidi
- oppioidi deboli
- oppioidi forti

La razionale sequenza del loro utilizzo è stata illustrata dall'O.M.S. con la cosiddetta “scala degli analgesici” (*analgesic ladder*, Fig.1), originariamente ideata per il trattamento del dolore di origine tumorale ma attualmente ritenuta valida per ogni tipo di dolore.

Altre regole indispensabili da seguire per una corretta terapia farmacologica nel dolore cronico o protratto sono:

- somministrare ad orario fisso;
- prevedere dosi aggiuntive (al bisogno) in caso di dolore episodico intenso;
- ricercare il dosaggio adeguato per il singolo paziente;
- impiegare le vie di somministrazione più semplici;
- trattare gli eventuali effetti collaterali.
- Fig.1: La “scala degli analgesici” secondo l’OMS



6.1 ANALGESICI NON OPIOIDI.

Vengono generalmente identificati con la categoria dei farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS) anche se alcuni di essi sono sprovvisti clinicamente di attività antiinfiammatoria (almeno il paracetamolo). Il loro meccanismo di azione consiste principalmente nel blocco dell'enzima cicloossigenasi che catalizza la produzione di prostaglandine, noti mediatori dell'eccitabilità dei nocicettori periferici. Da ciò deriverebbe la loro utilità soprattutto negli stati che si accompagnano a forte produzione di prostaglandine come le affezioni del tessuto osseo ed il dolore su base infiammatoria. In realtà è stato dimostrato che la loro azione analgesica si esplica anche attraverso meccanismi centrali. In particolare il paracetamolo inibisce la sintesi delle prostaglandine quasi esclusivamente nel SNC.

Si distinguono due cicloossigenasi (COX-1 e COX-2)

L'efficacia dei FANS è limitata da un effetto “tetto” (*ceiling*) per cui ben presto si raggiunge una dose massima al di là della quale possono aumentare gli effetti collaterali ma non quello analgesico. Questo giustifica il fatto che i FANS da soli si dimostrano utili nel controllare solo il dolore di intensità da lieve a moderata (minore od eguale a 6 in una scala numerica decimale).

Gli effetti collaterali dei FANS non sono certo trascurabili, probabilmente superiori a quelli degli oppioidi, in particolare quelli riguardanti l'apparato gastroenterico, la funzione renale e l'emostasi (Tab. 1). Pertanto i FANS sono controindicati:

- in presenza di malattia ulcerosa gastroduodenale
- in presenza di insufficienza renale o di condizioni predisponenti alla riduzione della filtrazione glomerulare (es. ipovolemia)
- in presenza di disturbi dell'emostasi o di trattamento anticoagulante.

In più, a causa del loro legame con le albumine circolanti, i FANS possono interferire con le contemporanee terapie con anticoagulanti orali, antidiabetici orali e antiepilettici.

Una rara ma temibile complicanza dell'iniezione intramuscolare di sospensioni microcristalline di vari farmaci, tra cui anche FANS, è la sindrome di Nicolau (eritema che evolve in necrosi cutanea, sottocutanea e talora muscolare). Questo pericolo, che riguarda in particolare la popolazione pediatrica, induce a restringere le indicazioni alla somministrazione intramuscolare di FANS.

Rimanendo nella classe dei FANS, gli inibitori dell'enzima COX-2 erano stati lanciati negli ultimi anni come analgesici più sicuri in quanto privi dell'effetto gastrolesivo. Purtroppo si è riscontrata una correlazione del loro utilizzo con effetti avversi cardiovascolari per cui sono state poste delle controindicazioni formali:

- nei pazienti con malattia cardiaca o *stroke*
- nell'ipertensione arteriosa non controllata (per quanto riguarda l'etoricoxib)

e norme di prudenza nei pazienti con fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, iperlipidemia, diabete, vasculopatia periferica, abitudine al fumo).

Le controindicazioni dei FANS non sono valide per il paracetamolo che, pur essendo un analgesico non oppioide, non è da considerare un FANS, essendo sprovvisto di significativa attività antinfiammatoria. Per tale motivo il paracetamolo viene indicato come l'analgesico di prima scelta da parte delle società scientifiche. E' disponibile come preparazione da assumere sia per os che per via parenterale.

E' da evitare la somministrazione contemporanea di più tipi di FANS perché, possedendo il medesimo meccanismo di azione, i loro effetti collaterali si sommerebbero.

Al contrario può essere vantaggioso associare FANS ed oppioidi: avendo infatti meccanismo d'azione differente non danno luogo a sommazione degli effetti collaterali mentre gli effetti analgesici sembra che si sommino. Quindi i FANS, combinati con gli oppioidi hanno un ruolo anche nel dolore intenso.

6.2 ANALGESICI OPPIOIDI.

La differenza fondamentale tra FANS ed oppioidi forti, è che questi ultimi non presentano "effetto tetto" e quindi è possibile aumentare l'effetto analgesico con l'aumento del dosaggio, l'unico limite essendo l'insorgenza di effetti collaterali non dominabili.

E' da notare che la risposta ai farmaci oppioidi varia da un paziente all'altro entro limiti molto ampi e che il grado di analgesia spesso non è correlato ai tassi ematici raggiunti dal farmaco. Di conseguenza non vi sono dosaggi standardizzati (come avviene invece per i FANS) : la dose deve essere individualizzata per il singolo paziente.

Gli oppioidi deboli sostituiscono i FANS in caso di controindicazione all'uso di questi ultimi o si associano ad essi in caso di inefficacia (passaggio al secondo scalino). La *codeina* (30 mg) associata al *paracetamolo* (500 mg) è un preparato molto maneggevole, disponibile solo per via orale. Il *tramadolo*, disponibile in varie formulazioni anche per via parenterale, è una valida alternativa. Comunque può provocare con una certa frequenza gli effetti collaterali tipici degli oppioidi come nausea, vomito e vertigini: per minimizzarli è opportuno iniziare con dosi basse.

Gli oppioidi forti sostituiscono quelli deboli in caso di inefficacia. A differenza dei farmaci precedenti il loro dosaggio può essere aumentato notevolmente senza che esista una dose massima: risultano quindi efficaci anche per dolori molto intensi. La dose efficace va ricercata nel singolo individuo effettuando aumenti graduali (del 25-50%) fino ad ottenere un soddisfacente controllo del dolore; la comparsa di effetti collaterali importanti costituisce il limite all'incremento dei dosaggi. Gli effetti collaterali frequenti (stipsi, nausea, sonnolenza) non sono particolarmente preoccupanti e spesso diminuiscono dopo i primi giorni. La depressione respiratoria, di per sé temibile, non si verifica se gli aumenti di dosaggio vengono condotti gradualmente, in base alla risposta individuale.

Il fenomeno della tossicodipendenza è stato evidenziato solo eccezionalmente negli individui che assumono questi farmaci a scopo analgesico, essendo di norma in relazione allo stato psicologico di chi ne fa abuso. La possibile insorgenza di sindrome da astinenza impone che la sospensione del farmaco, quando se ne voglia interrompere l'assunzione, avvenga gradualmente.

Gli oppioidi forti disponibili in Italia sono:

- la *morfina*, che viene considerata il farmaco di prima scelta in questa categoria, presente come preparazione per uso orale (sia in fialoidi, sciroppo e gocce ad azione rapida che in compresse a rilascio lento) e parenterale a vari dosaggi;
- il *metadone*, che in alcuni casi può risultare più efficace e tollerato, però è di uso un po' meno semplice perché la sua lunga emivita può esporre al rischio di accumulo e quindi di sovradosaggio;
- il *fentanyl*, che per la sua elevata liposolubilità viene impiegato, nel dolore cronico, sotto forma di cerotto a cessione transdermica; inoltre è disponibile in forma di compresse orosolubili ad azione rapidissima (paragonabile all'iniezione i.m.);
- la *buprenorfina* sotto forma di fiale per uso parenterale, di compresse ad assorbimento sublinguale e di cerotto ad assorbimento transcutaneo;
- l'*ossicodone* è disponibile in combinazione con il paracetamolo e come formulazione a lento rilascio; è più completamente assorbito per os rispetto alla morfina e può avere un profilo farmacologico più favorevole in alcuni pazienti.
- l'*idromorfone* ha un'azione simile a quella della morfina ma è circa 5 volte più potente; è disponibile solo in compresse a lento rilascio (durata d'azione 24 ore).

Linee guida per il dosaggio della morfina per via orale.

- Dose iniziale.
 - pazienti “vergini”: 5 mg di morfina pronta ogni 4 ore oppure 10 mg di morfina a lento rilascio ogni 12 ore;
 - pazienti già in trattamento con altri oppioidi: usare le tabelle di conversione.
- Trovare la dose efficace.
 - aumentare la dose quotidiana del 30%-50% ogni 24 ore fino al raggiungimento del controllo del dolore o di effetti collaterali non dominabili;
 - durante il decorso della malattia talora può anche essere opportuno ridurre la dose (ad esempio dopo interventi antineoplastici).
- Somministrare il farmaco ad orario fisso in base alla sua farmacocinetica (ogni 4 ore la soluzione pronta e ogni 12 ore la formulazione a lento rilascio).
- Dosi supplementari “al bisogno”: si possono usare oppioidi ad emivita breve per os, per via transmurale, rettale o parenterale ogni due- quattro ore; ogni singola dose supplementare sarà equivalente al 10%-20% dell’apporto quotidiano.
- Trattare gli effetti collaterali.

Effetti collaterali: Trattamento.

- Costipazione. Si manifesta nella quasi totalità dei pazienti e non va incontro al fenomeno della tolleranza. Per questo motivo è consigliabile iniziare subito un trattamento con lassativi (preferibilmente ammorbidenti e lubrificanti ma spesso anche osmotici).
- Nausea e vomito. Presenti circa nel 20% dei pazienti, sono di solito transitori (a meno che non vi siano cause organiche). Vanno trattati in primo luogo con procinetici (metoclopramide o prodotti analoghi) ma, in caso di inefficacia, con neurolettici (ad es. aloperidolo 1-2 mg al giorno).
- Sedazione. Si presenta spesso (almeno in un paziente su cinque) all’inizio del trattamento o in occasione degli aumenti di posologia, ma di solito recede o si riduce notevolmente dopo 2-4 giorni.
- Ritenzione urinaria. Si ritiene si riscontri nel 5% dei pazienti, in particolare nei maschi con ipertrofia prostatica. In alcuni casi può essere necessario ricorrere alla cateterizzazione vescicale.
- La depressione respiratoria, il più pericoloso degli effetti collaterali, in realtà non si verifica mai se i dosaggi vengono aumentati gradualmente. Si tratta quindi di un’evenienza dovuta ad erroneo sovradosaggio massivo. Va trattata con il naloxone, antidoto degli oppioidi.

Tolleranza e dipendenza nei confronti degli oppioidi.

La tolleranza (necessità di aumentare il dosaggio per raggiungere l’azione analgesica) è un effetto normale e prevedibile degli oppioidi; spesso però viene confusa con la tolleranza la necessità di aumentare le dosi per controllare un dolore che cresce in conseguenza della crescita neoplastica. Comunque ciò non costituisce un problema dal momento che gli oppioidi forti non dimostrano un “effetto tetto” e le dosi possono essere aumentate di molte volte. D’altra parte si osserva che a volte i dosaggi efficaci si mantengono costanti a lungo. Talora per ovviare alla tolleranza può essere utile passare ad un oppioide diverso (non sempre esiste la tolleranza crociata).

La dipendenza fisica consiste nella comparsa di sindrome da astinenza in caso di sospensione brusca del farmaco ed è un effetto prevedibile che viene facilmente evitato mediante una sospensione graduale.

La dipendenza psicologica (tossicodipendenza), intesa come necessità compulsiva a procurarsi il farmaco con ogni mezzo, tristemente nota nell'ambito di coloro che assumono oppioidi (per lo più eroina, molto raramente morfina) per scopi non sanitari, è un'evenienza eccezionale tra chi assume tali farmaci per fini analgesici e non deve quindi costituire un alibi od una remora al loro uso nel paziente con dolore neoplastico.

In realtà può capitare che venga erroneamente considerato dipendente dagli oppioidi chi venga trattato con dosaggi insufficienti soprattutto per frequenza (ad esempio con preparati a pronto rilascio ogni 6-8 ore quando la loro farmacocinetica fa prevedere la necessità di somministrarli ogni 4 ore): in questi casi il malato sarà indotto a richiedere il farmaco più spesso.

Vie di somministrazione alternative per gli oppioidi.

Nonostante la via orale sia la via di elezione nella grande maggioranza dei pazienti, a volte si rendono opportune o indispensabili vie alternative per periodi transitori o definitivamente.

- Via sottocutanea: da utilizzare in caso di disfagia, nausea e vomito, occlusione intestinale, stato cognitivo alterato; viene preferita l'infusione continua per la praticità di gestione e perché permette di evitare i picchi ematici tipici dei boli. La quantità da infondere, per la morfina, è la metà o un terzo di quella assunta per os.
- Via venosa: ha le medesime indicazioni della via sottocutanea ed i tassi ematici raggiunti con le due vie sono praticamente sovrapponibili; più impegnativa della precedente può essere preferita in caso di edemi diffusi o reazione abnorme del sottocute e quando una via venosa sia già disponibile (es. catetere centrale, portal).
- Via transdermica: disponibile per il solo fentanyl e per la buprenorfina; alternativa alle vie s.c. ed e.v. delle quali è più confortevole ma meno flessibile; adatta a pazienti con situazione clinica stabile.
- Via rettale: la biodisponibilità degli oppioidi somministrati per via rettale è simile a quella della via orale con inizio d'azione forse un po' più rapido; non adatta alla somministrazione cronica (mancanza di prodotti a lunga durata d'azione, irritazione locale) è molto utile per i parossismi dolorosi (breakthrough pain).
- Via sublinguale e buccale: disponibile finora per la buprenorfina e per un nuovo preparato di fentanyl, ha caratteristiche simili alla via rettale (rapidità d'azione, evita il metabolismo epatico di primo passaggio).
- Via spinale: può produrre analgesia con dosi considerevolmente più basse di quelle richieste per via sistemica, quindi trova indicazione in pazienti con un dolore controllato dagli oppioidi per via sistemica, ma a scapito di eccessivi effetti collaterali. Alcuni casi di dolore non sensibile agli oppioidi (es. incident) possono essere trattati con l'aggiunta di anestetici locali. La via spinale (peridurale o subaracnoidea) è notevolmente più impegnativa delle altre vie e solo una piccola frazione di pazienti (3% - 5%) ne necessita realmente.

6.3 FARMACI ADIUVANTI.

Non hanno un'attività analgesica diretta ma il loro effetto risulta analgesico in certi tipi di dolore o in situazioni patologiche particolari.

- antidepressivi triciclici: in particolare è stata ampiamente dimostrata l'efficacia dell'amitriptilina da 10 a 75 mg, in un'unica somministrazione serale, nel dolore neuropatico continuo (neuropatia diabetica e post-erpetica); tuttavia non sono indicazioni ufficiali presenti nella scheda tecnica.
- anticonvulsivanti: è nota l'efficacia della carbamazepina (200- 1200 mg al giorno) nella nevralgia trigeminale; il gabapentin (300- 3600 mg al giorno) è l'unico farmaco ad avere

l'indicazione ufficiale per il dolore neuropatico in genere; il pregabalin (150 – 600 mg al giorno) è indicato per il trattamento del dolore neuropatico periferico.

- corticosteroidi: nel dolore da compressione di strutture nervose (midollo, tronchi e plessi), da neoplasie cerebrali, da distensione di capsule di organi (es. glissoniana), nella cefalea da ipertensione endocranica.
- antispastici: nelle coliche intestinali e ureterali (es. ioscina butilbromuro 40-80 mg al giorno)
- baclofen: 10-75 mg al giorno negli spasmi dei muscoli striati
- octreotide: 0,1-0,5 mg due volte al giorno nei sintomi dell'occlusione intestinale neoplastica
- bifosfonati: nel dolore da metastasi ossee
- anestetici locali per uso topico: ad es. lidocaina viscosa 2% nel dolore da neoplasie ulcerate del cavo orale

6.4 RACCOMANDAZIONI PER L'UTILIZZO DEGLI ANALGESICI

Somministrazione ad orario fisso

➤ *1° scalino: pazienti precedentemente non trattati con analgesici*

- Farmaco di prima scelta: paracetamolo 500-1000 mg ripetibile 3-4 v. al dì (max 3000 mg) per os
- Alternative: ibuprofen 400-600 mg 3-4 v. al dì (max 1800 mg/die) p.o.
diclofenac 50 mg 3 v. al dì (100 mg R 2 v.; max 200 mg/die per os)

➤ Se non efficace: **2° scalino**

- Paracetamolo 500 mg + codeina 30 mg 1-2 cp 3-4 v. al dì (max 6 cp/die)
- Tramadolo 100 –200 mg p.o. o i.m. 2-3 volte al dì (max 400-600 mg/die) associato o meno a FANS

➤ Se non efficace: **3° scalino**

- Oppioidi forti (morfina, ossicodone, buprenorfina, fentanyl, metadone, idromorfone) associati o meno a FANS
- Valutare l'opportunità di adiuvanti analgesici

Farmaci per somministrazione “al bisogno” (in caso di dolore nonostante terapia ad orario fisso)

➤ **1° e 2° scalino:**

- paracetamolo – codeina 1-2 c (se non usato già come farmaco di base a dosaggio massimale), ripetibile ogni 6 ore
- FANS (se l'analgesico di base non è già un FANS)

➤ **3° scalino:**

- un oppioide ad azione rapida alla dose di 10-20% di quella totale, preferibilmente per os (ad es. morfina o ossicodone a pronto rilascio)
- un FANS se il paziente non è già in trattamento con FANS

7. GESTIONE DEL DOLORE POSTOPERATORIO

Il Comitato Aziendale ha ritenuto di poter raccomandare, riguardo al dolore postoperatorio (DPO), le linee guida della SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia e Terapia intensiva): esse sono state recepite e proposte, pur con qualche modifica, come “suggerimenti “ dai referenti anestesisti di ciascuna specialità chirurgica. Per semplificare quanto più possibile l’approccio al DPO, questo è stato suddiviso, utilizzando la classificazione maggiormente adottata in letteratura, in 3 classi: dolore lieve, dolore moderato e dolore severo.

Dolore lieve: si classifica un intervento a dolore lieve quando la sintomatologia algica è dovuta esclusivamente a ferite di piccole dimensioni con componente esclusivamente nocicettiva somatica. Il dolore pertanto è prevalentemente infiammatorio; il protocollo prevede un trattamento per le prime 24 ore prevalentemente con FANS, se non controindicati. Sarà possibile quindi trattare questo tipo di dolore con analgesici ad orari fissi.

Dolore moderato: la sintomatologia algica in questo caso è dovuta non solo alla ferita, ma anche a lesione o stiramento dei visceri, con conseguente dolore nocicettivo somatico e viscerale. Vista la componente viscerale, i pazienti possono lamentare nausea e vomito. Il protocollo prevede in questo caso un trattamento per 48 ore in cui viene associato al FANS anche un oppioide minore. Vista la necessità di utilizzo di questi ultimi, sarà necessario somministrare i farmaci analgesici in continuo (device endovenoso), in modo da mantenere costanti le concentrazioni farmacologiche efficaci

Dolore severo: si classifica un intervento a dolore severo quando la sintomatologia algica è dovuta ad una ferita di grandi dimensioni e/o in una zona riccamente innervata da nocicettori (osso) e/o in una zona molto sollecitata (torace o quadranti superiori dell’addome). Inoltre vengono classificati a dolore severo gli interventi in cui, oltre alla lesione somatica e viscerale sono presenti numerose invasività, quali drenaggi o sondini, che determinano una continua stimolazione algica. Infine bisogna tener conto del fatto che , in interventi maggiori, vi possono essere anche lesioni neurologiche con conseguente dolore neuropatico. Per tutti questi fattori, il monitoraggio del DPO va in questi casi protratto fino alle prime 72 /96 ore. Anche in questo caso è necessaria la somministrazione di analgesici in continuo, con device endovenoso o neuro assiale (catetere peridurale) associata, se necessario, a boli di analgesico aggiuntivo (rescue dose).

Le linee guida (Allegato n.6) si intendono per pazienti con massimo ASA3 che possono essere inviati in reparto.

Ogni condizione che modifica tale parametro dovrà essere attentamente valutata e adeguatamente modificata dall’anestesista.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Zanetti E., Zani M., Valutazione del dolore nell’anziano con demenza, Progetto Ecce, Dossier infad, anno 3, n. 36, febbraio 2008
2. Brugnolli A., La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo, AIR, 2007, 26 (1): 38-45
3. RNAO, Nursing Best Practice Guidelines: assessment & management of pain, November 2002, Revised 2007
4. Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. Morphine in cancer pain: modes of administration. BMJ 312; 1996: 823-26
5. Zeppetella G., Gestione farmacologica del dolore episodico intenso nei pazienti oncologici, Italian Journal of Pain Management and palliative care, Supplemento settembre 2005
6. Mercadante S., Safety and effectiveness of intravenous morphine for episodic (breakthrough) pain using fixed ratio with the oral daily morphine dose, Journal of

- pain and symptom Management 2004:27(4):352-59
7. Ferrari R., Partinico M., Trapanotto, Misurazione e valutazione dell'esperienza di dolore, Continuing education in Algologia n. 2, Il Pensiero scientifico ed., 2001
 8. Corli O.: "Oppioidi", Continuing Education in Algologia n.4, Il Pensiero Scientifico Editore Roma, 2001.
 9. Ferrari R., Martini M., Mondini S., Novello C., Palomba D., Scacco C., Toffolon M., Valerio G., Vescovo G., Visentin M. 'Pain assessment in the non-communicative patient: the Italian version of the Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN).' *Aging Clinical and Experimental Research*, 2009 (in press).
 10. Buffum M, Hutt E, Chang VT, Craine MH, Snow AL. Cognitive impairment and pain management: review of issues and challenges. *J Rehabil Res Dev* 2007; 44: 315-30.
 11. Porter J., Jick H.: "Addiction rate in patients treated with narcotics", *N. Engl. J. Med.*, 302:123, 1980.
 12. Porter J., Jick H.: "Addiction rate in patients treated with narcotics", *N. Engl. J. Med.*, 302:123, 1980;
 13. SIAARTI recommendations for the treatment of postoperative pain, *Minerva Anestesiol.* 2002, 68:735-50

ALLEGATO N.1 RILEVAZIONE DEL DOLORE ALL'ENTRATA IN REPARTO DEL PAZIENTE ADULTO

| DOLORE | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|-----------------------|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Assente | | | | | | | il peggiore possibile | | | |

(cerchiare il numero corrispondente)

insorto da: meno di 7 gg da 7 gg a 3 mesi più di 3 mesi

andamento temporale: continuo al movimento crisi parossistiche

possibile causa del dolore.....

terapia antidolorifica a casa: non oppioidi.....

oppioidi.....

programma terapia antidolorifica ad orario fisso:

non oppioidi.....

oppioidi.....

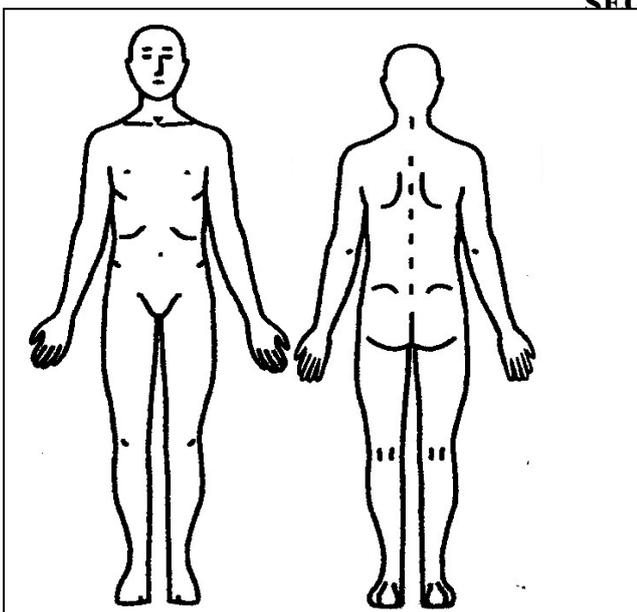
analgesici aggiuntivi se dolore NRS \geq 4

se il modulo non è stato compilato, indicare il motivo

.....

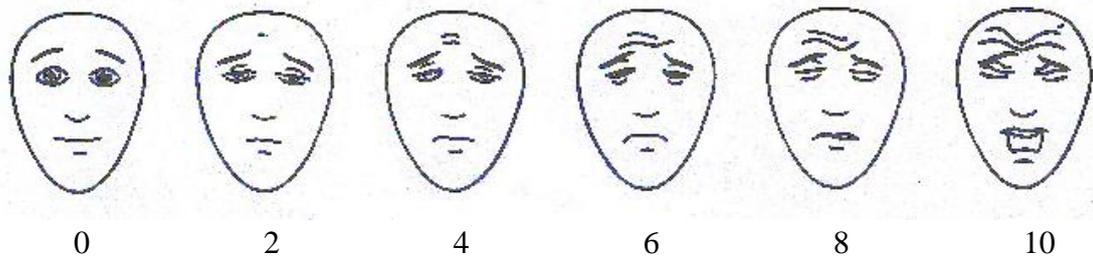
SEG

SEGNARE CON FRECCIA LA LOCALIZZAZIONE DEL DOLORE



ALLEGATO N.2 RILEVAZIONE DEL DOLORE ALL'ENTRATA IN REPARTO DEL PAZIENTE PEDIATRICO

SCALA CON LE FACCE DI BIERI



(cerchiare il numero corrispondente)

insorto da: meno di 7 gg da 7 gg a 3 mesi più di 3 mesi

andamento temporale: continuo al movimento crisi parossistiche

possibile causa del dolore.....

terapia antidolorifica a casa: non oppioidi.....

oppioidi.....

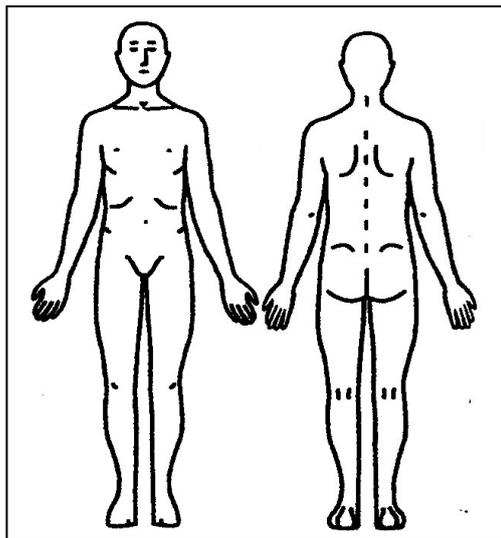
programma terapia antidolorifica ad orario fisso:

non oppioidi.....

oppioidi.....

analgesici aggiuntivi se dolore NRS≥4

se il modulo non è stato compilato, indicare il motivo



SEGNARE CON FRECCIA LA LOCALIZZAZIONE DEL DOLORE

ALLEGATO N.3: SCALA NOPPAIN

NOPPAIN

(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)
Strumento di valutazione del dolore per pazienti non comunicanti.

| | |
|-----------------------|--|
| Nome del compilatore: | |
| Nome dell'ospite: | |
| Data: | |
| Ora: | |

ISTRUZIONI: Il personale di assistenza dovrebbe effettuare almeno 5 minuti di attività assistenziali quotidiane all'ospite osservando i comportamenti da dolore. Il presente modulo dovrebbe essere compilato subito dopo le attività assistenziali.

| I. Scheda di controllo delle attività Segna "si" o "no" per ciascuna voce nelle colonne A e B | | A Lo hai fatto? | B Hai osservato dolore mentre lo facevi? |
|--|--|--|--|
| A. Mettere l'ospite a letto o osservarlo mentre si sdraia | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| B. Voltare l'ospite nel letto | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| C. Spostare l'ospite (dal letto alla sedia, dalla sedia al letto, da in piedi o dalla carrozzina al bagno) | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| D. Far sedere l'ospite sul letto o osservarlo mentre si siede | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| E. Aiutare l'ospite a stare in piedi o osservarlo mentre sta in piedi | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| F. Vestire l'ospite | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| G. Alimentare l'ospite | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| H. Aiutare l'ospite a camminare o osservarlo mentre cammina | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| I. Fare il bagno all'ospite o fargli una spugnatura | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| PUNTEGGIO Somma il numero delle caselle "SI" che hai segnato nella colonna B | | TOTALE 1 <input type="text"/> | |

| II. Comportamento da dolore Che cosa hai visto o sentito durante l'assistenza? | |
|---|---|
| Parole di dolore? • "Mi fa male!" • "Ahi!" • "Basta!" Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità hanno avuto le parole di dolore? 0 1 2 3 4 5 Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile | Mimica facciale di dolore? • Smorfie • Trasalimenti • Sopracciglia aggrottate Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità ha avuto la mimica di dolore? 0 1 2 3 4 5 Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile |
| Vocalizzi di dolore? • Gemitì Lamenti • Grugniti Pianti • Rantolì Sospiri Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità hanno avuto i vocalizzi di dolore? 0 1 2 3 4 5 Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile | Si immobilizza? • Rigidità • Sostenere una parte del corpo • Proteggersi Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità ha avuto l'immobilizzazione? 0 1 2 3 4 5 Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile |
| Si massaggia? • Frizionare la zona dolerante Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità ha avuto il massaggio? 0 1 2 3 4 5 Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile | Irrequietezza? • Frequente cambio di posizione • Dondolio • Incapacità di stare seduto fermo Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Che intensità ha avuto l'irrequietezza? 0 1 2 3 4 5 Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile |
| PUNTEGGIO a. Somma il numero di caselle "SI" che hai segnato TOTALE 2a <input type="text"/> b. Somma i numeri che hai segnato sulle scale di intensità TOTALE 2b <input type="text"/> | |

III. Intensità del dolore
Valuta il dolore dell'ospite al massimo livello che hai notato oggi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Assente Lieve Moderato Intenso Peggior possibile

TOTALE 3

! Se l'ospite ha riferito di aver dolore, o il suo punteggio NOPPAIN è maggiore o uguale a 3, segnala l'ospite all'infermiere per un esame globale.

PUNTEGGIO NOPPAIN

TOTALE 1 + TOTALE 2a + TOTALE 2b + TOTALE 3 = **PUNTEGGIO NOPPAIN**

+ + + =

A U.S. Veterans Affairs METRIC™ educational product. Snow, A.L., O'Malley, K.J., Kunik, M.E., Cody, M., Bruera, E., Beck, C., & Ashton, C. Alteration of these materials is prohibited. This product can be copied and distributed free of charge for clinical or scholarly use. Development was supported by VA HSR&D and NIMH. Contact Dr. Snow at LynnA.Snow@med.va.gov

Versione italiana a cura di R.Ferrari, M.Visentin e P.Morandini. PROGETTO CURDOL, IPAB Proti-Salvi-Trento, Vicenza. Contattare dr. Ferrari a psic.terapiadolore@ulssvicenza.it

| | | | | |
|--------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------|--|
| metadone | os, (e.v.) | 2 mg x 2 | * | Stipsi, sonnolenza, nausea, accumulo |
| fentanyl | transcutanea buccale | 12µ g/h 200 µg | * 1600 µg | Stipsi, sonnolenza, nausea, insonnia |
| idromorfone | os | 8 mg x 1 | * | Stipsi, sonnolenza, nausea (depressione respiratoria) |

§: in combinazione con il paracetamolo (500 mg in ogni c di codeina; 325 mg in ogni c di ossicodone)

*: il dosaggio massimo è individuale e dipende dagli effetti collaterali

Tab 3: farmaci adiuvanti per il dolore neuropatico.

| Nome | Via somm. | Dose iniziale | Dose max | Effetti collaterali |
|----------------------|-----------|---------------------|--------------------|---|
| amitriptilina | os | 10 mg (sera) | 100-150 mg | Sedazione, ipotensione, xerostomia |
| carbamazepina | os | 100 mg x 2 | 400 mg x 3 | Sedazione, atassia, nausea/vomito |
| gabapentin | os | 100 mg x 3 | 1200 mg x 3 | Sonnolenza, vertigini, atassia |
| pregabalin | os | 25 mg x 2 | 300 mgx3 | Sonnolenza, vertigini, atassia |

ALLEGATO N.6: TRATTAMENTO DEL DOLORE POSTOPERATORIO NELL'ADULTO IN FUNZIONE DELL'INTENSITA' DEL DOLORE

| Intensità dolore | Durata dolore | Terapia analgesica postoperatoria |
|------------------|---------------|---|
| severo | 2-3giorni | Infiltrazione ferita con AL + Perdurale con: Naropina 0.1 - 0,2% + FNT 300 mcg 48 ore a velocità 5-7- 12 ml/h EV: morfina 0,5 mg/kg/die + ketorolac 90 mg die, + droperidolo 2,5 mg die, per 48 ore in infusione |

| | | |
|----------|------------|---|
| | | continua |
| moderata | 1-2 giorni | Infiltrazione ferita con AL + EV: tramadolo, 200-300 mg die + ketorolac 90 mg die, + droperidolo 2,5 mg die, in infusione continua Blocchi periferici |
| lieve | 1-2 giorni | Infiltrazione della ferita con AL + FANS ogni 6-8 ore o paracetamolo ogni 8 ore Blocchi periferici |

CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN BASE ALL'INTENSITA' DEL DOLORE

Chirurgia Generale

| INTERVENTO | TIPO DI DOLORE | DURATA TRATTAMENTO |
|---------------------------------|----------------|--------------------|
| Appendicectomia | Lieve/moderato | 48h |
| Asportazione cisti-lipomi | Lieve | 24h |
| Biopsia mammella | Lieve | 24h |
| Chirurgia coloretale | Severo | 72h |
| Chirurgia pancreas | Severo | 72h |
| Chirurgia tratto biliare | Severo | 72h |
| Chirurgia esofago | Severo | 72h |
| Chirurgia gastroduodenale | Severo | 72h |
| Chirurgia proctologica | Severo | 24h |
| Colecistectomia LPS | Moderato | 24-48h |
| Colecistectomia LPT | Severo | 48h |
| Confezionamento ano- praeter | Moderato | 24-48h |
| Dermoide sacrale | Moderato | 24h |
| Ernie | Lieve | 24h |
| Laparocele | Moderato | 24-48h |

| | | |
|-----------------------|----------|--------|
| Mastectomia | Moderato | 48h |
| Quadrantectomia | Moderato | 48h |
| Resezione epatica | Severo | 72h |
| Splenectomia | Severo | 72h |
| Surrenalectomia | Severo | 72h |
| Svuotamento ascellare | Moderato | 48h |
| Toracotomia | Severo | 48-72h |
| Toracosopia | Moderato | 24h |
| Varici arto inferiore | Lieve | 24h |

Ortopedia

| INTERVENTO | TIPO DI DOLORE | DURATA TRATTAMENTO |
|-----------------------------|-----------------|--------------------|
| Alluce valgo | Moderato | 24h |
| Amputazione arto inf. | Moderato | 48h |
| Artroprotesi anca | Moderato | 72h |
| Artroprotesi ginocchio | Severo | 72h |
| Artroscopia ginocchio | Lieve | 24h |
| Artroscopia spalla | Moderato/severo | 24-48h |
| Asportazione cisti | Lieve | 24h |
| Borsiti | Lieve | 24h |
| Conflitto acromion-claveare | Moderato | 24-48h |
| Cuffia dei rotatori | Moderato | 24-48h |
| Decompressione nervosa | Lieve | 24h |
| Dito martello/scatto | Lieve | 24h |
| Endoprotesi anca | Moderato | 48h |
| Ernia del disco | Moderato | 24h |
| Fissatori vertebrali | Severo | 72h |
| Fissatori esterni arto sup. | Lieve | 48h |

| | | |
|-----------------------------------|-----------------|--------|
| Fissatori esterni arto inf. | Moderato | 48h |
| Frattumoderato/severore arto sup. | Moderato | 48h |
| Fratture arto inf. | Moderato/severo | 48h |
| Legamentoplastica ginocchio | Moderato/severo | 48-72h |
| Lussazione anca | Lieve | 24h |
| Lussazione spalla | Lieve | 24h |
| Lussazione arto inf. | Lieve | 24h |
| Lussazione arto sup. | Lieve | 24h |
| Morbo Dupuytren | Lieve/moderato | 24h |
| Piedecavo/piatto/equino | Moderato | 48h |
| Protesi spalla | Severo | 48h |
| Rimozione corpo estraneo | Lieve | 24h |
| Rimozione mezzi di sintesi | Lieve | 24h |
| Sindrome tunnel carpale | Lieve | 24h |
| Sostituzione protesi | Severo | 72h |
| Suture tendinee | Lieve | 24h |

Ginecologia

| INTERVENTO | TIPO DOLORE | DI | DURATA TRATTAMENTO |
|--|-----------------|----|--------------------|
| Asportazione/incisione/marsupializzazione ascessi/cisti/ghiandole vaginali | Moderato | | 24h |
| Cerchiaggio vaginale | Lieve | | 24h |
| Chirurgia VL esplorativa | Lieve | | 24h |
| Chirurgia VL operativa | Moderato | | 24h |
| Colpoisterectomia | Moderato/severo | | 48h |

| | | |
|------------------------------|-----------------|--------|
| Colposospensioni | Moderato/severo | 48h |
| Conizzazione cervice uterina | Lieve | 24h |
| Isterectomia/miomectomia | Severo | 48h |
| Isteroannessiectomia | Severo | 48h |
| Isteroscopia esplorativa | Lieve | 24h |
| Isteroscopia operativa | Lieve | 24h |
| RCU | Lieve | 24h |
| Sterilizzazione tubarica | Lieve | 24h |
| Sutura lacerazione vaginale | Moderato | 24-48h |
| TC | Moderato | 24h |
| Vulvectomia | Severo | 48h |

Urologia

| INTERVENTO | TIPO DOLORE | DI | DURATA TRATTAMENTO |
|-------------------------|-------------|----|--------------------|
| Adenomectomia | Moderato | | 48h |
| Cistectomia | Severo | | 48h |
| Endoscopia urologia | Lieve | | 24h |
| Fimosi | Lieve | | 24h |
| Orchiectomia | Moderato | | 24-48h |
| Nefrectomia | Severo | | 48h |
| Prostatectomia radicale | Severo | | 48h |
| TURP-TURV | Lieve | | 24h |
| Varicocele | Lieve | | 24h |

Oculistica

| INTERVENTO | TIPO DOLORE | DI | DURATA TRATTAMENTO |
|--------------------------|----------------|----|-----------------------|
| Cataratta | Lieve | | 24h |
| Distacco di retina | Moderato | | 24h |
| Enucleazione | Moderato | | 24h |
| Interventi vie lacrimali | Moderato | | 24h |
| Strabismo | Moderato | | 24h |
| Vitrectomia | Moderato | | 24h |

ORL

| INTERVENTO | TIPO DI DOLORE | DURATA TRATTAMENTO |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Tiroidectomia | Lieve/moderato | 24h |
| Adenoidectomia | Lieve | 24h |
| Emiglossectomia | Moderato | 24h |
| Cordectomia | Lieve | 24h |
| Interventi per sinusite | Moderato | 24h |
| Interventi rinologici | lieve | 24h |
| Interventi sulla laringe | Moderato | 24h |
| Linfoadenecto-svuotamento LC | Lieve | 24h |
| Microlaringoscopia | Nulla/lieve | 24h |
| Miringo-timpanoplastica | Lieve | 24h |
| Riduzione frattura ossa nasali | Lieve | 24h |
| Tonsillectomia | Moderato | 24h |
| Tracheotomia | Lieve | 24h |
| Uvuloveloplastica | Moderato | 24h |

Chirurgia Vascolare

| INTERVENTO | TIPO DOLORE | DI | DURATA TRATTAMENTO |
|----------------------------|-------------|----|--------------------|
| Amputazione arto inferiore | Moderato | | 48h |
| AAA | Severo | | 72h |
| By-pass aorto femorale | Severo | | 72h |
| By-pass arto inferiore | Moderato | | 72h |

ALLEGATO N.7: RACCOMANDAZIONI PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE**POSTOPERATORIO IN ETA' PEDIATRICA****PROTOCOLLO "A" PER INTERVENTI A COMPONENTE ALGICA LIEVE**

1. PREANESTESIA ADEGUATA (per quantità e tempo di somministrazione)
MIDAZOLAM (0,3-0,5mg /Kg per OS, sino a massimo 10 mg).
2. APPLICAZIONE CREMA ANESTETICA (EMLA) nei siti di venipuntura 45 min. prima dell'arrivo in sala operatoria
3. PARACETAMOLO : supposte 40 mg/Kg dopo l'intubazione
4. ANESTESIA CON OPPIACEI
5. INFILTRAZIONE FERITA CHIRURGICA (quando possibile) con:
Bupivacaina 0,25% 0,5 ml/Kg
Ropivacaina 0,2%
6. ANALGESICI AD ORARIO
 - Bambini (0-6 anni)
Paracetamolo 20 - 30 mg/Kg/8h (rettale) per un massimo 100-120 mg/Kg/die

oppure

Paracetamolo + codeina dose come sopra
 - Bambini (> 6 anni)
Paracetamolo 15 mg/Kg/8h e.v. (perfalgan)

oppure

Ketorolac (0,5 mg /Kg/8h) e.v.

PROTOCOLLO PER INTERVENTI A COMPONENTE ALGICA MODERATA**PROTOCOLLO "A" + BLOCCO**

Blocco periferico:

- blocco del pene (+++ per ipospadia) BUPIVACAINA (senza adrenalina) 0,5% 0,1ml/ Kg (max 5ml. per parte)
- blocco del nervo femorale
- blocco dei muscoli intercostali

Blocco centrale:

- peridurale sacrale (o caudale) BUPIVACAINA 0,25% - 1 ml/Kg (2,5mg/Kg)
- spinale

PROTOCOLLO "A" + ELASTOMERO (> 6 ANNI)

- Tramadolo 0,5 - 1 mg/Kg ogni 6 h
- Ketoralac 0,15 mg/Kg/h

PROTOCOLLO PER INTERVENTI A COMPONENTE ALGICA ELEVATA

1. NEONATO: ritorna intubato in T.I. neonatale – infusione di FNT 2 /Kg/ora e.v. o morfina 5-15 /Kg/h
2. LATTANTE
 - Se intubato va in TIPO con infusione e.v. di FNT o di morfina (come sopra) o remifentanil (0,05 - 0,125 □ /Kg/m).
 - Se estubato, in respiro spontaneo, in T.I. Chirurgia Pediatria o TIPO.
Infusione e.v. Tramadolo 1-2 mg/Kg/6h o morfina in infusione e.v. 5-15 γ /Kg/h.
3. ETA' PRESCOLARE come sopra.
4. ETA' SCOLARE: infus. ev.tramadolo o morfina + Ketoralac (0,17mg/Kg/h, max 90 mg/die)

In Terapia Intensiva., in caso di uso di oppiacei, è necessario il monitoraggio di SaO₂ e la valutazione della sedazione con una semplice scala a punteggio:

- 0 occhi aperti
- 1 dorme, ma è facilmente risvegliabile;
- 2 dorme, ma è difficilmente risvegliabile;
- 3 non è risvegliabile.

Scala per il dolore e la sedazione di GOS

| Dolore | Sedazione |
|---|--|
| P1 Senza dolore | S1 Sveglia e vigile |
| P2 Dolore al movimento | S2 Sonnolento |
| P3 Dolore confortabile | S3 Riposa e si muove spontaneamente |
| P4 Dolore costante ma sopportabile | S4 Dorme ma si sveglia se stimolato |
| P5 Dolore costante non controllabile | S5 Difficile da risvegliare |

ALLEGATO N.8: DIRITTI DELLE PERSONE CON DOLORE E DOVERI DELLE STRUTTURE SANITARIE NEI CONFRONTI DELLE PRESONE CON DOLORE**CARTA DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DOLORE**

1. DIRITTO A NON PROVARE DOLORE
Ogni persona ha diritto che nelle strutture sanitarie venga fatto il possibile per alleviare il dolore dovuto a malattie acute e croniche, a manovre diagnostico-terapeutiche ed assistenziali
2. DIRITTO AL RICONOSCIMENTO DEL DOLORE
Ogni persona ha diritto di comunicare, di essere ascoltata e creduta quando esprime un dolore
3. DIRITTO DI ACCESSO ALLA TERAPIA DEL DOLORE E AD UNA ASSISTENZA QUALIFICATA
Ogni persona ha diritto di essere presa in carico per alleviare il dolore con metodi di efficacia dimostrata, di provata sicurezza e con documentata competenza
4. DIRITTO AD UNA ASSISTENZA CONTINUA
Ogni persona dimessa o trasferita ad altra struttura ha diritto alla continuità nella terapia analgesica e nel monitoraggio del dolore
5. DIRITTO AD UNA SCELTA LIBERA E INFORMATATA
Ogni persona ha diritto a partecipare attivamente alle decisioni sulla gestione del proprio dolore
6. DIRITTO DEL BAMBINO, DELL'ANZIANO E DEI SOGGETTI CHE "NON HANNO VOCE"
I bambini, gli anziani e i soggetti che "non hanno voce" hanno diritto al pari di tutti che il dolore venga riconosciuto ed alleviato

CARTA DEI DOVERI DELLE STRUTTURE SANITARIE NEI CONFRONTI DELLA PERSONA CON DOLORE

1. LE STRUTTURE SANITARIE DEVONO METTERE IN ATTO PROGRAMMI DI FORMAZIONE DEI PROPRI OPERATORI SULL'APPROCCIO E IL TRATTAMENTO DEL DOLORE
2. OGNI UNITA' OPERATIVA DEVE SEGUIRE PROTOCOLLI PER LA RILEVAZIONE, VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL DOLORE.
3. IN OGNI UNITA' OPERATIVA DEVONO ESSERE INDIVIDUATI UNO O PIÙ REFERENTI MEDICI E INFERMIERISTICI CHE SIANO DI RIFERIMENTO PER I MALATI CON DOLORE E COORDININO I PROGRAMMI AZIENDALI CONTRO IL DOLORE.

4. IN OGNI AZIENDA SANITARIA DEVONO ESSERE DISPONIBILI TEMPESTIVAMENTE I FARMACI ANALGESICI PRESENTI NEI PRONTUARI TERAPEUTICI REGIONALI.
5. IN OGNI AZIENDA DEVE ESSERE PRESENTE UN'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE COMPOSTA DA PROFESSIONISTI DI DIVERSE DISCIPLINE ESPERTI NEI PROBLEMI DEL DOLORE.
6. OGNI UNITA' OPERATIVA DEVE GARANTIRE AI PAZIENTI DIMESSI O TRASFERITI AD ALTRO SETTING ASSISTENZIALE UNA CONTINUITA' NELLA TERAPIA ANALGESICA E NEL MONITORAGGIO DEL DOLORE

ALLEGATO N.9: DIRITTI DEI MALATI TERMINALI E DOVERI DELLE STRUTTURE SANITARIE NEI CONFRONTI DEI MALATI TERMINALI

CARTA DEI DIRITTI DEI MALATI TERMINALI

1. IL MALATO TERMINALE HA DIRITTO AD ESSERE CONSIDERATO PIENAMENTE COME PERSONA SINO ALLA MORTE
2. IL MALATO TERMINALE HA DIRITTO AD ESSERE INFORMATO SULLE PROPRIE CONDIZIONI, SE COSI' DESIDERA, MA ANCHE A NON ESSERE INFORMATO SULLE STESSE, SE COSI' DESIDERA
3. IL MALATO TERMINALE HA DIRITTO A NON ESSERE INGANNATO E A RICEVERE RISPOSTE VERITIERE
4. IL MALATO TERMINALE HA DIRITTO A PARTECIPARE ALLE DECISIONI CHE LO RIGUARDANO E AL RISPETTO DELLA PROPRIA VOLONTA'
5. IL MALATO TERMINALE HA DIRITTO AL SOLLIEVO DEL DOLORE E DELLA SOFFERENZA
6. IL MALATO TERMINALE HA DIRITTO A CURE E ASSISTENZA CONTINUE NELL'AMBIENTE CHE PIU' DESIDERA
7. IL MALATO TERMINALE HA DIRITTO A NON SUBIRE INTERVENTI CHE PROLUNGHINO IL PROCESSO DEL MORIRE
8. IL MALATO TERMINALE HA DIRITTO AD ESPRIMERE LE PROPRIE EMOZIONI
9. IL MALATO TERMINALE HA DIRITTO ALL'AIUTO PSICOLOGICO E AL CONFORTO SPIRITUALE, SECONDO LE PROPRIE CONVINZIONI E LA PROPRIA FEDE
10. IL MALATO TERMINALE HA DIRITTO AD AVERE VICINO I PROPRI CARI
11. IL MALATO TERMINALE HA DIRITTO A NON MORIRE NELL'ISOLAMENTO E IN SOLITUDINE
12. IL MALATO TERMINALE HA DIRITTO A MORIRE IN PACE E CON DIGNITA'

CARTA DEI DOVERI DELLE STRUTTURE SANITARIE NEI CONFRONTI DEI MALATI TERMINALI

- 1- GLI OPERATORI DEVONO GARANTIRE LA CENTRALITA' DELLA PERSONA
- 2- GLI OPERATORI DEVONO RISPETTARE LA VOLONTA' DELLA PERSONA
- 3- GLI OPERATORI DEVONO DARE RISPOSTE CORRETTE E SINCERE, NON ELUDERE ALLE STESSE, UTILIZZANDO UN LINGUAGGIO SEMPLICE E COMPRESIBILE
- 4- GLI OPERATORI DEVONO OFFRIRE TRATTAMENTI CHE DIANO SOLLIEVO SENZA COMPORTARE RISCHI ECCESSIVI
- 5- GLI OPERATORI DEVONO GARANTIRE LA MIGLIORE QUALITA' DI VITA COMPATIBILMENTE CON LA GRAVITA' DELLE CONDIZIONI

- 6- GLI OPERATORI DEVONO GARANTIRE UNA MORTE DIGNITOSA NELL'AMBIENTE PIÙ CONFORTEVOLE POSSIBILE
- 7- GLI OPERATORI DEVONO ASTENERSI DALL'INTRAPRENDERE INTERVENTI O AZIONI NON PROPORZIONATI ALLE ASPETTATIVE E QUALITÀ DI VITA
- 8- GLI OPERATORI DEVONO ESSERE DISPONIBILI AD ASCOLTARE I BISOGNI DEL MALATO
- 9- GLI OPERATORI DEVONO GARANTIRE L'ASSISTENZA PSICOLOGICA E SPIRITUALE
- 10- GLI OPERATORI DEVONO FACILITARE LA PRESENZA ACCANTO AL MALATO DEI SUOI CARI
- 11- GLI OPERATORI DEVONO GARANTIRE LA PRESENZA DI PERSONE IN GRADO DI CONFORTARE E ASSISTERE LA PERSONA
- 12- GLI OPERATORI DEVONO ASTENERSI DALLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI INUTILI

ALLEGATO N. 2

PROGETTO ASSISTENZA PSICOLOGICA NELLE UU.OO. CURE PRIMARIE**PREMESSE**

Le **U.U.O.O. Cure Primarie** si occupano di assistenza socio sanitaria territoriale e domiciliare per pazienti affetti da patologie croniche invalidanti dovute a malattie neoplastiche, degenerative, traumatiche, esiti di patologie cerebro-vascolari e deterioramenti dovuti all'avanzamento dell'età.

Tali patologie spesso comportano interventi che non sono in grado di modificare il decorso della malattia di base e pertanto mirano a fornire un'adeguata assistenza domiciliare con particolare attenzione al controllo del dolore e al mantenimento di livelli accettabili di qualità di vita del paziente e del contesto in cui vive.

Proprio per la pluridimensionalità di tali problematiche è imprescindibile un lavoro di equipe dove si sappia operare in concerto pur rispettando le molteplici competenze professionali anche appartenenti a istituzioni diverse: MMG, Medico Cure Primarie, Specialisti, Psicologi, Infermieri, Fisioterapisti, Operatori di assistenza, Assistenti Sociali ecc..

Nelle Cure Primarie, considerata la peculiarità dei pazienti, uno degli obiettivi primari è il raggiungimento della **migliore qualità di vita** possibile per i malati e le loro famiglie, per tali malati infatti la qualità della vita che resta da vivere è più importante della durata.

In considerazione di ciò appare indispensabile il ruolo e l'integrazione dello Psicologo in tali U.O.

Lo Psicologo dell'U.O. Cure Primarie dovrebbe pertanto integrarsi nel modello assistenziale olistico che tiene conto oltre che dell'aiuto clinico-fisiologico, anche dell'aiuto psicologico di cui l'ammalato necessita, del sostegno sociale e familiare al fine di assicurare condizioni esistenziali dignitose e mantenere la miglior qualità di vita possibile nei malati e nelle loro famiglie.

L'elemento significativo sperimentato di miglioramento sulla qualità di vita dei pazienti, soprattutto di quelli che vivono una fase di pre o terminalità, è la permanenza presso il loro domicilio a condizione che siano garantiti una adeguata assistenza medico-specialistica e socio-sanitaria, il sostegno psicologico al paziente nel rispetto della dignità personale ed il sostegno ai familiari.

Un altro aspetto importante di tale servizio sarebbe quello di porsi come riscontro e supporto rispetto agli operatori dei vari servizi distrettuali e territoriali direttamente coinvolti e come supporto nella formazione e nella sensibilizzazione al problema dell'assistenza al malato.

Infatti tale assistenza implica per gli operatori innanzitutto un cambio di ottica, non è solo un fornire prestazioni, ma un prendersi cura e comporta un grosso e oneroso impegno personale, per cui se non adeguatamente organizzati e supportati, più facilmente si può incorrere nei rischi di un calo delle motivazioni o esaurimento delle forze o in un eccessivo coinvolgimento emotivo. Inoltre le cure primarie coinvolgono, non solo le strutture sanitarie, ma anche i servizi sociali e spesso integrati dalle associazioni di volontariato, tutte risorse importanti che devono operare in sinergia e non separatamente per uno scopo comune: la miglior qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie.

In considerazione a quanto sopra esposto si ritiene opportuno attuare un **Progetto di assistenza psicologica nelle U.U.O.O. di cure primarie** che interesserà i pazienti, i familiari e operatori degli stessi servizi. Il progetto potrà essere considerato sperimentale e avrà la durata di due anni

Pianificazione del servizio/attività psicologiche nelle U.U.O.O. nelle cure primarie

Target:

- pazienti afferenti al servizio ADI delle U.U.O.O. Cure Primarie in fase di terminalità e con gravi patologie croniche
- familiari
- operatori socio - sanitari distrettuali
- operatori territoriali direttamente coinvolti

Obiettivi:

- aiutare i pazienti e/o i loro familiari nell'accettazione della malattia;
- supportare i pz. e/o i loro fam. nei momenti più delicati della malattia, cercando così di favorire loro una migliore qualità di vita;
- aiutare i familiari, direttamente coinvolti, a sostenere il carico psico-fisico che la malattia con tutte le sue complicità inevitabilmente comporta;
- supportare gli operatori socio- sanitari nelle eventuali difficoltà incontrate nella gestione dei vari casi;
- attuare eventuali interventi di supporto ai vari operatori dei servizi territoriali coinvolti
- valutare la QdV dei pazienti.
- promuovere fra i vari operatori coinvolti nel progetto assistenziale, la presa in carico globale del paziente e la condivisione degli obiettivi.

Metodologia operativa:

- partecipazione UVMD
- colloqui psicologici clinici di valutazione dei pazienti;
- interventi di supporto psicologico al paziente;
- colloqui di sostegno psicologico ai familiari;
- consulenze sia agli operatori distrettuali, che agli operatori territoriali;
- colloqui di diagnosi e valutazione della QdV, somministrando anche strumenti scientifici specifici (test, questionari);

I pazienti verranno segnalati dal Direttore U.O. Cure Primarie .

Il primo intervento sarà attuato di prassi durante UVMD di programmazione degli interventi ritenuti necessari per il paziente.

Si potrà così programmare un primo colloquio di conoscenza del paziente.

Da questo primo colloquio si valuterà l'esigenza o meno di ulteriori approfondimenti o di una presa in carico; in tal caso si progetterà il piano di intervento e/o supporto psicologico ritenuto più adeguato.

In questa fase di approfondimento/valutazione si terrà presente anche l'opportunità o meno di attuare un intervento di consulenza/supporto ai familiari.

Nel decorso dell'assistenza, si darà la disponibilità ai vari operatori di momenti di riscontro e/o supporto, qualora gli stessi ne ravvedessero la necessità, anche lo stesso Psicologo potrebbe ritenere necessari incontri di confronto con i MMG ed i vari operatori, al fine di ottimizzare e coordinare al meglio gli interventi.

Importante risulterà anche la partecipazione alle eventuali UVMD di verifica ed aggiornamento.

Metodologia organizzativa:

In ogni U.O. di cure primarie di ogni distretto verrà inserito uno psicologo per almeno venti ore settimanali che svolgerà le attività previste nel progetto.

Tali Psicologi avranno come referente a livello funzionale il direttore del dipartimento cure primarie e individueranno un loro referente che si rapporterà con il direttore stesso.

Ogni psicologo avrà come referente diretto dal punto di vista organizzativo e operativo il direttore delle cure primarie e palliative del distretto.

Durata del progetto:

Tale progetto avrà una durata di un anno a partire da Aprile/Maggio 2010.

Verifiche progettuali:

Verranno attuate delle verifiche mensili o ogni tre mesi sulle attività progettuali svolte sia da parte degli psicologi sia con gli altri operatori coinvolti.

Verranno attuati dei comuni protocolli operativi riguardanti le attività psicologiche svolte dagli psicologi operanti nei vari distretti in accordo con il direttore del dipartimento e i direttori delle U.U.O.O. di cure primarie.

Verrà attuata una relazione annuale e finale delle attività psicologiche svolte e anche potranno essere inserite delle integrazioni, modifiche o proposte per il miglioramento del servizio stesso.

Preventivo spesa

La spesa preventivata per le collaborazioni professionali di numero 3 psicologi per 20 ore settimanali ciascuno, per la durata di un anno (52 settimane * 60 ore settimanali * 20.66€ all'ora) per un totale costo per l'Ente di 65.000€.

Tale spesa trova disponibilità e copertura finanziaria nel Progetto 085 - DGR2989/2000 - OGGETTO: Adempimenti regionali ex art. 1 del Decreto legge 28.12.1998 n. 450 convertito dalla Legge n. 39 del 26.02.1999 "Linee di indirizzo per l'assistenza neoplastica grave e condizioni di terminalità".

| |
|--|
| AZIENDA ULSS 7, PIEVE DI SOLIGO |
|--|

Piano aziendale per lo sviluppo delle cure palliative ai sensi della LR 7/2009

Referente: Dr Cosimo De Chirico, Coordinatore del Nucleo di Cure Palliative Aziendale

Oggetto: progetti 2010 – 2011 per lo sviluppo delle reti di cure palliative dell'adulto, ai sensi della L.R. 7/2009.

Premessa

Lo sviluppo delle cure palliative rappresenta una delle priorità dell'Ulss 7. Avviato in via sperimentale nel 2005 su una popolazione di 40 mila abitanti il servizio è stato progressivamente esteso fino alla copertura di tutto il territorio dell'Azienda nel 2009. La copertura del fabbisogno è progressivamente cresciuta fino a superare lo standard previsto in assenza di Hospice. Lo sviluppo dell'attività per il biennio 2010-2011 prevede il consolidamento del servizio con l'estensione dell'attività nei giorni prefestivi e festivi, l'estensione del servizio di cure palliative alle malattie non oncologiche, e la realizzazione dell'Hospice.

Obiettivo generale

L'obiettivo generale è quello di intercettare la popolazione attesa di malati oncologici in fase di inguaribilità avanzata e di fornire l'assistenza secondo un approccio palliativo, inteso a garantire la migliore qualità di vita possibile, privilegiando l'assistenza domiciliare. Risulta indispensabile dare sicurezza al malato e alla famiglia attraverso la presa in carico globale dei loro problemi, la continuità delle cure nei vari setting assistenziali, e la capacità di affrontare con competenza il dolore e gli altri problemi di salute fisici, psico-sociali e spirituali.

Obiettivi specifici 2010

1. Incrementare la copertura del fabbisogno di cure palliative.
2. Incrementare il tempo di cura e il numero dei decessi a domicilio
3. Garantire una buona qualità di assistenza attraverso il controllo del dolore e dei sintomi misurabili con indicatori specifici
4. Garantire l'uso appropriato degli oppioidi maggiori in rapporto alle linee guida della Società Europea di Cure Palliative (EACP)
5. Elaborare e avviare un progetto di estensione del servizio ai malati affetti dal Sclerosi Laterale Amiotrofica

Obiettivi specifici 2011

1. Estendere il servizio attivo 7 giorni su 7

2. Migliorare le competenze del personale dedicato alle cure palliative, dei Medici di Medicina Generale, dei Medici di Continuità Assistenziale sulla gestione degli ultimi giorni di vita allo scopo di ridurre i ricoveri in questa fase
3. Estendere il Servizio di Cure Palliative alle malattie cardiovascolari e polmonari avanzate
4. Realizzare l'Hospice
5. Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri.

Struttura e organizzazione del servizio

Nucleo Aziendale di Cure Palliative (NCP)

Il Servizio di cure palliative è affidato al Nucleo Aziendale di Cure Palliative (NCP) inserito nell'U.O.C. di Cure Primarie dei Distretti Sociosanitari; esso articola la sua operatività nelle tre sedi corrispondenti alle dislocazioni periferiche degli infermieri domiciliari. Ciò consente una gestione omogenea dell'assistenza e, nel contempo, maggiore vicinanza ai cittadini.

Il NCP si compone di personale sanitario dedicato, come previsto dall'art. 10 comma 3, L.R. 7/2009, che opera a fianco dei Medici di Medicina Generale (MMG), ed è così strutturato:

- 1 Dirigente Medico a tempo pieno con funzioni di Coordinamento del Nucleo di Cure Palliative.
- 1 Medico a tempo pieno con contratto in libera professione
- 1 Medico a tempo parziale (25 ore) con contratto in libera professione
- 13 infermieri tempo pieno equivalente
- 1 Psicologo a tempo pieno dedicato al personale del NCP e ai familiari in collaborazione con 1 Psicologo a tempo pieno operante presso l'U.O. di Oncologia
- Rinnovo dell'Accordo Integrativo Regionale con la Medicina Generale n. 3889 del 2001
- Rinnovo del patto Aziendale con i Medici di Continuità Assistenziale
- Rinnovo della convenzione con le Associazioni di Volontariato dedicato (LILT e Ass. Fiorot).

All'attività contribuiscono i Servizi Sociali dei Comuni e gli Specialisti consulenti, in particolare dell'area oncologica, internistica, di terapia antalgica e fisiatica.

Nel 2010 sarà predisposto l'adeguamento del personale con la stesura del progetto di estensione del servizio di cure palliative a favore dei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica

Nel 2011 il servizio sarà gradualmente esteso ai malati affetti da malattia cardiaca e respiratoria avanzata, con ulteriore adeguamento del personale.

Funzioni del NCP

Al NCP vengono attribuite le funzioni di UVMD (allegato A), facendo convergere, nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la gestione dell'assistenza; in particolare il NCP:

- a. Prende in carico il paziente nel luogo in cui è stato assistito fino a quel momento (ospedale, domicilio, oncologia, casa di riposo)
- b. Attraverso i suoi componenti multidisciplinari (medico esperto, mmg, infermiere) valuta i problemi e i bisogni del malato/famiglia,

- c. In Distretto in apposite riunioni d'équipe definisce il piano assistenziale individuale (PAI)
- d. Gestisce l'assistenza attivando, se necessario, le risorse esterne.
- e. Monitorizza l'assistenza
- f. Coordinare la rete

Copertura del Servizio

Il Servizio medico è attivo dal lunedì al venerdì per 12 ore al giorno, quello infermieristico è esteso al sabato e domenica. Da gennaio 2011 la presenza attiva medica e infermieristica sarà estesa al sabato, domenica e festivi infrasettimanali per 12 ore diurne. In queste fasce orarie sarà assicurato il supporto clinico ai Medici di Continuità Assistenziale.

Accesso facilitato alle strutture ospedaliere

Nel 2010 sarà predisposto un protocollo di accesso facilitato dei pazienti assistiti dal NCP ai servizi ospedalieri di diagnosi e terapia per problemi non gestibili a domicilio, nonché al ricovero ospedaliero

Disponibilità dei farmaci di uso ospedaliero

I pazienti arruolati al programma di cure palliative ricevono a domicilio i farmaci inseriti nel PTO e di esclusivo utilizzo ospedaliero, nonché i farmaci non rimborsabili. E' attivo il protocollo per la consegna a domicilio dell'Ossigeno liquido ad opera dell'Home care respiratorio. L'U.O. di Terapia Antalgica ospedaliera fornisce a domicilio le pompe elastomeriche per l'infusione della morfina per via sottocutanea o intravenosa. I pazienti che ricevono paracentesi a domicilio ad opera dei medici dedicati alle cure palliative possono usufruire dell'infusione di albumina umana.

Entro il 2010 sarà definito il protocollo per le trasfusioni domiciliari di emazie concentrate e derivati e l'attivazione della borsa di farmaci di pronto intervento palliativo.

Consulenza presso le strutture residenziali e ospedaliere

Il NCP fornisce consulenze nei reparti ospedalieri allo scopo di valutare le opzioni assistenziali post dimissione, predisporre il piano di cura domiciliare e la dotazione di presidi. La consulenza presso il DH Oncologico consente di definire il passaggio dalle cure attive alle cure palliative o le modalità di integrazione tra i due servizi per gestire le cure simultanee.

La consulenza presso le i Centri Servizi (Case di Riposo) vengono espletate su richiesta del medico della struttura.

Supervisione del personale

Riunione settimanale nelle tre sedi operative, ciascuna di 2 ore, in presenza degli infermieri, dello psicologo e dei medici dedicati, su aspetti attinenti la conduzione del piano di cura e su aspetti relazionali ed etici.

Supervisione ogni 2 mesi di supporto al personale dedicato, gestita dallo Psicologo del servizio, riguardante gli aspetti relazionali, etici e per la prevenzione del burnout.

Sistema informativo

Il sistema informativo dell'ULSS n°7 è costruito su indicatori raccomandati dal Decreto Ministeriale n°43/2007 e dalla DGRV n°1608 del 17/06/2008; a questi si aggiungono ulteriori indicatori descrittivi dei processi di cura e dei risultati (allegato B).

Carta dei Servizi

Ai sensi della DGR1609/08 si predispongono la Carta dei Servizi (allegato c) del malato a fine vita e la sua diffusione.

Gli ultimi giorni di vita

E' previsto per il 2011 un programma per migliorare il piano di cura degli ultimi giorni di vita, attraverso la predisposizione di un protocollo per la gestione degli aspetti clinici, relazionali e di supporto ai familiari. Il programma dovrà prevedere la formazione del personale, la predisposizione di un kit di farmaci a domicilio e un calendario di accessi, nel rispetto dei desideri e delle volontà del malato e della famiglia. Del programma di cura degli ultimi giorni di vita fa parte la sedazione palliativa, una pratica consolidata nel servizio di cure palliative dell'ulss7.

Formazione 2010

Seminario interdisciplinare rivolto al Nucleo di Cure Palliative, al personale medico, infermieristico e agli psicologi dei Centri Servizi dell'Azienda Ulss 7: "La gestione del paziente oncologico con dolore a domicilio e presso i centri di Servizi: valutare, curare, educare, monitorare".

Partecipazione del NCP ai corsi organizzati dal Coordinamento Regionale su aspetti etici e relazionali, e ad altri corsi di interesse specifico organizzati in regione e fuori regione.

Partecipazione del NCP al Congresso Nazionale SICP 2010.

Partecipazione del NCP al Congresso della SICP Veneto.

Organizzazione del Convegno Regionale "Dal Dolore alla Cura", edizione 2010, in collaborazione con il Coordinamento Regionale di Cure Palliative e Lotta al Dolore.

Formazione 2011

Seminario interdisciplinare: "La gestione degli ultimi giorni di vita", rivolto al NCP e ai Medici di Medicina Generale.

Progetto di formazione sul campo rivolto al NCP: Utilizzo di strumenti di valutazione e di analisi del dolore e dei sintomi dei pazienti gestiti dal NCP.

Seminario rivolto ai Medici di Continuità Assistenziale: la gestione delle emergenze cliniche nel processo di cura e negli ultimi giorni di vita.

Partecipazione ai Corsi organizzati dal Coordinamento Regionale Veneto su aspetti clinici, etici e relazionali.

Partecipazione del NCP al Congresso Nazionale SICP.

Partecipazione del NCP al Congresso Regionale Veneto SICP.

Analisi valutativa sul consumo di oppioidi

In collaborazione con il Servizio Farmaceutico Territoriale è in corso un programma di analisi del consumo degli oppioidi, in via di ulteriore perfezionamento, che consente all'equipe di praticare audit sul consumo degli oppioidi maggiori sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Vengono analizzati i consumi nel territorio e in ospedale con modalità (mg, DDD x 1000 abitanti/die) che consentono il confronto con altre realtà nazionali e internazionali.

Piano Aziendale per la riduzione dei ricoveri ospedalieri per i malati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita

Tra gli obiettivi prioritari dell'Azienda ULSS 7 c'è quello di consentire ai malati in fase avanzata di malattia e in condizioni di fine vita, di vivere l'ultima parte della propria vita a casa e ridurre l'utilizzo improprio dell'ospedale. Negli ultimi anni il servizio di cure palliative ha dimostrato la capacità di mantenere a domicilio i malati oncologici avanzati per oltre il 90% del tempo di cura e il 64% ha concluso la propria esistenza a casa. Questi dati suggeriscono di attivare percorsi che consentono al NCP di implementare la capacità di intercettare i pazienti per incrementare l'assistenza domiciliare e ridurre l'utilizzo dell'ospedale.

Circa la metà dei malati assistiti dal NCP e deceduta in ospedale, ha ricevuto un ricovero della durata inferiore a 8 giorni; ciò accade quindi nella fase più critica nella quale un peggioramento dei sintomi non tempestivamente gestito rischia di mandare in crisi la famiglia. Alla luce di queste considerazioni le azioni che l'Azienda intende intraprendere sono:

1. Implementazione del personale medico dedicato al servizio di cure palliative per l'estensione del servizio alle patologie non oncologiche e per garantire la copertura del servizio 7 giorni su 7.
2. Implementazione del personale infermieristico
3. Estensione del Servizio nei giorni prefestivi e festivi con personale medico del NCP e gli infermieri domiciliari.
4. Supporto di consulenza ai medici di Continuità Assistenziale ad opera dei Medici del NCP
5. Realizzazione dell'Hospice.
6. Formazione del personale del NCP, dei MMG e dei Medici di Continuità Assistenziale sull'assistenza negli ultimi giorni di vita.

IL PROCESSO ASSISTENZIALE DEI MALATI TERMINALI ONCOLOGICI ASSISTITI A DOMICILIO

MALATO CANDIDATO AL PROGRAMMA DI CURE PALLIATIVE

1. DEFINIZIONE DI MALATO TERMINALE

Definire un malato terminale è utile al medico e agli operatori dell'assistenza che devono modificare gli obiettivi delle cure, non più utili alla guarigione, per orientarli al raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e le famiglie. In base alla DGR 2989/2000, per definire un malato terminale è necessario che siano soddisfatti contemporaneamente i seguenti tre criteri:

- Terapeutico: assenze, esaurimento o inopportunità di trattamenti specifici volti alla guarigione o al rallentamento della malattia.
- Sintomatico: presenza di sintomi invalidanti con una riduzione del performances – status inferiore a 50, secondo la scala di Karnofsky
- Temporale: previsione di sopravvivenza inferiore a 3 mesi

Il criterio terapeutico è verificato di norma dall'oncologo, mentre i criteri clinici e prognostici sono analizzati dal N.C.P.

2. CRITERI PER LE CURE DOMICILIARI

L'assistenza domiciliare è quella maggiormente preferita dai malati e dai familiari, pertanto rappresenta la modalità assistenziale da perseguire in prima istanza. Il N.C.P. nel valutare i criteri di adeguatezza della famiglia a sostenere il carico dell'assistenza, tiene conto di tutti i possibili supporti che possono intervenire ad aiutare la famiglia (Volontari, Servizi Sociali, Badante, ecc.). I criteri che devono essere soddisfatti perché il paziente possa essere curato a domicilio sono i seguenti:

- Ambiente familiare idoneo a sostenere il carico assistenziale
- Ambiente abitativo idoneo per spazi adeguati, servizi igienici e riscaldamento.
- Livello di complessità ed intensità di cure compatibili con l'ambiente domestico.
- Consenso alle cure domiciliari del malato e della famiglia.

Le informazioni sull'ambiente familiare e abitativo vengono fornite al N.C.P. dal Mmg, dall'Assistente sociale e dall'Infermiere che descrivono la composizione del nucleo familiare, la presenza di almeno un componente capace e disponibile a prendersi cura, l'eventuale presenza di membri deboli da sostenere e se risultano situazioni conflittuali nei rapporti familiari. La raccolta del consenso alle cure palliative domiciliari spetta al MMG e al Coordinatore/Medico U.O. Cure Primarie, che illustrano le finalità dell'assistenza e le modalità di erogazione del servizio, con il contributo dell'Infermiere.

IL PROCESSO ASSISTENZIALE

Il processo assistenziale si articola in tre fasi: a) la presa in carico, b) la conduzione del piano di cura, c) la chiusura del piano assistenziale.

PRESA IN CARICO1. Segnalazione

La segnalazione viene fatta al Distretto S.S., con modalità differenti a seconda del luogo di cura attuale del malato:

- Domicilio: la segnalazione viene fatta dal Mmg tramite la compilazione e l'invio della Scheda Sanitaria della SVAMA. La segnalazione può essere suggerita al Mmg dall'Infermiere dell'A.D.I.
 - Oncologia: la segnalazione viene fatta dall'Oncologo che, verificato l'esaurimento delle cure specifiche per il controllo della malattia, attiva il meccanismo del "passaggio in cura" al N.C.P. Ciò vale anche per i malati che eseguono ancora C.T. a scopo palliativo e necessitano di un supporto di assistenza domiciliare. L'Oncologo invia apposita scheda al Distretto di appartenenza del malato e la lettera informativa al Mmg. Il Coordinatore raccoglie dall'Oncologia la documentazione utile per proseguire le cure a casa e, se il caso lo richiede, informa preliminarmente il malato e la famiglia sull'attivazione del servizio e le sue finalità, tramite un colloquio in Oncologia in occasione dell'ultimo accesso. Del colloquio è preventivamente informato il Mmg che, compatibilmente con i suoi impegni, può presenziare.
 - Ospedale: la segnalazione viene fatta dal Medico del reparto attraverso l'attivazione del meccanismo della "dimissione protetta", che comprende l'invio di una scheda apposita al Distretto e la valutazione in Ospedale da parte del N.C.P. (Medico e/o Infermiere) ed eventualmente dell'Assistente Sociale. Questi, dopo aver informato il Mmg e sentito il suo parere favorevole, attivano le modalità per la dimissione, che prevede: la raccolta della documentazione clinica, il colloquio con il malato e la famiglia, per illustrare loro le finalità dell'assistenza e le modalità di erogazione del servizio, e la predisposizione dei presidi.
2. Visita domiciliare di accoglienza. Attivato il N.C.P. con la segnalazione, segue la visita domiciliare di accoglienza ad opera di alcuni componenti del Nucleo (Mmg, Esperto, Infermiere) per valutare, nel contesto abitativo, il malato e la sua famiglia, in particolare i problemi clinici e assistenziali, i bisogni del malato, la sostenibilità del carico assistenziale da parte della famiglia e i supporti necessari, Viene formulato già un piano assistenziale provvisorio, da ridefinire in occasione della U.V.M.D. che si programma preferibilmente entro 3 giorni lavorativi.
3. UVMD - Elaborazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI). La UVMD viene convocata preferibilmente entro 3 giorni dalla visita di accoglienza domiciliare; vi partecipano i componenti del N.C.P. (Esperto, Medico di MG, Infermiere, Psicologo). Contribuiscono alla valutazione l'Assistente Sociale, il Volontario ed altri esperti, se il caso lo richiede. I compiti del NCP sono:
- Elaborazione del PAI a partire dai problemi e dai bisogni dell'unità malato/famiglia, con la definizione nel dettaglio degli interventi in ambito sanitario, sociale, psicologico e spirituale.
 - Distribuzione dei compiti relativi agli interventi di propria competenza (chi fa che cosa).

- Compilazione della SVAMA che rappresenta lo strumento della valutazione multidimensionale. La scheda viene completata con la trascrizione del verbale di sintesi, che viene sottoscritto dai componenti dell'èquipe presenti. Tale strumento viene integrato dalla Cartella d'èquipe che contiene la scheda di accoglienza e altri indicatori utili a descrivere nel singolo caso l'assistenza sotto l'aspetto qualitativo e del carico assistenziale.
- Invio del Piano di Cura ai Medici di Continuità Assistenziale dell'area di appartenenza.
- Programmazione della verifica del piano assistenziale

CONDUZIONE DEL PIANO DI CURA

Il Piano Assistenziale viene applicato a domicilio del malato dalla stessa èquipe che l'ha elaborato. Ognuno svolge il compito che gli viene assegnato, coerente con le proprie competenze specifiche, in particolare:

1. Il Medico esperto in Cure Palliative è il facilitatore del percorso assistenziale. Funge da punto di riferimento per i componenti dell'èquipe mantenendo il legame tra gli operatori, fornisce supporto clinico/assistenziale al Mmg e agli Infermieri, mediante le visite domiciliari e gli incontri d'èquipe, facilita la continuità di cure coordinando i livelli di assistenza (domicilio, ospedale, oncologia, case di riposo, hospice).
2. Il MMG è il referente clinico del malato. Attua gli accessi domiciliari secondo il programma previsto nel piano e, a sua valutazione, secondo il bisogno del paziente; si coordina con gli infermieri domiciliari per espletare quegli interventi che richiedono la compartecipazione di entrambe le figure professionali; attiva il supporto del Coordinatore qualora la situazione clinica e assistenziale lo richiede. Tiene aggiornato il diario clinico e la trascrizione delle terapie. Compila gli strumenti valutativi in uso. Fornisce la disponibilità all'èquipe nell'orario di competenza, condividendone le modalità.
3. Gli Infermieri oltre a svolgere l'assistenza di propria competenza, che è di tipo tecnico-relazionale, in virtù della presenza assidua a casa del malato, sono in una condizione favorevole per cogliere quelle situazioni cliniche che cambiano rapidamente e che richiedono rimodulazioni continue del piano di cura da parte dell'èquipe. Attivano il supporto clinico del Mmg e del Coordinatore e compilano le schede valutative in uso.
4. I Medici di Continuità Assistenziale, informati preventivamente delle condizioni cliniche, funzionali e sociali del malato, intervengono su chiamata da parte della famiglia e rilasciano a domicilio il modulo compilato relativo all'intervento eseguito.
5. Lo Psicologo interviene a supporto del malato/famiglia solo in casi selezionati, con la condivisione dell'èquipe. Il suo intervento più frequente è a supporto dei componenti dell'èquipe con una doppia finalità: prevenire il burn out e migliorare le capacità relazionali con il malato e la famiglia.
6. Fisioterapista esegue interventi riabilitativi miranti al ripristino o al mantenimento dell'autonomia della persona, indipendentemente dal completo recupero della singola funzione; addestra il malato e i familiari all'uso dei presidi per la riabilitazione e per la mobilitazione.
7. L'Assistente domiciliare, qualora la famiglia lo desidera, provvede soprattutto all'igiene del malato.
8. I Volontari concordano con il malato e la famiglia il tipo di aiuto da sostenere e la frequenza degli accessi. Essi si coordinano con gli Infermieri dai quali ricevono informazioni sui bisogni quotidiani del malato e della famiglia.

MONITORAGGIO DEL PIANO DI CURA

Oltre al continuo adeguamento degli interventi, coerentemente con i cambiamenti di salute del malato, il piano di cura viene periodicamente rivalutato secondo due modalità strutturate:

1. UVMD di verifica del piano, che di norma viene convocata ogni 2-3 settimane e coinvolge tutti i componenti del N.C.P. Si valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi precedentemente concordati e si modifica, se necessario, il programma assistenziale per adeguarlo alla condizione attuale. Se il malato è nella condizione di fine vita si predispone il piano degli ultimi giorni, che prevede la semplificazione degli interventi, la rotazione della via di somministrazione dei farmaci, privilegiando la via sottocutanea, la dotazione dei farmaci necessari e le spiegazioni ai familiari sui possibili interventi da mettere in atto anche con il loro concorso. Prevedere il supporto al lutto.
2. Briefing settimanale. Ogni settimana si rivalutano tutti i malati in assistenza in apposite riunioni, con la presenza degli infermieri di turno, del Coordinatore esperto, e dello Psicologo. Lo scopo è duplice: a) operativo, allo scopo di aggiornare le informazioni sullo stato di salute dei singoli malati e di riconsiderare collegialmente il piano di cura in atto; b) formativo, dai problemi reali dei malati emergono bisogni formativi che possono essere meglio soddisfatti sul campo e condivisi collegialmente. Le integrazioni terapeutiche vengono concordate con i Medici di MG.

| |
|------------|
| Allegato B |
|------------|

CONCLUSIONE DELL'ASSISTENZA

Dopo il decesso viene convocata l'équipe per l'analisi qualitativa dell'assistenza fornita. L'analisi critica consente di condividere il giudizio, che emerge dalle opinioni dei singoli, riguardo alla qualità della vita residua del malato, alla qualità della sua morte, alla qualità della vita dei familiari nel periodo di assistenza, e al funzionamento dell'équipe.

SISTEMA INFORMATIVO AI SENSI DELLA DGRV 1608/2008

| Criteria | Indicatori |
|---|--|
| Descrizione delle caratteristiche del paziente | Età, sesso, patologia, indice di Karnofsky, consapevolezza della malattia (diagnosi, in guaribilità o nessuna). |
| Fonte di segnalazione | % di segnalazione da MMG, Oncologia, Ospedale, altri. % della provenienza (domicilio, ospedale, CDR) |
| Tempi di attivazione | Data di segnalazione, data di presa in carico, data di UVMD |
| Descrizione dei problemi al momento della presa in carico su cui si basa la costruzione del piano di cura | Problemi fisici (dolore e grado di intensità, dispnea, vomito, anoressia ecc.); problemi psicologici (ansia, depressione, insonnia ecc.); problemi sociali (problemi della famiglia) |
| Descrizione dei problemi degli ultimi giorni di vita | Dolore, dispnea, rantolo, delirium, vomito, di stress psicologico e rapporto tra questi sintomi e l'utilizzo della sedazione palliativa |
| L'attivazione della rete e delle | Competenze e servizi attivati: MMG, Infermiere, Esperto, |

| | |
|---|---|
| competenze | Psicologo, Continuità assistenziale, Servizi Sociali, Volontariato, Badante/personale a pagamento, Specialisti, 118 |
| Luogo di cura e di decesso | Gg di assistenza domiciliare, in Ospedale, in Hospice, in RSA. Decesso a casa, in ospedale, in Hospice, in RSA |
| Caratteristiche ricoveri | Prescrittore del ricovero (MMG, Medico di C.A., N.C.P., 118, altri); motivo del ricovero (clinico, sociale, sollievo, altro) |
| Descrizione delle terapie più significative, possibilità di confrontare l'uso degli oppioidi con le linee guida della Società Europea di Cure Palliative. | % di utilizzo degli Oppioidi maggiori, la molecola con la quale si inizia la terapia (%), la molecola scelta per la rotazione dell'oppioide (%), sedazione palliativa (%), sedazione terminale (ultime 72 ore), % di utilizzo di O2 terapia, di NTP/PEG/SNG, CVC, Presidi per Stomie |
| Tempo di cura | Gg complessivi di cura, GEA, CIA |
| Chemioterapia ultimi 30 gg di vita | Pazienti assistiti dall'U.O. di Oncologia dell'ULSS 7 e dal NCP che hanno ricevuto chemioterapia l'ultimo mese di vita/ totale dei pazienti assistiti dall'U.O. di Oncologia dell'ULSS 7 e dal NCP |
| Gradimento del servizio da parte dei cittadini | Questionario di gradimento anonimo post mortem rivolto al care giver con 20 indicatori descrittivi: della qualità delle informazioni ricevute, del supporto psicologico, della qualità del controllo dei sintomi, dell'efficienza del servizio, del soddisfacimento delle aspettative del malato e del luogo di cura e di decesso desiderati. |

| |
|------------|
| Allegato C |
|------------|

SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE ULSS N°7

CARTA DEI SERVIZI

DEFINIZIONE

Gli interventi di tipo terapeutico e assistenziale finalizzati alla presa in carico attiva e totale di pazienti la cui malattia di base non risponda più a trattamenti specifici costituiscono, nel loro insieme, le cure palliative.

Le cure palliative si rivolgono dunque alla persona malata per alleviare il dolore e gli altri disturbi, anche di tipo psicologico, per superare eventuali disagi sociali e spirituali, coinvolgendo nel proprio intervento anche il nucleo familiare.

Parlare di famiglia, in questi casi, significa ampliarne il significato fino a comprendere i parenti e gli amici o comunque le persone particolarmente importanti per il paziente.

MISSION

La mission del Servizio di Cure Palliative dell'Ulss n°7 è quella di assistere i malati oncologici in fase avanzata di malattia, nel rispetto dei propri valori e dei propri desideri, con lo scopo di garantire la migliore qualità di vita possibile, attraverso il buon controllo del dolore e degli altri sintomi e il supporto psicologico, sociale e spirituale.

DIRITTI DEL MALATO

In ottemperanza alla delibera regionale n°1069 del 07/06/2008, e alla legge

regionale n°7/2009, il malato che necessita di cure palliative ha diritto a:

- Essere assistito dal Nucleo di Cure Palliative in collaborazione con il Medico di Medicina Generale
- Esprimere la propria sofferenza in ogni sua manifestazione (fisica, psico-sociale e spirituale) e a vederla riconosciuta dall'equipe di assistenza
- Ricevere informazioni veritiere sullo stato di malattia, se lo desidera
- Partecipare alle decisioni terapeutiche ed assistenziali che lo riguardano, ricevere cure proporzionate nel rispetto della sua volontà
- Scegliere il luogo in cui venire curato
- Ricevere aiuto psicologico e conforto spirituale secondo le proprie convinzioni e la propria fede
- Ricevere adeguati trattamenti tempestivi e continuativi che rechino sollievo al dolore e agli altri sintomi

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

L'assistenza viene erogata dal **Nucleo Aziendale di Cure Palliative** che si compone delle seguenti figure professionali

- **Medico esperto in cure palliative**
- **Medico di Medicina Generale (MMG)**
- **Infermiere domiciliare**
- **Psicologo**

All'assistenza contribuiscono i Servizi Sociali dei Comuni, il Volontariato dedicato (LILT, Ass. Fiorot), tecnici e specialisti consulenti.

ORARIO

| | | |
|---|-----------------------|--------------------------------|
| Servizio infermieristico: 20.00 | LUNEDI'-VENERDI' | dalle ore 7.00 alle ore |
| | SABATO | dalle ore 8.00 alle ore 20.00 |
| | DOMENICA | dalle ore 8.00 alle ore 20.00 |
| Servizio Medico: (MMG, Esperto) | LUNEDI'-VENERDI' | dalle ore 8.00 alle ore 20.00 |
| | SABATO E FESTIVI | dalle ore 8.00 alle ore 13.00 |
| | PRONTA DISPONIBILITA' | dalle ore 13.00 alle ore 20.00 |
| Continuità Assistenziale (Guardia Medica) 8.00 | LUNEDI'-VENERDI' | dalle ore 20.00 alle ore |
| | SABATO | dalle ore 10.00 alle ore 24.00 |
| | FESTIVI | 24 ore |
| Servizio Psicologico | LUNEDI'-VENERDI' | su appuntamento |
| Recapiti telefonici | Distretto SUD | 0438-663939 |
| | Distretto NORD: | |
| | Soligo | 0438-664939 |
| | Vittorio Veneto | 0438-665939 |

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

L'attivazione del servizio avviene su segnalazione da parte del Medico di Medicina Generale, se il paziente si trova già a domicilio, dall'Oncologia o dal Reparto di Degenza Ospedaliera qualora il paziente sia rispettivamente in cura presso il Day Hospital Oncologico o ricoverato in Ospedale.

LUOGHI DI CURA**Domicilio**

Se la situazione familiare lo permette, la casa rappresenta il luogo di cura ideale poiché consente di avvicinare il più possibile i servizi di cura e assistenza al malato e alla sua famiglia.

La presa in carico avviene a domicilio tramite l'accesso del MMG, del Medico Esperto e dell'infermiere, che insieme formulano il piano di cura e lo condividono con il malato/famiglia.

La conduzione dell'assistenza è affidata al MMG in collaborazione con il personale del Nucleo Aziendale di Cure Palliative, in particolare gli Infermieri e il Medico Esperto.

La continuità delle cure il sabato e i giorni festivi è garantita dal personale del Nucleo Aziendale di Cure Palliative e dai Medici di Continuità Assistenziale; questi ultimi assicurano anche gli interventi urgenti notturni.

Qual'ora necessari vengono attivati i Servizi Sociali dei Comuni, per gli aiuti domestici e alla persona, e il Volontariato.

A domicilio vengono forniti i presidi necessari (letto, carrozzina, ecc) e i farmaci di uso ospedaliero.

Hospice

I malati che, per ragioni ambientali e sociali o per loro scelta, non possono essere assistiti a domicilio, vengono indirizzati in Hospice, che è la struttura residenziale che per tipologia di assistenza e per confort si avvicina all'ambiente familiare.

Nell'attesa che sia attivato l'Hospice "Casa Antica Fonte" dell'Ulss n°7, i malati che necessitano tale tipologia di assistenza vengono inviati all'Hospice di Treviso o a quello di Belluno, con i quali l'Ulss n°7 ha attivato una convenzione.

Centri dei Servizi (Case di Riposo)

I malati in cura presso le case di riposo possono ricevere il supporto di consulenza dei medici esperti in cure palliative, su richiesta della struttura stessa.

AZIENDA U.L.SS. N. 8, ASOLO**Progetto esecutivo per lo sviluppo delle cure palliative
per gli anni 2010 e 2011
ai sensi della LR 7/2009 e della L. 38/2010**

Il progetto dell'Ulss 8 si articola in due parti corrispondenti all'anno 2010 e 2011 con proiezione nel 2012.

SITUAZIONE ANNO 2009

Con deliberazione n. 1033 del 16 ottobre 2007 l'azienda ULSS ha istituito un nucleo di cure palliative in ognuno dei due Distretti sociosanitari (DSS n. 1 popolazione di 142.585 abitanti e DSS n. 2 popolazione 108.177, per un totale di 250.762 abitanti al 31.12.2009), identificando un responsabile unico, due infermieri referenti dedicati, due coordinatori infermieristici, un referente specialista per la terapia del dolore e un oncologo. Nell'anno 2009 il personale dedicato alle cure palliative domiciliari nell'ULSS 8 è stato così composto: sei medici specialisti con formazione in cure palliative a 19 ore settimanali ognuno per un totale di tre unità tempo pieno equivalenti, compreso il responsabile unico, sei infermieri di cui due coordinatori ognuno per 18 h settimanali, due infermieri a 36 h settimanali e altri sei a 18 h settimanali per un totale di sei tempi pieni, tre OSS. La figura dello psicologo, che è stata acquisita successivamente, nel 2009 è stata vicariata con consulenze di psicologo non dedicato.

L'attività dei Nuclei di cure palliative ha riguardato 367 pazienti affetti da neoplasia in fase terminale di cui 256 deceduti nel corso dell'anno (173 deceduti a domicilio, 21 in Hospice di ULSS limitrofe con le quali sono stati stipulati accordi di collaborazione, 13 in centri di servizio e 49 in ospedale) con copertura del 47,2% e quindi con raggiungimento dell'obiettivo indicato dai LEA ministeriali per le cure palliative domiciliari. Il tempo medio di cura è stato di 88 giorni con CIA di 0,48 e numero di ricoveri intercorrenti di 0,28 e numero medio di giornate di ricovero intercorrente di 5 giorni. Si precisa che l'Azienda ULSS 8 non dispone ancora di un Hospice, per il quale la Regione del Veneto ha inviato al CIPE richiesta di finanziamento in conto capitale con DGR n. 1760 del 6/7/2010.

Hanno inoltre ricevuto cure palliative, prevalentemente nell'ultimo mese di vita, anche 203 pazienti affetti da malattia neurodegenerativa in collaborazione con i servizi di cure domiciliari distrettuali, nonché 81 pazienti affetti da malattia cardiologica in fase terminale.

Per tutti i pazienti l'assistenza, previa UVMD a cura del NCP, è stata fornita con la modalità dell'ADI-MED su segnalazione del MMG, delle UO ospedaliere (dimissione protetta), del DH Oncologico, dei servizi sociali dei Comuni o del paziente stesso.

Per ogni paziente è stato elaborato un piano di assistenza individuale periodicamente ridiscusso e modificato a seconda delle criticità emerse e del mutare dei bisogni; infatti il NCP ha cercato di intercettare anche pazienti con indice di Karnofsky da 70 a 50 in modo da poter instaurare un rapporto di fiducia che garantisce l'elaborazione da parte del paziente e del suo nucleo familiare dei successivi aggravamenti in modo da ridurre il ricorso a ricoveri ospedalieri non opportuni. L'assistenza è organizzata con accessi almeno settimanali del medico palliativista e del MMG e con

accessi da 1 a 3 dell'infermiere per indice di K da 50 a 30, successivamente l'assistenza medico specialistica prevede almeno 3 accessi settimanali (più gli accessi per urgenze), due accessi del MMG e da 5 a 7 accessi settimanali dell'infermiere. Ovviamente sono previste tutte le eccezioni possibili al PAI. In caso di indisponibilità del MMG il NCP sopperisce agli accessi previsti ed esegue la totale presa in carico del paziente e del suo nucleo familiare.

Tutti i farmaci e presidi sono erogati direttamente dal NCP.

Viene garantita un'adeguata terapia del dolore e degli altri sintomi secondo l'evoluzione delle conoscenze scientifiche, grazie all'aggiornamento continuo del personale medico e infermieristico e vengono garantite a domicilio procedure anche impegnative come la gestione della NPT, gestione pompe infusionali, elastomeriche, manovre tipo paracentesi, escarectomie, aspirazioni e lavaggi da drenaggi, ecc. in modo da evitare al paziente faticosi accessi presso i presidi ospedalieri.

Sono attive procedure di accesso facilitato nel caso siano necessarie indagini diagnostiche o terapeutiche non eseguibili a domicilio e in particolare:

- con l'ambulatorio di terapia del dolore dei due presidi ospedalieri e le due Rianimazioni, per le procedure invasive eventualmente necessarie, come ad esempio posizionamento di PICC, CVC, accessi in peridurale, impianto di pompe;
- con gli ambulatori integrati geriatrici e internistici e oncologici per emotrasfusioni;
- In caso di necessità di ricovero ospedaliero deciso dal NCP, il medico palliativista si occupa di organizzare il tutto, come pure di prenotare accertamenti che consideri necessari. Infatti il paziente in cure palliative domiciliari viene considerato come un paziente "interno", per cui accede a ogni prestazione ospedaliera come se fosse un "ricoverato".

Il NCP garantisce assistenza attiva dalle ore 8 alle 20 dal lunedì al venerdì e dalle 8 alle 13.30 dei prefestivi con successiva reperibilità medico-infermieristica fino alle 20 e dalle 8 alle 20 dei giorni festivi. Nelle ore notturne l'assistenza viene garantita dai medici della continuità assistenziale che ricevono lista dei pazienti ed eventuale consegna telefonica per i casi più critici anche con richiesta di accesso programmato nelle ore notturne. I MCA possono usufruire dell'infermiere del Pronto Soccorso che può recarsi a domicilio del paziente, se ritenuto necessario. Presso il domicilio viene garantita la presenza di tutti i farmaci necessari a gestire le eventuali criticità, nonché le prescrizioni per la terapia di soccorso del dolore e degli altri sintomi. I MCA hanno eseguito corso di formazione che ha previsto, oltre a lezioni frontali sulla gestione del paziente complesso, anche formazione pratica con accessi domiciliari assieme al medico palliativista e altri con l'infermiere.

Per quanto riguarda la dimissione protetta, questa viene garantita dal NCP direttamente al letto del paziente con valutazione medico-infermieristica entro 3 giorni dalla segnalazione che avviene con apposito modulo da parte della U.O. ospedaliera dimettente via e-mail o via fax. La presa in carico del paziente avviene entro 24 ore dalla dimissione.

Il sistema informativo per le cure palliative è stato informatizzato dal 1/12/2009.

Il NCP fornisce consulenza ai pazienti oncologici terminali ospite dei centri di servizio (case di riposo e RSA) ed esegue la presa in carico diretta nei casi più complessa.

PROGETTO 2010

Si garantisce, per l'anno 2010, la continuazione di tutti gli interventi attuati nel 2009 e sopra descritti.

Per quanto riguarda i **criteri a carattere vincolante**, il progetto esecutivo 2010 prevede:

1. Rinnovo del Comitato Ospedale Senza Dolore, di cui alle deliberazioni aziendali n. 1247 del 13.12.2007 e n. 226 del 13.3.2008 (competente in merito agli interventi per la lotta al dolore e per le cure palliative, sia per l'area ospedaliera che per l'area territoriale);
2. Riformulazione entro il 31.12.2010 della deliberazione 1033 del 16.10.2007, alla luce delle nuove acquisizioni di organico e della nuova organizzazione, compresa la precisazione che il NCP non svolge soltanto attività domiciliare, in conformità con l'art. 2 della L.R. 7/2009;
3. Incremento dell'organico medico-palliativista per ulteriori 38 h settimanali (avviso per assunzione a tempo determinato già indetto e concorso per assunzione a tempo indeterminato previsto entro ottobre 2010);
 - Raggiungimento di 7 unità infermieristiche dedicate;
 - Assunzione di ulteriori tre OSS entro il 31.12.2010 (possibile slittamento al 1° trimestre 2011 per ulteriore OSS);
 - Assunzione a tempo determinato ,in previsione di concorso, di una psicologa dedicata al NCP per 19 h/settimanali per ciascun nucleo (totale 38 h settimanali) entro il 30 giugno 2010;
4. La conferma del servizio medico-infermieristico dal lunedì al venerdì per 12 ore al giorno, già attivo;
5. L'adozione con atto deliberativo, entro il 31.12.2010, delle procedure già in uso e sopra descritte, che garantiscono l'accesso facilitato al sistema di offerta e al ricovero appropriato dell'Azienda ULSS 8, quali protocolli condivisi con le Direzioni Sanitarie di Ospedale;
6. L'adozione con atto deliberativo, entro il 30.11.2010, della carta dei diritti del malato con dolore e del malato a fine vita; tale carta verrà quindi pubblicata sul portale aziendale, nonché distribuita presso le U.O. ospedaliere, gli studi dei MMG e presso tutti i punti di accesso distrettuali dell'azienda;
7. Il sistema informativo è già in uso, come sopra specificato;
8. L'attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP è già attiva come prassi consolidata, secondo l'art. 5 del 'Regolamento dell'UVMD' approvato dalla Conferenza dei Sindaci in data 14.12.2009 e dal Direttore Generale con deliberazione n. 1730 del 30.12.2009. Se ne prevede la formalizzazione con apposito atto interno entro il giorno 8.10.2010;
9. Il NCP garantisce la disponibilità di tutti i farmaci da PTO, nonché dei presidi necessari.

Per quanto riguarda i **criteri d'innalzamento della qualità dei servizi**, il progetto esecutivo 2010 prevede:

- 1) Ricognizione dei ricoveri ospedalieri per i malati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita, da effettuarsi con la collaborazione dell'u.o. Controllo di Gestione, ai fini dell'elaborazione del piano di riduzione dei ricoveri ospedalieri negli ultimi 90 giorni di vita;
- 2) Istituzione di un servizio infermieristico attivo dalle 8 alle 14 anche per i giorni festivi a partire da giugno 2010 (oltre alla reperibilità medica dalle 8 alle 20);
- 3) e 4) Reperibilità medico palliativista attiva dalle 8 alle 20 sette giorni su sette; dalle 20 alle 8 l'assistenza viene garantita dai MCA che riceveranno supporto clinico telefonico da parte del responsabile del NCP;
- 5) Consulenza presso le strutture residenziali già attiva come progetto di Budget 2009 e suo inserimento nella rilevazione dell'attività nella scheda di Budget per il 2010;
- 6) Istituzione di una supervisione periodica del personale dei due NCP a cura dello psicologo del NCP.

Inoltre, anche se non compreso nei criteri regionali, individuazione di un medico palliativista come referente unico per i malati affetti da SLA, al quale verrà conferito un incarico professionale di particolare impegno.

PROGETTO 2011 con proiezione nel 2012

A completamento del progetto 2010, per quanto riguarda i **criteri a carattere vincolante**, il progetto esecutivo 2011 con proiezione 2012 prevede:

- 1) Conferma di quanto già attuato nel 2010;
- 2) Assunzione di uno psicologo per 38 h settimanali entro il 31.12.2011 e ulteriore unità per 19 h settimanali entro il 2012 in modo da soddisfare completamente quanto previsto dall'articolo 10 comma 3 della LR 7/2009;
- 3) Conferma di quanto già attuato nel 2010;
- 4) Perfezionamento dei protocolli di accesso facilitato al sistema di offerta dell'azienda;
- 5) Conferma di quanto già attuato nel 2010;
- 6) Conferma di quanto già attuato nel 2009;
- 7) Conferma di quanto già attuato nel 2009;
- 8) Conferma di quanto già attuato nel 2009.

Per quanto riguarda i **criteri d'innalzamento della qualità dei servizi**, il progetto esecutivo 2011 con proiezione 2012 prevede:

- 1) Elaborazione ed approvazione con atto deliberativo del Piano di riduzione dei ricoveri ospedalieri negli ultimi 90 giorni di vita ed estensione al 2012 di eventuali riconversioni di personale nel caso risultasse necessario;
- 2) Conferma del servizio attivo nei giorni prefestivi e festivi, già attivo nel 2010;

- 3) e 4) Sarà previsto un corso di formazione in cure palliative per tutta l'area medica dei due presidi ospedalieri, in modo da estendere la reperibilità telefonica notturna qualificata alla continuità assistenziale;
- 5) Formalizzazione della consulenza palliativista anche per i pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere, con specifico protocollo adottato con atto deliberativo entro il 31.12.2011;
- 6) Conferma della supervisione già attuata nel 2010.

**"La supervisione del personale nell'equipe di cure palliative domiciliari:
un modello organizzativo".**

L'approccio corrente al malato terminale e alla sua famiglia è di tipo multidisciplinare, realizzato da professionisti diversi con differenti qualifiche, che hanno in comune l'intenzione di apportare al malato un miglioramento alla qualità di vita e di accompagnare ad una morte dignitosa e serena. La malattia terminale non è un evento statico, bensì un processo che evolve gradualmente, pertanto emergono continuamente nuovi bisogni di tipo fisico, psicologico e spirituale, che mutano con il mutare dello stato di malattia e dello stato di consapevolezza della diagnosi e/o terminalità. Poiché i bisogni del malato sono di natura diversa, diventa corretto affrontarli utilizzando specifiche competenze e specifici strumenti. L'equipe di cure palliative comprende diverse figure professionali, tra cui il medico, l'infermiere, lo psicologo e frequentemente il volontario.

Parallelamente, l'equipe ha a cuore la famiglia del malato stesso, e si impegna a fornirle un supporto sia nella fase che precede il lutto, sia in quella ad esso successiva.

Per il carico e la tipologia del lavoro, la gestione di un'equipe di cure palliative domiciliari è un fattore complesso che richiede riunioni organizzative, scientifiche e di formazione tecnica, ma che non può trascurare gli aspetti relazionali, soprattutto, quando la complessità del lavoro si accompagna alle differenze inter-professionali, culturali e spirituali dei partecipanti.

Gli strumenti a disposizione per migliorare questi aspetti esistono, sono ampiamente citati in letteratura e previsti dalle normative in vigore, e attualmente sono attivi per le Unità di Cure palliative.

Presso L'unità di Cure Palliative della ULSS n. 8–Asolo, oltre, alle riunioni d'equipe bisettimanali, alla supervisione psicologica individuale sui casi, utilizzata giornalmente, viene utilizzato lo strumento della supervisione clinica di gruppo.

Lo psicologo - supervisore supporta l'equipe, favorendo riunioni periodiche, a cadenza regolare di discussione del lavoro, permettendo a tutti i membri dell'equipe di esprimersi, di esprimere il proprio disagio, la propria sofferenza, i dubbi riguardo al proprio lavoro e al rapporto con i pazienti, di raccontare e condividere il peso emotivo delle relazioni, delle scelte da fare, di rielaborare vissuti di rabbia, paura, frustrazione, di discutere in pratica sia degli aspetti tecnici, ma soprattutto di quelli relazionali del loro lavoro. La supervisione è uno strumento indispensabile per migliorare le caratteristiche relazionali di un Servizio di cure palliative; permette la prevenzione del *burn-out*, il miglioramento delle competenze relazionali degli operatori, e la capacità di esternazione delle componenti emotive provocate dal lavoro.

Obiettivi ed organizzazione dell'attività di Supervisione di gruppo dell'Unità di Cure Palliative della ULSS n. 8 - Asolo

1- Modalità organizzativa:

Gli incontri sono realizzati a cadenza mensile e la durata sarà di 1 ora e 30 ciascuno.

Gli argomenti da trattare sono i casi conclusi, con riferimento anche a quelli attuali, considerati come problematici. Viene fissato un calendario per ogni quattro incontri.

L'intervento di supervisione viene svolto dalla Psicologa, per entrambi i Distretti (1 e 2), dell'Unità di Cure palliative della ULSS n.8 – ASOLO.

2-Gli obiettivi generali della supervisione di gruppo sono:

- a) la cura motivazionale del gruppo che lo porti a sentirsi adeguato al proprio operato, mantenendo costante la consapevolezza e la validità degli strumenti terapeutici, assistenziali e relazionali del proprio ruolo professionale.
- b) il cambiamento, in termini di evoluzione del gruppo, che diviene in grado di utilizzare le riunioni come momenti di libera espressione di pensieri riferiti al lavoro, e di conseguenza, per attivare una maggiore comprensione del paziente, della sua famiglia, del suo contesto di malattia.
- c) gli effetti terapeutici che avvengono all'interno del gruppo stesso: poiché migliorano le capacità ***elaborative*** in ogni singolo membro che favoriscono una maggiore integrazione con gli altri.

3-Le modalità d'intervento per ogni singolo partecipante sono le seguenti:

- presentazione e valutazione del caso;
- ascolto empatico dell'operatore o degli operatori che presentano il caso;
- rilevazione delle problematiche dell'operatore rispetto al problema che sta affrontando;
- osservazione del vissuto del gruppo rispetto all'intervento dell'operatore;
- soluzioni fornite del gruppo, attualmente, a supporto del caso;
- suggerimento delle soluzioni e strategie comportamentali;
- monitoraggio e risoluzione dei rapporti critici intra-gruppo, considerati difficili o bloccati;
- eventuali ricadute etiche nella pratica clinica;
- monitoraggio del burn-out.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEI BISOGNI DELL'EQUIPE
IN RELAZIONE ALLA SUPERVISIONE

N.B. si possono segnare più risposte

- **In relazione al rapporto con i tuoi pazienti (relazione d'aiuto):**
 - non senti la necessità di confrontarti con altri
 - vorresti un maggiore confronto, ma direttamente con gli operatori coinvolti
 - ne parleresti volentieri esplicitamente in un gruppo
 - lo senti come un problema sempre aperto da affrontare con continuità nel tempo

- **In relazione al rapporto con gli altri operatori:**
 - non senti la necessità di ulteriori strumenti di confronto
 - vorresti uno spazio apposito per approfondire gli aspetti organizzativi
 - vorresti uno spazio per approfondire aspetti gli relazionali e lavorativi
 - vorresti uno spazio per confrontarsi e conoscersi meglio all'interno del gruppo

- **In relazione allo "stress" lavorativo di fine giornata:**
 - non è un problema (ho già delle soluzioni per contenere per il mio stress)
 - mi pesa, ma non sento la necessità di confrontarmi con gli altri
 - mi pesa, ma non conosco strumenti adatti per affrontarlo al meglio
 - sono disposto a confrontarmi nel mio gruppo di lavoro

- **La supervisione è:**
 - una perdita di tempo
 - una riunione utile per discutere solo dei problemi organizzativi
 - un momento per riflettere sulle relazioni operatore-paziente-famiglia, operatore-equipe
 - un cammino di confronto su tutti i problemi legati al lavoro, guidato da un professionista

Vorrei aggiungere

.....
.....
.....



Regione del Veneto - AZIENDA U.S.L.L. N. 8 ASOLO

CARTA DEI DIRITTI:

- ***DEL MALATO CON DOLORE***
- ***DEL MALATO A FINE VITA***

A cura dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico

Presentazione

L'evoluzione e la specializzazione dei percorsi di cura delle malattie deve considerare, con sempre maggior attenzione, la componente di sofferenza che, spesso, accompagna l'esperienza vissuta dalle persone che per bisogno si affidano ai servizi sanitari.

Per questa ragione l'Azienda ULSS 8, oltre alla giusta attenzione posta alla efficienza del modello organizzativo, si impegna a porre in primo piano gli aspetti legati alla umanizzazione delle cure e alla tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita, nonché dei malati con dolore.

Diritto a non soffrire inutilmente

Ciascun individuo ha diritto di vedere alleviata la propria sofferenza nella maniera più efficace e tempestiva possibile. Tutti gli individui hanno diritto ad essere ascoltati e creduti quando riferiscono del loro dolore.

I bambini, gli anziani e tutti coloro che non sono in grado di comunicare la loro sofferenza hanno lo stesso diritto a non provare dolore inutile.

Chiunque debba sottoporsi ad esami diagnostici, in particolare quelli invasivi, deve essere trattato in modo da prevenire eventi dolorosi.

Diritto ad essere informati e al consenso delle cure

Il malato ha il diritto di essere adeguatamente informato circa le proprie condizioni di salute. Infatti, solo un paziente adeguatamente informato è in grado di effettuare consapevolmente le scelte inerenti la sua salute e la sua vita. L'informazione è il presupposto per esprimere il proprio consenso o dissenso alle proposte diagnostiche e terapeutiche. D'altro canto la persona ha il diritto di non essere informata su sua specifica richiesta e può indicare la persona da informare per suo conto.

Nel caso del morente, questi ha diritto di partecipare alle decisioni che lo riguardano nel rispetto delle sue volontà, compresa la scelta del luogo di cura desiderato (domicilio, centro residenziale per anziani, ospedale, hospice).

Diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, con tempestività e continuità dei trattamenti

Il malato ha diritto di ricevere in modo efficace e tempestivo le cure palliative e il trattamento del dolore, sia in ospedale sia a domicilio o in altra struttura di accoglienza.

Deve essere limitata il più possibile la sofferenza in ogni fase della malattia.

Deve essere data garanzia sull'elevata qualità delle cure, in relazione all'evoluzione delle conoscenze scientifiche. in modo da assicurare il miglior livello di salute e di qualità di vita possibili.

Deve essere garantita la continuità dell'assistenza dall'ospedale al territorio e viceversa.

Diritto alla centralità del malato, alla personalizzazione delle cure

La centralità della dignità della persona comporta che gli operatori rispettino i valori morali, culturali e religiosi di ogni singolo malato.

Ogni persona ha diritto di ricevere le cure e l'assistenza più adeguate alla sua condizione, non solo riferita alla patologia, ma anche al contesto delle sue relazioni umane.

Diritto all'autodeterminazione (libera scelta) e alla riservatezza.

Il malato ha diritto, in ogni momento, di ridefinire con il medico curante, le scelte terapeutiche e il programma di assistenza che lo riguarda.

Tutte le informazioni relative allo stato di salute, alla diagnosi, alla prognosi, al trattamento e tutte le altre informazioni di tipo personale sono riservate e devono sottostare alla normativa sulla privacy.

Diritto all'accompagnamento e al supporto psicologico e sociale per sé e per la propria famiglia

Il malato ha diritto a non morire in isolamento e in solitudine, ha il diritto alla vicinanza dei propri cari, il supporto sociale e deve anche essere sostenuto psicologicamente. Il supporto psicologico, in caso di bisogno, deve essere garantito anche al nucleo familiare.

Retro Copertina

L'Azienda Ulss n. 8, oltre ad impegnarsi a garantire l'esigibilità di questi diritti, investe nella formazione continua degli operatori, promuove azioni di sensibilizzazione della comunità locale, sostiene il volontariato e svolge programmi di educazione sanitaria per allargare le

conoscenze e le competenze di quanti ritengono importante e necessario prendersi cura delle persone malate a fine vita.

In attuazione di precise normative regionali l'Azienda ULSS N. 8 - ASOLO, ha istituito un Nucleo di Cure Palliative nei Distretti n. 1 e 2 con i seguenti indirizzi e recapiti:

DISTRETTO N. 1 CASTELFRANCO VENETO

Servizio di Cure Domiciliari (Nucleo di Cure Palliative)

Via Ospedale n. 34

Tel.: 0423/720020

DISTRETTO N. 2 MONTEBELLUNA

Servizio di Cure Domiciliari (Nucleo di Cure Palliative)

Via Ospedale n. 54 (c/o Ospedale vecchio)

Tel.: 0423/614865

AMBULATORI DI TERAPIA DEL DOLORE

presso gli Ospedali di Castelfranco Veneto e Montebelluna

AZIENDA U.L.SS. N. 8, ASOLO

Progetto lotta al dolore 2010-2011

Anno 2010

- 1) Rinnovo del Comitato Ospedale Senza Dolore, di cui alle deliberazioni aziendali n. 1247 del 13.12.2007 e n. 226 del 13.3.2008;
- 2) Elaborazione e diffusione della carta dei diritti del malato con dolore e del malato a fine vita;
- 3) Reindividuazione dei referenti per il dolore nei reparti e servizi;
- 4) Rilevazione dello stato attuale della lotta al dolore tramite questionario compilato dai referenti;
- 5) Incontri di formazione per referenti e coordinatori infermieristici (2 incontri di 2 ore, novembre-dicembre)

a. Formazione

- Presentazione sintesi risultati questionario
- Legislazione
- Ruolo e compiti dei referenti
- Scale misurazione dolore

- Cenni terapia multimodale
- b. **Strumenti** (discussione e/o presentazione)
 - Grafica con dolore V° parametro vitale: elaborazione nuova grafica o diffusione e utilizzo di quelle già in uso
 - Scala NRS
 - Materiale informativo per i pazienti
 - Questionario del grado di soddisfazione
 - (Per tutti gli strumenti si provvederà alla stampa e diffusione agli operatori e all'individuazione dei tempi e modi della distribuzione agli utenti del materiale informativo e dei questionari.)
- 6) Valutazione dati riguardanti il consumo di analgesici (per ospedale e per reparto);
- 7) Inizio della diffusione degli opuscoli informativi e dei questionari per la valutazione del grado di soddisfazione.

2) Progetto dolore 2010-2011

Anno 2011

1. Incontri di formazione gennaio-marzo per infermieri (4 incontri di due ore):
 - a. Legislazione
 - b. Misurazione dolore
 - c. Strumenti da utilizzare (grafica, opuscoli informativi, questionario, scala NRS)
 - d. Cenni di terapia
2. Effettuazione di un'indagine di prevalenza, almeno annuale, da effettuarsi in una giornata indice (*Pain Day*) con questionario di rilevazione aziendale (compilato dai pazienti) al fine di quantificare:
 - % di pazienti che provano dolore durante il ricovero
 - l'intensità del dolore riferito nella giornata indice
 - l'efficacia del trattamento ricevuto
 - tempi di risposta degli operatori
3. Verifica del livello di adesione al progetto di lotta al dolore: in coincidenza dell'indagine di prevalenza (*Pain Day*) sarà effettuato un controllo delle cartelle cliniche dei degenti rilevando la percentuale di pazienti con misurazione del dolore registrata in grafica e l'intensità dello stesso (NRS)
4. Analisi dei questionari di soddisfazione compilati dai pazienti
5. Sintesi dei dati concernenti il consumo di farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi e del paracetamolo (2009-2011)

6. Incontro con tutti i referenti, caposala, direttori U.O. e Servizi per la restituzione dei risultati delle iniziative attuate per la lotta al dolore (novembre o dicembre).

REFERENTI

(ruolo, competenze, compiti)

- **Competenze**: conoscenze di base riguardante leggi, misurazione e trattamento del dolore
- **Ruolo**
 - Riferimento per il resto del personale (medico e infermieristico): raccoglie dubbi e necessità del personale medico e infermieristico rispetto alle problematiche inerenti il dolore.
 - Collegamento con specialista del dolore (o anestesista di guardia per problematiche urgenti).
- **Compito di verifica**:
 - Valutazione del dolore all'ingresso del paziente in reparto
 - Registrazione della misurazione del dolore in cartella
 - Informazione ai pazienti sulla gestione del dolore in ospedale
 - Distribuzione e raccolta dei questionari del grado di soddisfazione
 - Applicazione dei protocolli di trattamento del dolore (ove disponibili)
 - Collaborazione all'effettuazione delle indagini di prevalenza e alle verifiche di adesione al progetto di lotta al dolore tramite controllo diretto delle cartelle (% pazienti con misurazione dolore registrato e intensità) previste dal progetto di lotta al dolore

RISULTATI ATTESI

1. Aumento del n° di reparti con parametro dolore in cartella clinica
2. Aumento del consumo farmaci analgesici, in particolare oppiacei e paracetamolo
3. Aumento del n° di questionari di soddisfazione compilati
4. Aumento del grado di soddisfazione dei pazienti
5. Aumento della % di pazienti con NRS <4 (efficacia del trattamento, verificato con indagine di prevalenza e controlli diretti delle cartelle cliniche)

| |
|--------------------------------|
| AZIENDA ULSS 9, TREVISO |
|--------------------------------|

**PROGETTO ESECUTIVO DI SVILUPPO DELLA RETE TERRITORIALE DELLE CURE
PALLIATIVE,**

AI SENSI DELLA L.R. N. 7/2009 BIENNIO 2010 - 2011

Il Coordinatore dei Direttori di Distretto Socio-Sanitario

Dott. Nello Spinella

Il referente aziendale per il Progetto Cure Palliative

Dott. Massimo Melo

INTRODUZIONE

Con nota n. 462720 del 01.09.2010, in conformità alla DGRV n. 4254 del 29.12.2009, la Regione ha avviato la progettualità per lo sviluppo delle cure palliative per gli anni 2010-2011, stabilendo che per accedere ai nuovi finanziamenti, i progetti debbano soddisfare criteri a carattere vincolante e di innalzamento della qualità dei servizi, cui corrispondono rispettivamente due quote pro-capite di contributo regionale.

Alla luce dei criteri di cui alla nota regionale citata, è emersa la necessità di presentare un nuovo progetto, con relativa proposta di destinazione dei finanziamenti, pari a € 371.000,00 per l'anno 2010 e a € 371.000,00 per l'anno 2011.

Il progetto di sintesi per lo sviluppo della rete delle cure palliative domiciliari presentato per l'anno 2009 viene quindi reso operativo dal progetto esecutivo oggetto di questo documento, che testimonia l'impegno dell'Azienda nell'affrontare e portare a soluzione le difficili sfide che si pongono nell'assistenza ai malati in condizione di fine vita.

Lo sviluppo del sistema aziendale di cure palliative è infatti un obiettivo di primaria importanza per l'Azienda, il cui compimento garantirà a tutti i cittadini l'accesso ad un programma di cura ed assistenza appropriato, in grado di prendere in carico i bisogni ed i problemi di salute di questi pazienti, caratterizzati da elevati livelli di fragilità.

INDICE

CRITERI VINCOLANTI DI PROGETTAZIONE

1. Costituzione di un Nucleo di Cure Palliative (di seguito NCP) per area distrettuale (p.2).
2. Dimensionamento del personale (p.2).
3. Continuità dell'assistenza: servizio medico-infermieristico attivo (p.4).

4. Accesso facilitato al sistema d'offerta aziendale di cure palliative, accesso facilitato alle strutture aziendali/private accreditate di diagnosi e trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP. Accesso e dimissioni protette al ricovero ospedaliero (p.7).
5. Stesura e pubblicazione della carta dei diritti del malato a fine vita (p. 11).
6. 1 Adozione del sistema informativo per le cure palliative (p. 12).
6. 2 Adozione dei criteri di accesso all'hospice (p. 12).
7. Attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP (p. 13).
8. Disponibilità dei farmaci di uso ospedaliero necessari all'erogazione di cure palliative domiciliari, residenziali o in altra struttura non ospedaliera (p. 14)

CRITERI D'INNALZAMENTO DELLA QUALITA' DEI SERVIZI DEL PROGETTO ESECUTIVO 2010-2011

1. Piano di riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri per i malati oncologici, negli ultimi 90 giorni di vita, e parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP (p. 16).
2. Istituzione di un servizio attivo di cure palliative i giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica (p. 17).
3. Istituzione di una reperibilità medica palliativa per i malati nelle fasce orarie (diurne e notturne) di assenza del servizio attivo di cure palliative (p. 18).
4. Istituzione di procedure per garantire il supporto metodologico e clinico al Servizio di Continuità Assistenziale, nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo di cure palliative (p. 19).
5. Attività di consulenza del NCP a favore di strutture d'offerta ospedaliere/residenziali di cure ed assistenza, aziendali/private convenzionate (p. 20).
6. Istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato ed i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica (P. 21).

CRITERI D'INNALZAMENTO DELLA QUALITA' DEI SERVIZI DEL PROGETTO -
CONTINUAZIONE DELL'ATTIVITA' DI CUI ALLA PROGETTAZIONE 2009

1. Intercettare precocemente il bisogno della popolazione assistibile (ex obiettivo 1-aspetti innovativi, del progetto 2009) (P. 22).
2. Realizzare la presa in carico tempestiva del paziente, identificandone con precisione i bisogni di cura ed assistenza (ex obiettivo n. 4-aspetti innovativi, del progetto 2009) (P. 23).
3. Mantenere la continuità del livello assistenziale (ex obiettivo n. 2-aspetti innovativi, del progetto 2009) (P. 24).
4. Realizzazione del sistema informativo informatizzato delle cure palliative (ex obiettivo n.6-criteri vincolanti, del progetto 2009) (P. 25).
5. Ottenere la partecipazione solidale dei cittadini alle iniziative di cure palliative (ex obiettivo n. 3-aspetti innovativi, del progetto 2009) (P. 26).

TABELLA RIASSUNTIVA DEI CONTRIBUTI RICHIESTI PER LA REALIZZAZIONE DELLA RETE AZIENDALE DI CURE PALLIATIVE, BIENNIO 2010-2011 (P. 27).

DESTINAZIONE IMPORTO RESIDUO DEL FINANZIAMENTO 2009 - TABELLA RIASSUNTIVA (P. 28)

CRITERI VINCOLANTI DI PROGETTAZIONE

1. Costituzione di un Nucleo di Cure Palliative (di seguito NCP) per area distrettuale.

Obiettivo conseguito nella progettazione 2009: per mantenere una modalità organizzativa consolidata negli anni, l'Azienda ha preferito costituire un singolo Nucleo di Cure Palliative a valenza interdistrettuale. Tale struttura, denominata *Unità Operativa Semplice di Cure Palliative*, è determinata dall'atto aziendale 2009, che la colloca in seno al Distretto Socio Sanitario n° 1 – Treviso. L'offerta di cure palliative è sostenuta in ciascun distretto da una specifica équipe di cure palliative, dimensionata alla popolazione assistibile secondo quanto espresso nella L.R. 7/09, le cui attività sono funzionalmente coordinate dalla citata Unità Semplice di Cure Palliative.

2. Dimensionamento del personale.

2.1 Obiettivi conseguiti nella progettazione 2009:

- a. Personale in forza all'8/10/2010: a seguito dell'espletamento delle procedure selettive ed in relazione alla disponibilità dei professionisti, sono state assunte, a rapporto libero professionale, le seguenti figure professionali:
 - N. 1 Dirigente medico esperto in cure palliative;

- N. 3 Dirigenti psicologi esperti in cure palliative
- b. Invio ai competenti uffici della Regione Veneto dell'istanza per l'assunzione a tempo indeterminato del personale delle cure palliative (anticipata via fax il 14 settembre 2010).

2.2 Obiettivi della progettazione 2010-2011: completamento della dotazione organica delle équipe distrettuali di cure palliative, ed adeguamento del debito orario del personale, secondo quanto all'art. 10 comma 3 della L.R. 7/2009.

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|---|---------------------|--|--|---|
| 2.2 Il personale dirigente delle cure palliative è dimensionato alla popolazione servita. | 2.2.1 | Rinnovo annuale dei contratti in essere sino alla scadenza del progetto triennale. | Ottobre 2011, ottobre 2012. | 131.876,00 (Importo residuo parziale del finanziamento 2009) |
| | 2.2.2 | Acquisizione di 2 dirigenti medici palliativisti, ciascuno per un monte ore settimanale di 38 ore. | Avviso di procedura selettiva per il conferimento di n. 2 incarichi libero-professionali. | Novembre 2010. Euro 263.750, 00 per il biennio 2010-2011. |
| | 2.2.3 | Acquisizione del 4° dirigente psicologo, mantenimento in servizio dei dirigenti psicologi acquisiti ed incremento del loro monte ore settimanale da 20 | Stipula di contratto libero professionale per il 4° psicologo. Integrazione dei contratti in essere per i | Novembre 2010 Aprile 2011. |

a 38 ore.

dirigenti
psicologi (da
20 a 38 ore la
settimana).

Settembre-

ottobre 2011

Rinnovo

annuale dei

contratti in

essere sino alla

scadenza del

progetto

triennale.

Settembre-

ottobre 2012

3. Continuità dell'assistenza: servizio medico-infermieristico attivo.

Obiettivo conseguito nella progettazione 2009:

- 3.1 Servizio medico attivo: i pazienti oncologici presi in carico in regime di cure palliative vengono assistiti in modalità attiva dal Medico di Assistenza Primaria ai sensi di quanto previsto nel vigente patto aziendale 2009-2011. Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì nella fascia oraria 8-20, ed il sabato nella fascia oraria 8-10. Il patto recepisce l'accordo regionale di cui all'allegato A della DGRV 4395/30 dicembre 2005, che prevede il coinvolgimento dei Medici Convenzionati di Assistenza Primaria nella progettazione e realizzazione del sistema della cure domiciliari, perseguendo obiettivi specifici di assistenza in cure palliative, valutazione multidimensionale e collaborando alla la definizione di linee guida per il trattamento a domicilio dei pazienti oncologici in fase terminale. In particolare, gli obiettivi di programmazione ed assistenziali da conseguire sono:
- Attivazione del percorso: compilazione ed inoltro della scheda SVAMA al Distretto. Partecipazione all'UVMD di presa in carico; partecipazione alla stesura del piano assistenziale.
 - Presa in carico: attuazione delle parti di competenza del piano assistenziale, secondo i tempi e i modi definiti in UVMD, in particolare gli accessi a domicilio concordati.

- Gestione del percorso assistenziale: compilazione dei documenti che raccolgono le informazioni sul paziente, in formato cartaceo ed informatizzato, quando quest'ultimo sarà disponibile. Partecipazione all'addestramento sulle procedure informatizzate che facilitano la presa in carico del paziente e la conduzione del percorso assistenziale.
- Continuità dell'assistenza: garantire la risposta telefonica per il paziente, i familiari e l'équipe, nella fascia oraria 8-20 feriale e 8-10 prefestivo.
- Verifica degli outcome assistenziali e di percorso: partecipazione alle U.V.M.D. successive.

Ai sensi del citato accordo regionale, a fronte dell'impegno del Medico di Assistenza Primaria, l'Azienda U.L.S.S. corrisponde al Medico di Assistenza Primaria la somma di Euro 774,69 al mese per due mesi di assistenza, che viene erogata solo in caso di raggiungimento del 100% di ogni singolo obiettivo. In caso di decesso o di ricovero ospedaliero, la somma viene proporzionata alle giornate di effettiva assistenza erogate.

3.2 Servizio infermieristico attivo: ormai da molti anni il servizio infermieristico domiciliare dell'Azienda U.L.S.S. n. 9 di Treviso è sostenuto da un pool infermieri appartenenti al comparto pubblico (Azienda U.L.S.S.) e al consorzio privato (Medicasa SpA, partner aziendale profit). Tale organizzazione delle risorse permette l'erogazione di un servizio infermieristico attivo nei seguenti giorni e fasce orarie:

- Lunedì-Venerdì: ore 07.00-20.00;
- Sabato e Domenica: ore 08.00-14.00.

E' inoltre attivo un servizio di reperibilità su chiamata, nei seguenti giorni e fasce orarie:

- Lunedì-Venerdì: ore 20.00-07.00;
- Sabato: ore 14.00-08.00;
- Domenica: ore 14.00-08.00.

Obiettivi della progettazione 2010-2011: perfezionamento degli strumenti a disposizione del personale per l'erogazione di prestazioni sanitarie di qualità.

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-------------|---------------------------------|
| 3.1 Il personale delle équipe di cure | 3.1.1 Ciascuna équipe di cure | Acquisto di n. 4 ecografi portatili. | Aprile 2011 | Euro 7.000 (Importo residuo) |

| | | | | |
|--|--|---|---------------|--|
| palliative è dotato di adeguate apparecchiature tecnologiche che consentono di eseguire al domicilio del paziente procedure diagnostiche strumentali di bassa complessità. | palliative è dotata di un ecografo portatile. 3.1.2 Ciascuna équipe di cure palliative è dotata di un elettrocardiografi portatile. | Acquisto di n. 4 elettrocardiografi portatili. | Aprile 2011 | parziale del finanziamento 2009). Euro 7.000 (Importo residuo parziale del finanziamento 2009). |
| 3.2 Il personale delle équipes di cure palliative dispone di materiale scientifico aggiornato per l'autoformazione. | 3.2. E' istituita una biblioteca scientifica per ogni équipe distrettuale. | Acquisto di testi scientifici selezionati ed abbonamento a riviste scientifiche tematiche, per ogni équipe distrettuale | Aprile 2011 | Euro 2.000 (Importo residuo parziale del finanziamento 2009). |
| 3.3 Il personale delle équipes di cure palliative è aggiornato sulle tematiche specifiche del suo lavoro. | 3.3 Il personale delle équipes di cure palliative si reca a corsi di aggiornamento specifici, su temi di riconosciuta importanza. | Selezionamento dei corsi di riconosciuta importanza, distribuzione del personale ai corsi secondo il bisogno formativo | Dicembre 2012 | Euro 4.787 (Importo residuo parziale del finanziamento 2009). |

rilevato.

4. Accesso facilitato al sistema d'offerta aziendale di cure palliative, accesso facilitato alle strutture aziendali/private accreditate di diagnosi e trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP. Accesso e dimissioni protette al ricovero ospedaliero.

Obiettivi della progettazione 2010-2011:

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|---|---|--|----------------|--|
| 4.1 Ogni paziente accede alla rete delle cure palliative aziendali attraverso il Distretto socio sanitario. | 4.1.1 Il modulo informatizzato utilizzabile per comunicare la notizia di caso è disponibile in rete. | Revisione e disponibilità nella rete del modulo di notizia di caso sul prototipo della cartella clinica informatizzata | Dicembre 2010 | Nessun costo: i costi per la realizzazione della cartella sono coperti dal budget allocato per il progetto cure palliative presentato per l'anno 2009. |
| | 4.1.2 I soggetti segnalanti inviano la notizia di caso all'équipe di cure palliative del Distretto di competenza attraverso il modulo informatizzato disponibile in rete. | Accesso dei soggetti segnalanti al modulo informatizzato della notizia di caso. | Dicembre 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio e di strutture aziendali già presenti. |
| | 4.1.3 La notizia di caso è ricevuta e valutata unicamente dagli | Progetto di formazione sul campo: "Gli operatori che | Dicembre 2011. | Vedi costi obiettivo 2.4 – <i>"Criteri d'innalzamento della qualità dei servizi del progetto"</i> |

operatori di
centrale operativa
del distretto.

raccolgono la
notizia di caso
possiedono le
abilità
relazionali
necessarie, e
conoscono i
contenuti della
comunicazione
utili ad
identificare i
bisogni dei
pazienti
assistibili.”

*continuazione
dell'attività di
cui alla
progettazione
2009”.*

4.1.4 La
valutazione e la
presa in carico di
ciascun caso
avviene tramite
l'UVMD.

Svolgimento
dell'UVMD
per ogni caso
segnalato dagli
operatori di
centrale
operativa.

Dicembre 2011

Nessun costo:
utilizzo di
personale già in
servizio e di
strutture
aziendali già
presenti.

4.2 Ogni paziente
accede alle
prestazioni
diagnostiche
strumentali
attraverso un
percorso facilitato.

4.2.1 E' analizzata
la vigente
procedura di
accesso alle
prestazioni
diagnostiche
strumentali e sono
individuati quelle
prestazioni per cui
è opportuno
modificare il
livello di priorità
di accesso.

Marzo 2011

Nessun costo:
utilizzo di
personale già in
servizio.

| | | | | |
|--|---|--|-------------|---|
| | 4.2.2 Le procedure di accesso alle prestazioni di diagnostica strumentali identificate sono modificate. | Tavolo di lavoro specialistico. | Aprile 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 4.2.3 L'azienda recepisce le modifica delle procedure di accesso alle prestazioni diagnostiche strumentali. | Delibera del Direttore Generale | Maggio 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 4.2.4 La modifica delle procedure di accesso alle prestazioni diagnostiche strumentali è diffusa ai Medici di Assistenza primaria. | Presentazione della procedura ai gruppi audit. | Giugno 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| 4.3 Ogni paziente accede alle prestazioni terapeutiche ospedaliere di cure palliative attraverso un percorso facilitato. | 4.3.1 Sono identificate le prestazioni terapeutiche ospedaliere di cure palliative disponibili ed individuate quelle per cui è opportuno creare | Tavolo di lavoro specialistico. | Aprile 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |

un percorso
facilitato e protetto
di accesso.

4.3.2 E' definita la
procedura di
accesso facilitato
alle prestazioni
terapeutiche
ospedaliere di cure
palliative.

Tavolo di
lavoro
specialistico.

Maggio 2011

Nessun costo:
utilizzo di
personale già in
servizio.

4.3.3 L'azienda
recepisce la
procedura di
accesso facilitato
alle prestazioni
terapeutiche
ospedaliere di cure
palliative.

Delibera del
Direttore
Generale

Giugno 2011

Nessun costo:
utilizzo di
personale già in
servizio.

4.3.4 La procedura
di accesso
facilitato alle
prestazioni
terapeutiche
ospedaliere di cure
palliative è diffusa
ai Medici di
Assistenza
Primaria.

Presentazione
della procedura
ai gruppi audit.

Settembre 2011

Nessun costo:
utilizzo di
personale già in
servizio.

4.4 Ogni paziente in
carico dalla rete
aziendale delle cure
palliative accede al
ricovero ospedaliero
attraverso un

4.4.1 Sono
identificate le
criticità riscontrate
nella vigente
procedura di
accesso protetto e

Tavolo di
lavoro
specialistico.

Dicembre 2011

Nessun costo:
utilizzo di
personale già in
servizio.

| | | | | |
|--|--|--|---------------|---|
| percorso protetto e facilitato. | facilitato al ricovero ospedaliero. | | | |
| | 4.4.2 Progettazione e stesura della procedura di accesso facilitato | Tavolo di lavoro specialistico. | Maggio 2012 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 4.4.3 Recepimento aziendale della procedura di accesso protetto facilitato al ricovero ospedaliero. | Delibera del Direttore Generale | Novembre 2012 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 4.4.4 Diffusione ai Medici di Assistenza Primaria della procedura di accesso facilitato al ricovero ospedaliero. | Presentazione della procedura ai gruppi audit. | Dicembre 2012 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| 4.5 Ogni paziente in carico dalla rete aziendale delle cure palliative è dimesso dal ricovero ospedaliero attraverso un percorso protetto. | 4.5. Sono identificate le criticità riscontrate nella vigente procedura di dimissioni protette dal ricovero ospedaliero. | Tavolo di lavoro specialistico. | Dicembre 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 4.5.2 Progettazione e stesura della | Tavolo di lavoro specialistico. | Maggio 2012 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in |

| | | | | |
|---|--|---------------|--|---|
| procedura di dimissioni protette. | | | | servizio. |
| 4.5.3 Recepimento aziendale della procedura di dimissioni protette. | Delibera del Direttore Generale | Novembre 2012 | | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| 4.5.4 Diffusione ai Medici di Assistenza Primaria della procedura di dimissioni protette. | Presentazione della procedura ai gruppi audit. | Dicembre 2012 | | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |

5. Stesura e pubblicazione della carta dei diritti del malato a fine vita.

Obiettivi della progettazione 2010-2011:

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|--|---|--|-------------------------|---|
| Le volontà del malato in condizione di fine vita sono tutelate dall'utilizzo della <i>Carta dei diritti del malato a fine vita</i> . | 5.1 Sono identificate le criticità riscontrate nella tutela delle volontà del paziente. | Tavolo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare. | Aprile 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 5.2 Stesura della bozza della carta dei diritti e sua condivisione con gli stakeholders istituzionali e | Tavolo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare. | Settembre-novembre 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |

pubblici.

| | | | |
|---|--|---------------|---|
| 5.3 Stesura del documento definitivo della Carta dei diritti dei malati a fine vita | Tavolo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare. | Novembre 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| 5.4 L'Azienda recepisce la Carta dei diritti del malato a fine vita. | Delibera del Direttore Generale | Dicembre 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| 5.5 L'Azienda presenta e sottoscrive pubblicamente la Carta dei diritti del malato a fine vita. | Conferenza pubblica e conferenza stampa. | Dicembre 2011 | Euro 5.000: organizzazione di iniziative per la diffusione della carta. |

6. 1 Adozione del sistema informativo per le cure palliative.

Obiettivo conseguito nella progettazione 2009: secondo quanto dichiarato nella progettazione 2009, l'Azienda U.L.S.S. n. 9 di Treviso ha adottato integralmente gli indicatori delle cure palliative secondo quanto previsto dalla D.G.R.V. n. 1698/08.

6. 2 Adozione dei criteri di accesso all'hospice.

Obiettivi della progettazione 2010-2011:

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|---|---|--------------------------------|------------|---|
| I pazienti bisognosi di un percorso di cure | 6.2.1 Sono identificate le criticità relative | Tavolo di lavoro specialistico | Marzo 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| palliative residenziali accedono alle stesse attraverso i criteri d'ingresso previsti nella DGRV 3318/2008 | all'adozione e all'entrata in uso dei criteri di accesso all'Hospice. 6.2.2 Sono eseguite le azioni per la rimozione delle criticità relative all'adozione e all'entrata in uso dei criteri di accesso all'Hospice. 6.2.3 L'Azienda recepisce i criteri di accesso in hospice, secondo quanto alla DGRV 3318/2008 | Provvedimenti organizzativi e disposizioni amministrative. Delibera del Direttore Generale | Maggio Giugno 2011 | servizio. Nessun costo: utilizzo di personale già in servizio. Nessun costo: utilizzo di personale già in servizio. |
|--|---|--|---|---|

7. **Attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP.**

Obiettivo conseguito nella progettazione 2009: attualmente, nel territorio aziendale, l'ingresso del paziente alla rete delle cure palliative avviene attraverso una struttura a valenza funzionale, denominata *Nucleo Interdistrettuale di Cure Palliative*. La citata *Unità Operativa Semplice di Cure Palliative*, assegnata al Distretto 1 dall'atto aziendale in vigore, a valenza interdistrettuale, svolge attività di indirizzo metodologico alle équipe di cure palliative distrettuali. Tali équipe, presenti nel territorio aziendale in ragione di 1 per ciascun Distretto Socio-Sanitario (in totale: 4 équipe), sostengono l'offerta di cure palliative domiciliari.

8. **Disponibilità dei farmaci di uso ospedaliero necessari all'erogazione di cure palliative domiciliari, residenziali o in altra struttura non ospedaliera.**

Obiettivi della progettazione 2010-2011:

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|--|---|--|---------------|---|
| 8.1 Realizzare la procedura di consegna domiciliare dei farmaci presenti in PTO e PHT e dei presidi sanitari. | 8.1.1 Adeguamenti organizzativi e procedurali nell'attività degli infermieri di Centrale Operativa e del Servizio Assistenza Domiciliare Integrata, funzionali all'erogazione domiciliare dei farmaci | Disposizioni amministrative interne | Dicembre 2010 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 8.1.2 Approntamento e gestione dell'armadio farmaci delle cure palliative, in ragione di uno per ciascun Distretto. | Disposizioni amministrative interne | Dicembre 2010 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 8.1.3 Diffusione e consolidamento della procedura di erogazione domiciliare dei farmaci ai Medici di Assistenza Primaria. | Presentazione della procedura ai gruppi audit. | Marzo 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| 8.2 Realizzare la disponibilità completa dei farmaci presenti in PTO e PHT e dei presidi sanitari nelle case di riposo | 8.2.1 Analisi delle eventuali problematiche per l'approvvigionamento e l'uso dei farmaci in PTO nelle case di riposo. | | | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 8.2.2 Adeguamenti | | | Nessun costo: |

organizzativi e
procedurali per
l'approvvigionamento
e l'uso dei farmaci in
PTO nelle case di
riposo

utilizzo di
personale già in
servizio.

8.2.3 Adeguamenti
organizzativi e
procedurali per a
gestione dell'armadio
farmaci nelle case di
riposo.

Nessun costo:
utilizzo di
personale già in
servizio.

CRITERI D'INNALZAMENTO DELLA QUALITA' DEI SERVIZI DEL PROGETTO ESECUTIVO 2010-2011

- 1. Piano di riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri per i malati oncologici, negli ultimi 90 giorni di vita, e parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP.**

Obiettivi della progettazione 2010-2011: il funzionamento a regime della rete delle cure palliative avrà come effetto la riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati dei malati oncologici. Peraltro, anche dallo sviluppo progressivo della rete aziendale esistente ci si attende una graduale riduzione dei citati ricoveri, che al momento non è quantificabile per mancanza di dati epidemiologici attendibili. Per poter elaborare un piano di riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati dei pazienti oncologici, con riconversione al territorio delle risorse risparmiate, è prioritario indirizzare gli sforzi per quantificare l'entità del fenomeno, secondo quanto al seguente obiettivo.

Obiettivi della progettazione 2010-2011:

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|---|--|--|---------------|---|
| 1. E' attiva una procedura in grado di riconvertire al territorio le risorse ospedaliere recuperate dalla riduzione dei ricoveri ospedalieri subiti dai pazienti in condizione di fine vita (tutte le patologie). | 1. E' attivo un dispositivo di indagine epidemiologica multifonte permanente in grado di determinare la numerosità ed il costo dei ricoveri ospedalieri subiti dai pazienti in condizione di fine vita (tutte le patologie). | 1. Metodo di indagine epidemiologic a multifonte permanente. 2. Sistema informativo aziendale. | Dicembre 2012 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | E' attiva una procedura amministrativa in grado di riconvertire al territorio le risorse ospedaliere recuperate dalla riduzione dei suddetti ricoveri. | Disposizioni amministrative interne. | Dicembre 2012 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |

Istituzione di un servizio attivo di cure palliative i giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica. :

Obiettivi della progettazione 2010-2011: la dotazione di risorse mediche previste dalla prevista progettazione, qualora anche completamente acquisite entro i termini dichiarati, e la tipologia dei contratti stipulati (libera professione) non permettono l'erogazione di un servizio medico palliativistico attivo secondo quanto richiesto. Per mantenere la continuità del livello assistenziale l'Azienda s'impegna invece, come ai successivi punti del progetto, ad organizzare la reperibilità medica palliativa per i malati nelle fasce orarie (diurne e notturne) di assenza del servizio attivo di cure palliative, e ad istituire procedure per garantire il supporto metodologico e clinico al Servizio di Continuità Assistenziale, nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo di cure palliative.

Istituzione di una reperibilità medica palliativa per i malati nelle fasce orarie (diurne e notturne) di assenza del servizio attivo di cure palliative.

Obiettivi della progettazione 2010-2011:

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|---|---|--|---------------|--|
| 3. E' garantita la continuità del livello assistenziale nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo di cure palliative. | 3.1 Adeguamenti nelle procedure di gestione delle chiamate di emergenza dai pazienti assistiti al domicilio. | Disposizioni amministrative interne | Febbraio 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 3.2 Condivisione delle procedure di gestione delle chiamate di emergenza con il Servizio di Continuità Assistenziale. | Tavolo di lavoro specialistico | Aprile 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 3.3 Entrata in uso della cartella clinica | Vedi obiettivo n. 4 - <i>Criteri d'innalzamento della qualita'</i> | Maggio 2011 | Vedi obiettivo n. 4 - <i>Criteri d'innalzamento della qualita' dei</i> |

| | | |
|--|--|--|
| informatizzata delle cure palliative, web disponibile | <i>dei servizi del progetto - continuazione dell'attività di cui alla progettazione 2009</i> | <i>servizi del progetto - continuazione dell'attività di cui alla progettazione 2009</i> |
|--|--|--|

| | | | |
|---|--|-------------|-------------|
| 3.4 Istituzione della reperibilità telefonica per i medici palliativisti. | Disposizione amministrativa interna. | Maggio 2011 | Euro 29.200 |
|---|--|-------------|-------------|

**Istituzione di procedure per garantire il supporto metodologico e clinico al Servizio di
Continuità Assistenziale, nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo di cure palliative**

Obiettivi della progettazione 2010-2011:

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|---|---|---|-------------|---|
| 4. E' garantita la continuità del livello assistenziale nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo di cure palliative. | 4.1 Il Servizio di Continuità Assistenziale è coinvolto nella progettazione delle cure e dell'assistenza al paziente, nella verifica dell'outcome nelle attività di formazione sul campo su temi inerenti le cure palliative. | Partecipazione all'UVMD. Partecipazione alle attività di formazione sul campo. | Maggio 2011 | Nessun costo: utilizzo di personale già in servizio. |

| | | | |
|---------------------------|------------------------|-------------|--------------------------|
| 4.2 | Vedi | Maggio 2011 | Il costo è |
| Conseguimento di | all'obiettivo | | ricompreso nei |
| quanto indicato | n.3 - <i>Criteri</i> | | costi per la |
| all'obiettivo n.3 - | <i>d'innalzamento</i> | | realizzazione |
| <i>Criteri</i> | <i>della qualità</i> | | dell'obiettivo n.3 |
| <i>d'innalzamento</i> | <i>dei servizi del</i> | | - <i>Criteri</i> |
| <i>della qualità dei</i> | <i>progetto</i> | | <i>d'innalzamento</i> |
| <i>servizi del</i> | <i>esecutivo</i> | | <i>della qualità dei</i> |
| <i>progetto esecutivo</i> | <i>2010-2011.</i> | | <i>servizi del</i> |
| <i>2010-2011.</i> | | | <i>progetto</i> |
| | | | <i>esecutivo 2010-</i> |
| | | | <i>2011.</i> |

Attività di consulenza del NCP a favore di strutture d'offerta ospedaliere/residenziali di cure ed assistenza, aziendali/private convenzionate.

Obiettivi della progettazione 2010-2011:

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|--|--|--|--|--|
| 5. L'Unità Operativa Semplice di Cure Palliative offre attività di consulenza per la gestione dei casi alle strutture d'offerta ospedaliere e residenziali di cura ed assistenza, sia aziendali che private/convenzionate. | 5.1 Conseguimento degli obiettivi n. 1-2-4 - <i>Criteri d'innalzamento della qualità dei servizi del progetto-continuazione dell'attività di cui alla progettazione 2009</i> ". | Vedi agli strumenti degli obiettivi 1-2-4 - <i>Criteri d'innalzamento della qualità dei servizi del progetto-continuazione dell'attività di cui alla progettazione 2009</i> ". | Obiettivo n. 1: dicembre 2011. Obiettivo n. 2: dicembre 2011. Obiettivo n. 4: dicembre 2011. | Per gli obiettivi n. 1 e 2, nessun costo: utilizzo di personale già in servizio. Per l'obiettivo n. 4, il costo è coperto con il finanziamento della |

| | | | |
|---|---|----------------|---|
| | | | progettazione 2009. |
| 5.2 Definizione delle procedure di segnalazione del caso alle équipe di cure palliative, attraverso il conseguimento degli obiettivi n. 1-2 - <i>Criteria</i> <i>d'innalzamento</i> <i>della qualita' dei</i> <i>servizi del</i> <i>progetto-</i> <i>continuazione</i> <i>dell'attivita' di</i> <i>cui alla</i> <i>progettazione</i> <i>2009".</i> | Vedi agli strumenti degli obiettivi n. 1-2 - <i>Criteria</i> <i>d'innalzamento</i> <i>della qualita'</i> <i>dei servizi del</i> <i>progetto-</i> <i>continuazione</i> <i>dell'attivita' di</i> <i>cui alla</i> <i>progettazione</i> <i>2009".</i> | Dicembre 2011. | Nessun costo: utilizzo di personale già in servizio. |

Istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato ed i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica.

Obiettivi della progettazione 2010-2011:

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|---|--|--------------------------------------|----------------|---|
| 6. Il personale delle équipes di cure palliative è periodicamente supervisionato su | 6.1 Stesura di un progetto di formazione sul campo (progetto di miglioramento) | Tavolo di lavoro multiprofessionale. | Febbraio 2011. | Euro 24.960: 2 ore di supervisione esterna al mese per ciascuna |

| | | | | |
|---|---|----------------------------------|--------------------------------|---|
| aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con i malato ed i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica | corrispondente all'obiettivo dichiarato. 6.2 Pre-accreditamento del progetto di formazione sul campo. 6.3 Formazione sul campo per ciascuna delle équipes di cure palliative. | | | delle 4 équipes di cure palliative, per il biennio 2010-2011 (totale, 96 incontri di 2 ore) |
| | | Incontri di formazione sul campo | Febbraio 2011. Maggio 2011. | |

CRITERI D'INNALZAMENTO DELLA QUALITA' DEI SERVIZI DEL PROGETTO

CONTINUAZIONE DELL'ATTIVITA' DI CUI ALLA PROGETTAZIONE 2009

1. Intercettare precocemente il bisogno della popolazione assistibile (ex obiettivo 1-aspetti innovativi, del progetto 2009).

Obiettivi della progettazione 2010-2011

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|---|---|---|---|---|
| 1. Il bisogno della popolazione assistibile è intercettato precocemente | 1.1 E' attivo un dispositivo di indagine epidemiologica multifonte permanente in grado di determinare la numerosità dei pazienti assistibili, individuandone l'identità anagrafica. | 1. Metodo di indagine epidemiologic a multifonte permanente. 2. Sistema informativo aziendale | Aprile 2011: termine della progettazione del dispositivo di indagine epidemiologica multifonte. Inizio della sperimentazione del dispositivo Dicembre 2011: termine della sperimentazione del dispositivo. | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |

1.2 E' attiva, in seno a ciascuna équipe distrettuale di cure palliative, un'équipe composta da un medico palliativista, uno psicologo, un infermiere ed un assistente sociale, con il compito di verificare il bisogno di cure palliative della popolazione assistibile rilevata dall'indagine multifonte, e avviare l'assistenza secondo il caso.

Costituzione dell'équipe di analisi dei dati.

Gennaio 2012: entrata in uso della versione definitiva del dispositivo di indagine epidemiologica multifonte.

Aprile 2011

Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio.

Realizzare la presa in carico tempestiva del paziente, identificandone con precisione i bisogni di cura ed assistenza (ex obiettivo n. 4-aspetti innovativi, del progetto 2009)

Obiettivi della progettazione 2010-2011:

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|---|---|--------------------------------------|---------------|---|
| 2. La presa in carico unitaria dei pazienti è realizzata attraverso il tempestivo invio della notizia di caso al Nucleo di Cure Palliative. | 2.1 E' definito il contenuto informativo della scheda di notizia di caso. | Tavolo di lavoro multiprofessionale. | Dicembre 2010 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 2.2 Stesura di un progetto di | Tavolo di lavoro | Febbraio 2011 | Nessun costo: utilizzazione di |

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|---|
| <p>formazione sul campo: “Gli operatori che raccolgono la notizia di caso possiedono le abilità relazionali necessarie, e conoscono i contenuti della comunicazione utili ad identificare i bisogni dei pazienti assistibili.”</p> | <p>multiprofessionale.</p> | <p>personale già in servizio.</p> | |
| <p>2.3 Il progetto di formazione sul campo è pre-accreditato.</p> | | <p>Marzo 2011.</p> | <p>Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio.</p> |
| <p>2.4 E’ iniziata la formazione sul campo per ciascuna delle équipe di cure palliative.</p> | <p>Incontri di formazione sul campo</p> | <p>Maggio 2011.</p> | <p>Euro 4.320: n. 6 incontri di 4 ore ciascuno per ciascuna delle 4 équipe distrettuali.</p> |
| <p>2.5 E’ conseguito l’obiettivo n. 4 - <i>Criteri d’innalzamento della qualità dei servizi del progetto-continuazione dell’attività di cui alla progettazione 2009</i>”.</p> | <p>Vedi obiettivo 4- <i>Criteri d’innalzamento della qualità dei servizi del progetto-continuazione dell’attività di cui alla progettazione 2009</i>”.</p> | <p>Dicembre 2011</p> | <p>Il costo è coperto dal finanziamento della progettazione 2009 (importo residuo parziale finanziamento 2009).</p> |
| <p>2.6 Sono conseguiti gli obiettivi 4.1.2 e 4.1.3</p> | <p>Vedi obiettivo 4.1- <i>Criteri vincolanti</i></p> | <p>Dicembre 2011</p> | <p>Vedi i costi dell’obiettivo 2.4 di questa tabella.</p> |

Mantenere la continuità del livello assistenziale (ex obiettivo n. 2-aspetti innovativi, del progetto 2009)

Obiettivi della progettazione 2010-2011:

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|--|---|--|----------------|---|
| 3. Il paziente con malattia non più suscettibile di cure specifiche è preso in carico dall'equipe di cure palliative distrettuale senza soluzione di continuità. | 3.1 Stesura di una Procedura di comunicazione protetta e formale di fine cure specifiche ed inizio delle cure palliative. | Tavolo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare. | Dicembre 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 3.2 Stesura di un progetto di formazione sul campo sulle modalità relazionali e sui contenuti della comunicazione ritenute più adeguate a contenere il distress psicologico del paziente dopo l'annuncio di fine cure specifiche. | Tavolo di lavoro multiprofessionale. | Dicembre 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 3.3 Pre-accreditamento del progetto di formazione sul campo. | | Febbraio 2011. | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 3.4 Formazione sul campo per ciascuna delle équipe di cure palliative. | Incontri di formazione sul campo | Maggio 2011. | Euro 4.320: n. 6 incontri di 4 ore ciascuno per ciascuna delle 4 équipe distrettuali. |
| | 3.5 Sensibilizzazione dei reparti ospedalieri alla problematica. | Tavoli di lavoro fra le équipe di cura specifica e l'équipe di cure palliative | Aprile 2012 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |

3.6 Applicazione a tutti i casi della procedura di comunicazione protetta e formale di fine cure specifiche ed inizio delle cure palliative.

Dicembre 2012

Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio.

Realizzazione del sistema informativo informatizzato delle cure palliative (ex obiettivo n.6- criteri vincolanti, del progetto 2009)

Obiettivi conseguiti della progettazione 2009: progettazione e realizzazione del prototipo della cartella clinica informatizzata, a cura di una software house individuata dall'azienda. La consegna del prototipo avverrà a fine settembre 2010.

Obiettivi della progettazione 2010-2011:

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|---|---|---|---------------|--|
| 4. Le informazioni utili alla conduzione delle attività di cura ed assistenza sui pazienti delle cure palliative sono condivise fra tutti gli operatori che si avvicendano sui casi attraverso una cartella clinica web-disponibile | 4.1 Il prototipo della cartella clinica informatizzata è stato revisionato dagli utilizzatori. Gli operatori che si avvicendano sul caso sono formati all'uso della cartella clinica informatizzata. | Tavoli di lavoro multi professionali e multidisciplinari. Incontri formativi gestiti dalla software house che ha in appalto la realizzazione della cartella clinica informatizzata | Dicembre 2011 | Euro 25.400 (importo residuo parziale finanziamento 2009). |
| | La cartella clinica informatizzata è disponibile sul | Installazione dell'applicativo sui server aziendali | | |

web.

4.2 Acquisto di n. 50 tablet pc, per l'accesso da qualunque sede di lavoro alla cartella clinica informatizzata da parte degli operatori delle cure palliative.

Dicembre 2011

Euro 31.600 (importo residuo parziale finanziamento 2009).

Ottenere la partecipazione solidale dei cittadini alle iniziative di cure palliative (ex obiettivo n. 3-aspetti innovativi, del progetto 2009)

Obiettivi della progettazione 2010-2011:

| Obiettivo | Obiettivi intermedi | Strumenti | Tempi | Costi |
|---|--|--|---------------|---|
| 5. E' attiva una rete di volontariato dedicata al supporto sociale dei malati in condizione di fine vita e delle loro famiglia. | 5.1 E' realizzata la mappatura dei bisogni sociali dei pazienti in condizione di fine vita e delle loro famiglia. | Tavolo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare. | Dicembre 2011 | Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio. |
| | 5.2 L'iniziativa è presentata al Comitato dei Sindaci, alla consulta provinciale del volontariato ed alle associazioni di volontariato nel territorio dell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso. | Presentazione. Conferenza pubblica. Conferenza stampa. | Gennaio 2012 | Euro 5.000: organizzazione di azioni per la diffusione dell'iniziativa. |
| | 5.3 I volontari delle associazioni che hanno aderito | Formazione residenziale | Febbraio 2012 | Nessun costo: la formazione del volontariato ed |

all'iniziativa sono formati a sostenere le attività supporto sociale dei malati in condizione di fine vita e delle loro famiglia.

5.4 E' definita la procedura di erogazione delle attività di supporto sociale delle cure palliative.

5.5 Le organizzazioni di volontariato dedicate svolgono attività di volontariato a supporto delle cure palliative.

Tavolo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare.

Aprile 2012

Dicembre 2012

il sostegno finanziario alle attività deriva da risorse di sostenitori esterni.

Nessun costo: utilizzazione di personale già in servizio.

Nessun costo: la formazione del volontariato ed il sostegno finanziario alle attività deriva da risorse di sostenitori esterni.

TABELLA RIASSUNTIVA DEI CONTRIBUTI RICHIESTI PER LA REALIZZAZIONE DELLA RETE AZIENDALE DI CURE PALLIATIVE, BIENNIO 2010-2011

| obiettivo | obiettivi intermedi | strumento | Costo (euro) |
|---|--|---|---------------------|
| 2.2 Il personale dirigente delle cure palliative è dimensionato alla popolazione servita (Criteri vincolanti). | 2.2.2 Acquisizione di 2 dirigenti medici palliativisti, ciascuno per un debito orario settimanale di 38 ore. | Avviso di procedura selettiva per il conferimento di n. 2 incarichi libero-professionali. | 263.750 |
| | 2.2.3 Acquisizione del 4° dirigente psicologo, mantenimento in servizio dei dirigenti psicologi acquisiti ed incremento del loro debito orario settimanale da 20 a 38 ore. | Stipula di contratto libero professionale per il 4° psicologo. Rinnovo annuale dei contratti in essere sino alla scadenza del progetto triennale. Integrazione dei contratti in essere. | 437.760 |
| 3. E' garantita la continuità del livello assistenziale nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo di cure palliative (Criteri vincolanti). | 3.4 Istituzione della reperibilità telefonica per i medici palliativisti. | Disposizione amministrativa interna. | 29.200 |
| 5.5 L'Azienda presenta e sottoscrive pubblicamente la Carta dei diritti del malato a fine vita (Criteri vincolanti). | 5.5 L'Azienda presenta e sottoscrive pubblicamente la Carta dei diritti del malato a fine vita. | Conferenza pubblica, conferenza stampa, materiale informativo | 5.000 |
| 6. Il personale delle équipes di cure palliative riceve supervisione periodica su aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con i malato ed i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica (Criteri vincolanti). | 6.3 Formazione sul campo per ciascuna delle équipes di cure palliative. | Incontri di formazione sul campo | 24.960 |
| 2. La presa in carico unitaria dei pazienti è realizzata attraverso il tempestivo invio della notizia di caso al Nucleo di Cure Palliative (Criteri d'innalzamento della qualità dei servizi | 2.4 Formazione sul campo per ciascuna delle équipes di cure palliative. | Incontri di formazione sul campo | 4.320 |

| | | | |
|--|---|---|------------|
| del progetto-continuazione dell'attività di cui alla progettazione 2009"). | | | |
| 3. Il paziente con malattia non più suscettibile di cure specifiche è preso in carico dall'équipe di cure palliative distrettuale senza soluzione di continuità (Criteri d'innalzamento della qualità dei servizi del progetto-continuazione dell'attività di cui alla progettazione 2009"). | 3.2 Stesura di un progetto di formazione sul campo sulle modalità relazionali e sui contenuti della comunicazione ritenute più adeguate a contenere il distress psicologico del paziente dopo l'annuncio di fine cure specifiche (Criteri d'innalzamento della qualità dei servizi del progetto-continuazione dell'attività di cui alla progettazione 2009"). | | 4.320 |
| 5. E' attiva una rete di volontariato dedicata al supporto sociale dei malati in condizione di fine vita e delle loro famiglia (Criteri d'innalzamento della qualità dei servizi del progetto-continuazione dell'attività di cui alla progettazione 2009"). | 5.2 L'iniziativa è presentata al Comitato dei Sindaci, alla consulta provinciale del volontariato ed alle associazioni di volontariato nel territorio dell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso. | Conferenza pubblica, conferenza stampa, materiale informativo | 5.000 |
| | | finanziamento richiesto per il biennio 2010-2011 | 774.310,00 |

DESTINAZIONE IMPORTO RESIDUO DEL FINANZIAMENTO 2009

TABELLA RIASSUNTIVA

| obiettivo | obiettivi intermedi | strumento | Costo (euro) |
|---|--|---|--------------|
| 2.2 Il personale dirigente delle cure palliative è dimensionato alla popolazione servita. | 2.2.1 Mantenimento in servizio del dirigente medico acquisito. | Rinnovo annuale dei contratti in essere sino alla scadenza del progetto | 131.876 |

| | | | |
|--|--|--|--------|
| | | triennale. | |
| 3.1 Il personale delle équipe di cure palliative è dotato di adeguate apparecchiature tecnologiche che consentono di eseguire al domicilio del paziente procedure diagnostiche strumentali di bassa complessità. | 3.1.1 Ciascuna équipe di cure palliative è dotata di un ecografo portatile. | Acquisto di n. 4 ecografi portatili. | 7.000 |
| | 3.1.2 Ciascuna équipe di cure palliative è dotata di un elettrocardiografi portatile. | Acquisto di n. 4 elettrocardiografi portatili. | 7.000 |
| 3.2 Il personale delle équipe di cure palliative dispone di materiale scientifico aggiornato per l'autoformazione. | 3.2. E' istituita una biblioteca scientifica per ogni équipe distrettuale. | Acquisto di testi scientifici selezionati ed abbonamento a riviste scientifiche tematiche, per ogni équipe distrettuale. | 2.000 |
| 3.3 Il personale delle équipe di cure palliative è aggiornato sulle tematiche specifiche del suo lavoro. | 3.3 Il personale delle équipe di cure palliative si reca a corsi di aggiornamento specifici, su temi di riconosciuta importanza. | Selezionamento dei corsi di riconosciuta importanza, distribuzione del personale ai corsi secondo il bisogno formativo rilevato. | 4.787 |
| 4. Le informazioni utili alla conduzione delle attività di cura ed assistenza sui pazienti delle cure palliative sono condivise fra tutti gli operatori che si avvicinano sui casi attraverso | 4.1 Il prototipo della cartella clinica informatizzata è stato revisionato dagli utilizzatori. | Tavoli di lavoro multi professionali e multidisciplinari. | 25.400 |
| | Gli operatori che si avvicinano sul caso sono formati all'uso della cartella clinica | Incontri formativi gestiti dalla software house che ha in appalto la realizzazione della cartella clinica | |

| | | | |
|--------------------------------------|---|---|------------|
| una cartella clinica web-disponibile | informatizzata. La cartella clinica informatizzata è disponibile sul web. | informatizzata Installazione dell'applicativo sui server aziendali | |
| | 4.2 Acquisto di n. 50 tablet pc, per l'accesso da qualunque sede di lavoro alla cartella clinica informatizzata da parte degli operatori delle cure palliative. | | 31.600 |
| | | Totale importo residuo finanziamento 2009 | 209.663,00 |

Il Coordinatore

ZIENDA ULSS 10, VENETO ORIENTALE

PROGETTO ESECUTIVO per lo sviluppo della rete di cure palliative dell'adulto della Azienda ULSS n. 10 "Veneto Orientale" per il biennio 2010 – 2011.

CRITERI A CARATTERE VINCOLANTE

Da soddisfare totalmente, pena il mancato accesso ai contributi regionali,
pari a € 0,80 e € 0,70 per residente, rispettivamente per gli anni 2010 e 2011

1. COSTITUZIONE DI UN NUCLEO DI CURE PALLIATIVE**RISPOSTA**

Il punto 1 è stato soddisfatto con l'emanazione delle Deliberazioni n° 193 e 194 del 2010 (vedi allegato), già inviate con la rendicontazione per l'anno 2009.

Esse costituiscono gli atti amministrativo programmatori, anche relativi alla definizione degli standard di personale dei NCP.

Il particolare con la DDG 194 si è disposto:

- l'attivazione di una U.O.S. di Cure Palliative, costituita dai due Nuclei per le Cure palliative previste per la popolazione della ULSS 10 (218.000 residenti);
- l'acquisizione di personale nel corrente anno 2010 per il completo avvio del primo dei 2 NCP; dall'1.9.2010 è già stato assegnato il 2° medico palliativista, attraverso una procedura di mobilità dall'Ospedale; inoltre sono già stati assegnati 3 Psicologi per complessive 36 ore/settimana; nel frattempo il NCP, per gli interventi di competenza utilizza personale infermieristico delle UOC Cure Primarie dei 3 Distretti);
- nel 2011 si precederà alla attivazione del 2° NCP con l'acquisizione del personale dedicato previsto;
- dotazione di sede adeguata: dal mese di settembre 2010 il NCP ha sede presso il Distretto di Musile di Piave (tel e fax 0421 227812), dotato di uno studio medico e di un ambulatorio

2. CONSEGUIMENTO DI QUANTO PREVISTO ALL'ART. 10 COMMA 3, LR 7/2009

- valutazione e il trattamento del dolore (introduzione del dolore come parametro vitale);
- creazione della rete aziendale dei referenti del dolore.

RISPOSTA

Il punto 2 è stato soddisfatto con l'emanazione di direttive per la valutazione e il trattamento del dolore e la successiva registrazione nella Cartella Clinica come 5° parametro vitale; a tale proposito

sono stati attivati specifici momenti formativi ECM per medici e coordinatori infermieristici e dei fisioterapisti.

La rete aziendale dei referenti del dolore, già definita con la DDG n. del _____ riguardante l'Ospedale, è in fase di aggiornamento con l'integrazione dei referenti per il dolore a livello territoriale.

3. SERVIZIO MEDICO E INFERMIERISTICO ATTIVO DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ, CON SERVIZIO ATTIVO ALMENO PER 12 ORE GIORNALIERE

RISPOSTA

Il funzionamento dei NCP dal lunedì al venerdì è già attivo per il personale medico e psicologo, mentre il personale infermieristico messo a disposizione dalle UOC Cure Primarie (ADI) è già a disposizione dal lunedì al sabato dalle ore 7.00 alle ore 19.00 e copre con pronta disponibilità anche la domenica e le altre festività.

per la realizzazione dei Piani Assistenziali Individuali domiciliari.

4. DEFINIZIONE DI PROTOCOLLI DI ACCESSO FACILITATO

RISPOSTA

E' già in atto una procedura di facilitazione all'offerta di prestazioni aziendali erogabili dalle strutture ospedaliere:

- posizionamento di port venosi,
- posizionamento di cateteri epidurali per terapia antalgica,
- trattamenti evacuativi di particolare pericolosità
- altro

attraverso una stretta collaborazione e disponibilità della UOC di Oncologia ospedaliera (che opera sulle 2 sedi principali di san Donà di Piave e Portogruaro).

L'attività ambulatoriale, già svolta settimanalmente in stretta collaborazione con la UOC di Oncologia medica dell'Ospedale di San Donà di Piave, verrà potenziata con l'attivazione dell'ambulatorio della nuova Sede di Musile di Piave del NCP, dove sarà possibile svolgere anche prestazioni "manu-medica" quali:

- il posizionamento di PICC
- somministrazione di terapie

5. STESURA, DELIBERAZIONE E PUBBLICIZZAZIONE DELLA CARTA DEI DIRITTI DEL MALATO A FINE VITA, PREDISPOSTA AI SENSI DELLA DGR1609/08

RISPOSTA

Con la piena operatività del 1° NCP, previsto entro fine ottobre, si darà ampia pubblicità e pubblicazione della carta dei diritti del malato a fine vita, già predisposta ai sensi della DGR 1609/08.

6. ADOZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO PER LE CURE PALLIATIVE, AI SENSI DELLA DGR 1608/08 E DEI CRITERI D'ACCESSO ALL'HOSPICE, OVE ATTIVATO, AI SENSI DELLA DGR 3318/08;

RISPOSTA

E' in avanzata fase di acquisizione un nuovo sistema informatico per tutte le attività territoriali in capo ai Distretti, compreso un software dedicato alle Cure palliative (avvio entro 2010).

Già utilizzata in maniera sistematica dal NCP la modulistica allegata alla DGR 3318/08 per l'accesso all'Hospice.

Già concordato e previsto un ciclo di incontri informativi con i medici dei 3 presidi ospedalieri per diffonderne un corretto utilizzo.

7. ATTRIBUZIONE DELLE FUNZIONI DI UVMD AL NCP PER QUANTO DI COMPETENZA, FACENDO CONVERGERE, NELLO STESSO LUOGO DECISIONALE, LA PROGRAMMAZIONE E LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA.

RISPOSTA

Da parte dei Direttori di Distretto è stata definita la formale delega al Coordinatore del NCP per la convocazione, conduzione ed espletamento delle UVMD dei malati eleggibili in cure palliative e che necessitano di ricovero in Hospice, nonché per le cure palliative domiciliari attraverso l'ADIMED o l'ADIMED - terminale di cui alla DGR 4395 del 30.12.2005.

8. DISPONIBILITÀ DI TUTTI I FARMACI DI USO OSPEDALIERO CHE SI RENDESSERO NECESSARI PER L'EROGAZIONE DI CURE PALLIATIVE DA PARTE DEL NCP A DOMICILIO, IN HOSPICE O IN ALTRA STRUTTURA NON OSPEDALIERA;

RISPOSTA

La disponibilità e la utilizzazione anche a domicilio dei farmaci di fascia H sono già parte integrante della funzione della U.O. Cure Palliative, nonché degli Hospice.

CRITERI D'INNALZAMENTO**DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI**

Non hanno carattere vincolante e possono essere soddisfatti totalmente o parzialmente dando accesso al contributo regionale fino a € 0,10 e € 0,20 per residente, rispettivamente per gli anni 2010 e 2011

| | | | |
|------|--|--|---|
| n. 1 | <p>Ai sensi dell'art. 7, comma 1, L.R. 7/2009, la stesura, deliberazione e attuazione di un piano di RIDUZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI per i malati oncologici, dell'ultimo periodo di vita (ultimi 90 giorni), ritenuti inopportuni, con una parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP;</p> | | <p>Premessa: L'Azienda, con DDG n. 79 del 27.02.2007 ha già definito un piano di riduzione dei ricoveri non appropriati, tra i quali rientrano anche queste fattispecie, con il contestuale sviluppo di cure non ospedaliere; dato interessante è il tasso di spedalizzazione del primo semestre 2010 che è stimato pari a 147 per mille, ampiamente sotto il tasso del 160 per mille posto come obiettivo.</p> <p>Un apposito atto, da adottarsi entro il 31.12.2010, disciplinerà con maggior dettaglio gli interventi Ospedale – Territorio con specifici indicatori di processo e di esito.</p> |
| n. 2 | <p>Istituzione di un SERVIZIO ATTIVO (per almeno 4 ore al giorno) i giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica.</p> <p>Il servizio può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale;</p> | | <p>Il servizio infermieristico è attivo il sabato dalle 7.00 alle 19.00;</p> <p>nei giorni festivi è attiva la reperibilità infermieristica</p> |
| n. 3 | <p>istituzione di una REPERIBILITÀ MEDICA PALLIATIVA per i malati nelle fasce orarie (diurne e notturne) di assenza del servizio attivo.</p> | | <p>Non attivata</p> |

| | | | |
|------|---|--|---|
| n. 4 | <p>istituzione di procedure per garantire un SUPPORTO CLINICO AL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, da parte di medici con competenza in cure palliative, nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo del NCP. Il supporto può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale. <i>NB: i punti 3 e 4 sono tra loro alternativi;</i></p> | | <p>Nel Patto Aziendale dei medici di continuità assistenziale (DDG n. 201 del 30.6.2010) è stato previsto come obiettivo formativo obbligatorio un aggiornamento sulle cure palliative e la lotta al dolore.</p> <p>E' in fase di valutazione un accordo con le UUOO di Anestesia e rianimazione per un supporto clinico alle necessità territoriali.</p> |
|------|---|--|---|

| | | | |
|------|--|--|---|
| n. 5 | <p>CONSULENZA STRUTTURATA, definita e deliberata del NCP presso le strutture del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliera e residenziali;</p> | | <p>Già attivata a livello aziendale</p> |
| n. 6 | <p>istituzione di una SUPERVISIONE PERIODICA DEL PERSONALE su aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato e i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica (anche in forma interdistrettuale o aziendale);</p> | | <p>Già attivata a livello aziendale</p> |

| |
|-----------------------------------|
| AZIENDA ULSS 12, VENEZIANA |
|-----------------------------------|

Progetto 2010 – 2011 per lo sviluppo delle reti di cure palliative dell’adulto Azienda ULSS 12 Veneziana.

Riferimenti : L.R. 7/2009; L. 38/2010; DGR 4254/2009.

Premessa

Il presente progetto è finalizzato allo sviluppo delle cure palliative e all’innalzamento della qualità dei servizi nell’ambito dell’Azienda ULSS 12 Veneziana.

All’interno dell’Azienda ULSS 12 , i pazienti oncologici in fase avanzata di malattia, possono usufruire di un percorso di cura e assistenza articolato a più livelli. Attualmente l’AULSS 12 dispone di n° 2 Hospice extraospedalieri, n° 2 servizi domiciliari specialistici di cure palliative (ODO-AVAPO) che servono il territorio della terraferma e l’area di Venezia. Inoltre, i pazienti possono fare riferimento a strutture accreditate che svolgono un ruolo di supporto dedicato.

Nel corso del 2009, sono stati assistiti a domicilio 162 pazienti oncologici per Mestre e 112 per Venezia. Nei due Hospice extraospedalieri dell’AULSS sono stati assistiti in totale 114 pazienti (61 Nazaret; 53 FbF). Altri 335 pazienti oncologici in fase avanzata sono stati ricoverati in strutture dedicate ad esclusione dell’Oncologia di riferimento.

La Legge Reg. 7/2009 e la Legge 38/2010, sposano in pieno le scelte effettuate a suo tempo da codesta AULSS, puntando soprattutto a spostare i livelli di assistenza ed i percorsi verso il ricovero domiciliare.

Si fa presente che, la particolare distribuzione geografica all’interno della quale si articola la AULSS 12 e la difficoltà di accesso al centro storico di Venezia, alle zone più periferiche del litorale e/o della terraferma, rende d’obbligo ripensare anche a modalità di intervento che si integrino con i servizi erogati dai distretti e con i medici di medicina generale.

Obiettivi 2010-2011

| | |
|-------------------|---|
| Criterio 1 | (Art. 2 L.R. 7/2009) Costituzione di un Nucleo di Cure Palliative (NCP) per area distrettuale. Documentandone le ragioni, qualora le dimensioni di un distretto fossero contenute o risultasse più conveniente organizzativamente, è possibile provvedere alla costituzione di NNCP interdistrettuali o aziendali. |
| Obiettivi | Costituzione di nuclei di cure palliative interdistrettuali . Costituzione di un nucleo di coordinamento . |
| Azioni | <p>La necessità di un accesso dinamico e più rapido ai servizi e alle strutture della rete, le modalità operative ad oggi attuate nell'AULSS 12 veneziana, per quanto riguarda le cure palliative, nonché la presenza di un territorio frammentato geograficamente che spesso rende difficoltosi i contatti e gli scambi di informazioni, portano alla necessità di istituzione di nuclei interdistrettuali, strettamente collegati con le realtà periferiche.</p> <p>Tutto ciò a garanzia di un maggior controllo della continuità di cura, degli standard qualitativi, delle modalità operative e, in definitiva, di un miglior criterio organizzativo e di una maggior resa in termini di efficienza ed efficacia.</p> <p>Si ritiene opportuno organizzare una rete che faccia riferimento a due (2) nuclei di cure palliative territoriali interdistrettuali (di seguito NCP o NCPI), coordinati a livello centrale.</p> <p>Dovranno pertanto essere costituiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un (1) nucleo di coordinamento centrale (di seguito NCCCP o CCCP), - un (1) nucleo interdistrettuale di riferimento per Mestre e terraferma - un (1) nucleo interdistrettuale per Venezia, isole e litorale. <p>Il Nucleo di Coordinamento centrale di Cure palliative (NCCCP) coordina centralmente l'attività della rete.</p> <p>Il NCCCP coordina e controlla l'attività svolta dai NCP. Partecipa alla gestione dei servizi di rete. Svolge attività di consulenza. Partecipa alla definizione dei piani UVMD. Accorpa a sè, per alcune competenze, funzioni UVMD (es. accesso agli Hospice, presa in carico domiciliare...) . Il NCCCP, ha inoltre la funzione di trait-d'union tra ospedale e territorio.</p> <p>Il NCCCP fornisce consulenza diretta o tramite i nuclei di cure palliative interdistrettuali, a livello territoriale.</p> <p>A livello ospedaliero l'attività di consulenza dovrà essere concordata sulla base di un protocollo definito con l'Oncologia di riferimento e la Terapia Antalgica, prevedendo, se possibile, anche un'attività ambulatoriale dedicata. A tal scopo è necessaria l'identificazione di una o più figure mediche ed infermieristiche nell'ambito delle summenzionate Unità Operative e/o dei NCP, tenendo presente la possibilità futura di coinvolgimento di figure professionali afferenti ad altre specialità (es. geriatria, neurologia ecc.).</p> |
| Strumenti | Progetto approvato con Delibera aziendale |

| | |
|--------------|--|
| Tempi | Nuclei Interdistrettuali: entro 1 semestre 2011 Nucleo di Coordinamento: entro 31 dicembre 2010 |
| Costi | |

| | |
|-------------------|---|
| Criterio 2 | (Art. 10 comma 3 L.R. 7/2009) Il personale impegnato va inteso a tempo pieno, preferibilmente con specifica e documentata formazione ed esperienza in cure palliative. Sono possibili coperture di quanto previsto anche con incarichi, secondo frazioni non inferiori al 50% del debito orario settimanale previsto contrattualmente per ciascuna figura professionale (pari ad almeno 19 ore settimanali per il medico e lo psicologo e 18 ore settimanali per le altre figure professionali). Se le dimensioni del territorio di competenza del NCP sopravanzano il bacino indicato (100.000 abitanti), la quota minima di personale andrà integrata in misura proporzionale. Lo stesso criterio si applica qualora i NNCP fossero a bacino inditerdistrettuale o aziendale. Il personale va inteso al netto di quello impegnato per l'assistenza in hospice, qualora operante, essendo quest'ultimo definito ai sensi della normativa vigente per l'autorizzazione al funzionamento della struttura residenziale. |
| Obiettivi | Assegnazione di risorse umane ai nuclei interdistrettuali e di coordinamento |
| Azioni | Per quanto attiene i nuclei di cure palliative, la composizione minima prevista è quella definita al comma 3 art. 10 della L.R. 7/2009, ovvero, per una popolazione fino a 100.000 abitanti, almeno da: 1 medico con esperienza in cure palliative, 1 psicologo, 3 infermieri, 2 operatori socio-saniatri. Pertanto, facendo riferimento alla popolazione dell' AULSS 12 Veneziana, pari a circa 300.000 abitanti, è ipotizzabile una dotazione minima di personale dedicato come sopra riportato, pari a: - 3 medici, - 3 psicologi, - 9 infermieri, - 6 operatori socio-sanitari. Il NCCCP è costituito almeno da: - 1 medico responsabile - 1 infermiere, entrambi con esperienza documentata in cure palliative. In questi anni, l'alto livello di competenza e la capacità di interazione con il |

territorio dell'AULSS 12, da parte del servizio domiciliare di cure palliative, hanno fatto sì che potesse essere sviluppata una rete domiciliare di supporto che rispondesse pienamente alle esigenze dei pazienti e delle loro famiglie. Al momento attuale, i livelli di intensità e qualità dell'assistenza ed il potenziamento degli interventi previsti, non potranno essere concretamente attuati se non facendo riferimento a personale in parte convenzionato ed in parte strutturato. In tal senso, la linea tenuta in questi anni dall'Azienda ULSS 12, ha permesso di sviluppare un supporto domiciliare di cure palliative qualificato e di alto livello.

In sintonia con le indicazioni che emergono dall'attuale normativa (L.R. 7/2009; L. 38/2010;) e con quanto già consolidato all'interno dell'AULSS 12 veneziana, per il personale dei nuclei interdistrettuali si farà riferimento a quello dedicato, attualmente operante a livello domiciliare, che andrà in parte **integrato con:**

- 1 infermiere per la zona di Quarto d'Altino/Marcon
 - 1 infermiere per zona del Litorale/Lido di Venezia,
- entrambi a tempo parziale (20 ore/settimanali).

I due infermieri svolgeranno attività sia a livello ambulatoriale che a livello domiciliare in coordinamento con il medico di medicina generale, il medico palliativista del nucleo di cure palliative di riferimento ed il coordinamento centrale, sulla base di percorsi assistenziali e protocolli concordati e condivisi.

| | | |
|------------------|--|--------------|
| Strumenti | Procedure di allocazione delle risorse | |
| Tempi | Entro 1 semestre 2011 personale per i Nuclei Interdistrettuali Entro 31 dicembre 2010 personale Nucleo di Coordinamento | |
| Costo | 6 Medici a tempo pieno | Euro 360.000 |
| | 3 psicologi a tempo pieno | Euro 120.000 |
| Annuo | 7 Infermieri a tempo pieno | Euro 280.000 |
| | 2 Infermieri part-time (20 ore sett.) | Euro 48.000 |
| | 1 Medico Coordinatore a tempo pieno | Euro 75.000 |
| | 1 Infermiere a tempo pieno | Euro 40.000 |

| | |
|-------------------|---|
| Criterio 3 | <p>- Servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì con orario almeno di 12 ore giornaliera.</p> <p>- Servizio attivo anche nei giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica. Il servizio può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale, pure in presenza di NNCP distrettuali</p> <p>- Definizione di procedure volte a garantire un supporto decisionale, da parte di medici con competenza in cure palliative, al servizio di Continuità assistenziale, nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo del NCP. Il supporto è destinato alla tutela della domiciliarità dell'assistenza ai malati, nonché al contenimento dei ricoveri inopportuni ospedalieri. Il supporto può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale, sebbene in presenza di NNCCP distrettuali.</p> |
| Obiettivi | Attivazione di un servizio medico e infermieristico di 12 ore nei giorni feriali |

| | |
|----------------------|---|
| | Reperibilità telefonica h24 del medico palliativista Consulenza del medico palliativista telefonica e attiva |
| Azioni | <p>Zona di Mestre e terraferma (ad esclusione di Quarto d'Altino) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un servizio minimo di copertura medica ed infermieristica attiva di 12 ore giornaliere. - servizio di reperibilità medica nelle ore notturne e nei giorni festivi. - consulenza telefonica da parte del medico palliativista nelle 24 ore, nei giorni feriali e festivi <p>Zona di Quarto d'Altino:</p> <ul style="list-style-type: none"> - servizio infermieristico diurno (20 ore/sett.) integrato con attività territoriale (es. ADI, medico di medicina generale ecc.). - copertura medica attiva integrata tra medico di medicina generale/medico palliativista dalle 8 alle 20.00 dal Lunedì al Venerdì. - reperibilità telefonica di supporto e consulenza da parte del medico palliativista per il medico di medicina generale e di continuità assistenziale dalle 0.00 alle 24.00 di tutti i giorni, feriali e festivi. <p>Zona Venezia centro storico/Lido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - servizio medico e infermieristico diurno dal Lunedì al Venerdì. - servizio di reperibilità medica nelle ore notturne e nei giorni festivi - consulenza telefonica medica dalle 0.00 alle 24.00 di tutti i giorni feriali e festivi a supporto del medico di medicina generale e del medico di continuità assistenziale. <p>Zona Litorale : come per la zona di Quarto d'Altino.</p> |
| Strumenti | Protocolli operativi |
| Tempi | Entro 1 semestre 2011 |
| Costo annuale | Medico palliativista: Servizio reperibilità telefonica e consulenza Euro 25.000 |

| | |
|-------------------|--|
| Criterio 4 | <p>(Art. 6 comma 2 L.R. 7/2009)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione di protocolli di accesso facilitato al sistema di offerta dell'Azienda, nonché alle strutture private accreditate, per i malati assistiti dal NCP, qualora abbisognino di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP. In particolare, vanno facilitati gli accessi ai servizi ospedalieri, nonché gli eventuali ricoveri che si rendessero necessari. - Previsione di una consulenza del NCP presso le strutture del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto strutture ospedaliere e residenziali |
|-------------------|--|

| | |
|------------------|--|
| Obiettivi | Definire protocolli organizzativi per agevolare l'accesso di pazienti terminali che afferiscono al Pronto Soccorso o in carico alle Unità operative ospedaliere, nonché per esami e visite non eseguibili a domicilio. |
| Azioni | <p>a) Definizione di percorsi di accesso facilitato per esami e visite non eseguibili a domicilio. Una prima indagine conoscitiva ha permesso di identificare alcuni degli esami prevalentemente richiesti a domicilio ma non eseguibili in tale sede (rx torace, ecografia addome ecc.). Per questi esami è necessario definire un percorso di accesso rapido e, nel contempo, semplice per i familiari quanto a modalità. Lo stesso dicasi per le visite specialistiche anche se raramente richieste. In riferimento a ciò è emersa la prevalenza di consulenze chirurgiche su altra tipologia di visita.</p> <p>b) Identificazione di referenti medici ed infermieristici di cure palliative e terapia del dolore presso i reparti dell'ospedale di Mestre e di Venezia e presso le strutture accreditate al fine di agevolare e rendere più omogenee le procedure di cura e assistenza dei malati che vi afferiscono .</p> <p>c) Definizione di un protocollo operativo per la gestione, stabilizzazione e destinazione (es. reparto, rientro a domicilio, hospice ecc.) dei pazienti neoplastici che afferiscono al Pronto Soccorso.</p> <p>Attività di consulenza diretta presso il Pronto Soccorso o reparti di degenza. A livello ospedaliero l'attività di consulenza dovrà essere concordata sulla base di un protocollo definito con l'Oncologia di riferimento e la Terapia Antalgica. A tal scopo è necessaria l'identificazione di una o più figure mediche ed infermieristiche nell'ambito delle summenzionate Unità Operative e/o dei nuclei di cure palliative.</p> |
| Strumenti | <p>Protocolli d'intesa, direttamente con la Direzione Medica dell'O.C. di Mestre e Venezia e con i Responsabili medici e i Coordinatori infermieristici delle Unità Operative interessate.</p> <p>Gruppi di lavoro per la definizione dei protocolli organizzativi.</p> |
| Tempi | Entro 1 semestre 2011 |
| Costi | |

| | |
|-------------------|--|
| Criterio 5 | <p>(Art. 7 comma 1 L.R. 7/2009)</p> <p>Previsione di un piano di riduzione dei ricoveri ospedalieri per i malati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita, ritenuti inopportuni, con una parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a domiciliare.</p> <p>A supporto della progettazione dei piani di rientro dai ricoveri ospedalieri inopportuni, il Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore e il Registro Tumori del Veneto hanno predisposto tavole specifiche, descrittive e di stima, degli andamenti dei ricoveri nelle singole Aziende.</p> |
| Obiettivi | Riduzione dei ricoveri ospedalieri inopportuni |
| Azioni | La necessità di elevare il livello dell'assistenza e degli interventi erogati, nonché di ridurre i costi ed i disagi di ricoveri ed interventi impropri, ci induce a pensare e |

sviluppare azioni orientate alla definizione e organizzazione di percorsi facilitati, alla ottimizzazione di alcune modalità operative interne alla struttura ospedaliera, al potenziamento del supporto domiciliare, alla formazione specifica.

Il piano prevede pertanto i seguenti livelli di intervento :

- 1) Definizione dei percorsi di accesso alla rete sulla base dei bisogni/problemi del paziente.
- 2) Informazione sui percorsi di accesso alla rete a : medici/infermieri di Pronto Soccorso; Medici di Medicina Generale; Medici di continuità assistenziale; medici/infermieri di UU.OO.
- 3) Organizzazione e istruzione di personale medico ed infermieristico dedicato, nell'ambito delle varie UU.OO.
- 4) Istituzione di un servizio di consulenza diretta e telefonica per il personale medico ed infermieristico riportato al punto 2, con particolare attenzione per il Pronto Soccorso, al fine di valutare ed indirizzare rapidamente i pazienti all'interno del percorso più idoneo.
- 5) Definizione e/o acquisizione di protocolli medici ed infermieristici per la gestione dei pazienti.
- 6) Organizzazione di posti letto dedicati all'interno delle U.O. di Medicina e/o Lungodegenza che si rendono disponibili, partendo dalla constatazione che circa il 20%-25% dei pazienti che afferiscono ai reparti internistici sono oncologici.

I vari passaggi andranno preventivamente concordati con la Direzione Medica di Presidio dell'O.C. di Mestre e Venezia per quanto attiene l'attività ed il personale ospedaliero; con i medici di medicina generale e i distretti per quanto riguarda il territorio.

| | |
|------------------|--|
| Strumenti | |
| Tempi | 1° fase: (entro dicembre 2010) identificazione e coinvolgimento degli interlocutori (medici, infermieri di ospedale, hospice,...); definizione dei principali problemi relativi alla gestione dei pazienti e all'accesso ai servizi/strutture. 2° fase: (entro 1° semestre 2011) definizione e organizzazione dei percorsi di accesso alla rete. Formazione specifica. 3° fase: (2° semestre 2011) Formazione specifica. Verifica dei risultati. |
| Costi | Vedi percorso formativo |

| | |
|-------------------|--|
| Criterio 6 | Integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR 1609/08 |
| Obiettivi | Publicare e diffondere le carte dei diritti ad operatori e cittadinanza |
| Azioni | Definizione, stesura e deliberazione , concordata con il Comitato Etico per la Pratica Clinica e il Comitato Aziendale per la lotta al Dolore, della Carta per i |

| | |
|------------------|--|
| | diritti del malato di fine vita e della Carta per i diritti del malato con dolore. (Allegati A e B) |
| Strumenti | Delibera aziendale |
| Tempi | Entro ottobre 2010 |
| Costi | |

| | |
|--------------------|---|
| Criterio 7 | Integrazione nel progetto del sistema informativo per le cure palliative, ai sensi della DGR 1608/08 e dei criteri d'accesso all'hospice, ove presente, secondo la DGR 3318/08 |
| Obiettivi | Realizzazione di un sistema informatizzato, controllato centralmente, che sia accessibile ai vari attori della rete. |
| Azioni | <p>L'ottimizzazione dei percorsi all'interno della rete di cure palliative, sia in termini di accessibilità che di rapidità di risposta, passa necessariamente attraverso informazioni che fluiscono tramite reti comunicative condivise.</p> <p>Implementazione di un sistema informativo condiviso via WEB (THPR WEB – Territorial-Hospital-Patient-Record WEB), inserito nella rete trasversale dei servizi informatizzati territorio e ospedale territorio, finalizzato all'ottimizzazione e alla condivisione delle informazioni relative agli assistiti dalla rete di cure palliative. Tale sistema informativo consente l'inserimento e il monitoraggio della filiera assistenziale del paziente oncologico in tempo reale. Parimenti questo S.I. consente l'accessibilità (controllata e codificata) da qualsiasi pc collegato in rete non richiedendo alcuna installazione dei software e alcun requisito particolare di performance dei PC di lavoro (sufficiente almeno Explorer 7.0).</p> <p>Il sistema deve prioritariamente prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cartella clinica integrata - scheda di accesso e priorità (LR. 3318/2008) - indicatori clinici |
| Strumenti | Gruppi di lavoro dedicati |
| Tempi | Entro 31 dicembre 2011 |
| Costo annuo | Euro 30.000 |

| | |
|-------------------|--|
| Criterio 8 | Attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP per quanto di competenza, facendo convergere, nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la |
|-------------------|--|

| | |
|---------------------------------|---|
| gestione dell'assistenza | |
| Obiettivi | Favorire e semplificare le modalità di accesso agli hospice della rete Accorpamento di parte delle funzioni UVMD |
| Azioni | Revisione delle disposizioni applicative per l'accesso ai centri residenziali di cure palliative "hospice" dell'Azienda ULSS 12 Veneziana (delibera n° 860 del 15/06/2006) accentrando parte delle funzioni UVMD sul coordinamento centrale dei nuclei di cure palliative e velocizzando i meccanismi di presa in carico e ricovero. (Allegato C) . Semplificazione e diffusione della scheda di accesso agli hospice (Allegato D) . Revisione delle modalità di accesso e presa in carico dei pazienti da parte dei nuclei interdistrettuali di cure palliative. |
| Strumenti | Protocolli operativi |
| Tempi | Entro ottobre 2010 |
| Costi | |

| | |
|-------------------|---|
| Criterio 9 | Disponibilità di tutti i farmaci, ordinariamente di uso ospedaliero, che si rendessero necessari per l'erogazione di cure palliative a domicilio o in hospice |
| Obiettivi | Ridefinizione delle modalità di accesso ai farmaci |
| Azioni | Riorganizzazione e semplificazione dei protocolli in uso per l'accesso ai farmaci presenti nell'OPT da parte degli hospice e a livello domiciliare. Condivisione e strutturazione dei protocolli con il coinvolgimento dei referenti della farmacia ospedaliera e della farmacia territoriale. |
| Strumenti | Protocolli operativi |
| Tempi | Entro 1° semestre 2011 |
| Costi | |

| | |
|--------------------|---|
| Criterio 10 | Costituzione di un programma locale di cure palliative (percorso formativo) |
| Obiettivi | Obiettivo generale del percorso formativo è quello di sviluppare negli operatori competenze specifiche nell'area della cure palliative, che si declinano negli ambiti clinico, etico, umanistico, nonché relazionale, motivazionale ed organizzativo, attraverso un approccio olistico, multidisciplinare, integrato, nei confronti del paziente e della sua famiglia. |
| Azioni | Il progetto per la costituzione dei Nuclei di Cure palliative trova nella formazione una leva strategica per lo sviluppo di una cultura professionale che mette al |

centro la qualità di vita della persona assistita e il sostegno alla famiglia, alla sua rete affettiva.

Il percorso formativo qui presentato mira a valorizzare il contesto delle cure e dell'assistenza già esistenti nell'Azienda Ulss 12 (strutture ospedaliere – hospice – assistenza domiciliare - medici di medicina generale - volontariato), individuando le modalità e gli strumenti di **integrazione** con la rete delle cure palliative, allo scopo di garantire la **continuità delle cure** e di favorire la comunicazione tra i servizi che intervengono nel percorso di cura stesso.

E' necessario formare alcune **équipe multidisciplinari** di operatori qualificati e motivati, che andranno a costituire i Nuclei di Cure Palliative ed il loro Coordinamento, ed è altrettanto importante la formazione di diversi operatori, provenienti da Unità Operative e Servizi di ospedali e territorio, afferenti varie professioni, che fungeranno da “**referenti**”, al fine di creare una **organizzazione a rete**, così da poter fornire su più fronti risposte uniformi e adeguate ai bisogni di salute di malati cronici e terminali, favorendo il corretto accesso ai servizi e alle strutture che afferiscono alla rete di cure palliative.

I contenuti della formazione dovranno essere mirati non solo al sapere ma specialmente al **saper fare e al saper essere**, il tutto inserito in un contesto umano e motivazionale sostenuto dallo **scambio di esperienze**.

Obiettivi formativi

A conclusione del percorso formativo i partecipanti, per far fronte alla revisione organizzativa e al tipo di approccio assistenziale proposto, **saranno in grado di esprimere**:

- competenze cliniche specifiche nell'ambito delle cure palliative
- abilità tecniche specialistiche
- competenze di tipo relazionale-educativo
- modalità operative centrate sul lavoro d'équipe e sull'integrazione multidisciplinare

Destinatari

Le **figure professionali coinvolte** sono:

- infermieri, medici, psicologi, operatori sanitari che operano a domicilio e/o in hospice;
- medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale;
- medici ed infermieri di strutture accreditate e dell'ospedale;
- fisioterapisti, assistenti sociali, educatori professionali e volontari.

Contenuti – descrizione sintetica

I contenuti dei moduli formativi sono programmati in riferimento agli obiettivi

specifici annuali. Considerando la provenienza e l'esperienza dei partecipanti, molto diversificate, sarà importante individuare dei percorsi atti ad **uniformare** le conoscenze, le abilità e le competenze.

La programmazione dei contenuti si basa sullo **sviluppo graduale di un modello di competenze**, declinabile per tutte le professioni, ma che permette di non trascurare le specificità di ognuna:

1. Area competenze **tecnico-professionali** (il paziente e la sua famiglia: aspetti clinici, procedure tecniche, strumenti operativi per l'assistenza, aspetti relazionali ed educativi)
2. Area competenze **organizzative-manageriali** (il team interdisciplinare: ruoli, responsabilità, lavoro d'équipe, integrazione in rete, motivazione, gestione di risorse umane e materiali, controllo e valutazione, leadership e sviluppo delle risorse umane)
3. Area competenze **formative** (la formazione dei formatori, l'attività di tutorato)
4. Area competenze di **ricerca e consulenza** (lo sviluppo della ricerca in cure palliative e la consulenza professionale)
5. Area aspetti **normativi, giuridici, etico-deontologici e medico-legali** (la normativa specifica delle cure palliative, la documentazione sanitaria, decisioni etiche, ecc.)

Strumenti

Metodologia formativa

Nel percorso formativo si prediligono **metodologie didattiche attive** quali gruppi di lavoro, dimostrazioni pratiche, role playing.

Sono previste anche lezioni frontali, supportate da pacchetti di autoapprendimento, condivisione di esperienze, analisi e discussione su casi clinici.

L'attività di **supporto tutoriale** diventa essenziale nei momenti di apprendimento attivo attraverso i gruppi di lavoro e le attività di addestramento e tirocinio.

L'implementazione del percorso formativo prevede giornate di **formazione residenziale** e progetti di **formazione sul campo**, quali stage/tirocini, progetti di miglioramento-audit e di ricerca.

Lo sviluppo nel tempo del percorso richiede un'attenta attività di **monitoraggio di tutte le attività formative**, in base ad indicatori prestabiliti; sono previsti momenti di verifica in itinere e di **valutazione delle ricadute formative**.

Tempi

Sviluppo del progetto e tempi

Sulla traccia di una progettazione pluriennale e in sintonia con il Piano di Formazione Aziendale, il percorso formativo è **annuale**, in funzione degli obiettivi

| | |
|----------------------|--|
| | definiti all'interno della rete di cure palliative. Una prima fase prevede la costituzione di un gruppo di coordinamento del percorso formativo , che effettuerà un'analisi del contesto, delle risorse disponibili e delle criticità connesse allo sviluppo del progetto, sulla base degli obiettivi stabiliti. |
| Costo annuale | Progettazione, organizzazione, didattica, ecc. Euro 30.000 |

| | |
|--------------------|--|
| Criterio 11 | Istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti inerenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato e i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica |
| Obiettivi | Verifica del livello di competenza degli operatori e dei risultati relativi alla qualità dell'assistenza |
| Azioni | <p>Nell'ambito delle cure palliative, la supervisione periodica del personale deve essere prevalentemente finalizzata al miglioramento dei livelli di competenza dei singoli operatori, delle attitudini relazionali e motivazionali, al miglioramento delle dinamiche del lavoro d'équipe.</p> <p>In tal senso sono state identificate le seguenti modalità :</p> <p>1)Condivisione e verifica della metodologia di lavoro organizzando, periodicamente, incontri all'interno dei quali saranno presentati e discussi casi reali e di particolare complessità dal punto di vista clinico/assistenziale, etico e delle dinamiche relazionali. In tale contesto verra' chiesto ai vari operatori (ciascuno per propria competenza) di ipotizzare possibili soluzioni e di verificarne assieme il possibile esito.</p> <p>2)Audit retrospettivi</p> <p>3)Applicazione e verifica di indicatori di esito clinico.</p> <p>A tal riguardo, sono stati identificati alcuni indicatori di esito clinico che saranno parte integrante dell'attività svolta.</p> <p>Tra questi : a) la rilevazione del dolore b) valutazione delle lesioni da decubito c) modalità del decesso d) coinvolgimento emotivo del personale ecc.</p> |
| Strumenti | Gruppi di discussione, questionari, monitoraggio degli indicatori |
| Tempi | Entro 2° semestre 2011 |
| Costi | Vedi costi del personale e formazione |

CONTRIBUTO ANNUO RICHIESTO: **Euro 450.000**

Oggetto

Progetto 2010 – 2011 per lo sviluppo delle reti di cure palliative dell'adulto Azienda ULSS 12 Veneziana.

Riferimenti : L.R. 7/2009; L. 38/2010; DGR 4254/2009.

Premessa

Il presente progetto è finalizzato allo sviluppo delle cure palliative e all'innalzamento della qualità dei servizi nell'ambito dell'Azienda ULSS 12 Veneziana.

All'interno dell'Azienda ULSS 12 , i pazienti oncologici in fase avanzata di malattia, possono usufruire di un percorso di cura e assistenza articolato a più livelli. Attualmente l'AULSS 12 dispone di n° 2 Hospice extraospedalieri, n° 2 servizi domiciliari specialistici di cure palliative (ODO-AVAPO) che servono il territorio della terraferma e l'area di Venezia. Inoltre, i pazienti possono fare riferimento a strutture accreditate che svolgono un ruolo di supporto dedicato.

Nel corso del 2009, sono stati assistiti a domicilio 162 pazienti oncologici per Mestre e 112 per Venezia. Nei due Hospice extraospedalieri dell'AULSS sono stati assistiti in totale 114 pazienti (61 Nazaret; 53 FbF). Altri 335 pazienti oncologici in fase avanzata sono stati ricoverati in strutture dedicate ad esclusione dell'Oncologia di riferimento.

La Legge Reg. 7/2009 e la Legge 38/2010, sposano in pieno le scelte effettuate a suo tempo da codesta AULSS, puntando soprattutto a spostare i livelli di assistenza ed i percorsi verso il ricovero domiciliare.

Si fa presente che, la particolare distribuzione geografica all'interno della quale si articola la AULSS 12 e la difficoltà di accesso al centro storico di Venezia, alle zone più periferiche del litorale e/o della terraferma, rende d'obbligo ripensare anche a modalità di intervento che si integrino con i servizi erogati dai distretti e con i medici di medicina generale.

Obiettivi 2010-2011

| | |
|-------------------|---|
| Criterio 1 | (Art. 2 L.R. 7/2009) Costituzione di un Nucleo di Cure Palliative (NCP) per area distrettuale. Documentandone le ragioni, qualora le dimensioni di un distretto fossero contenute o risultasse più conveniente organizzativamente, è possibile provvedere alla costituzione di NNCP interdistrettuali o aziendali. |
| Obiettivi | Costituzione di nuclei di cure palliative interdistrettuali . Costituzione di un nucleo di coordinamento . |
| Azioni | <p>La necessità di un accesso dinamico e più rapido ai servizi e alle strutture della rete, le modalità operative ad oggi attuate nell'AULSS 12 veneziana, per quanto riguarda le cure palliative, nonché la presenza di un territorio frammentato geograficamente che spesso rende difficoltosi i contatti e gli scambi di informazioni, portano alla necessità di istituzione di nuclei interdistrettuali, strettamente collegati con le realtà periferiche.</p> <p>Tutto ciò a garanzia di un maggior controllo della continuità di cura, degli standard qualitativi, delle modalità operative e, in definitiva, di un miglior criterio organizzativo e di una maggior resa in termini di efficienza ed efficacia.</p> <p>Si ritiene opportuno organizzare una rete che faccia riferimento a due (2) nuclei di cure palliative territoriali interdistrettuali (di seguito NCP o NCPI), coordinati a livello centrale.</p> <p>Dovranno pertanto essere costituiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un (1) nucleo di coordinamento centrale (di seguito NCCCP o CCCP), - un (1) nucleo interdistrettuale di riferimento per Mestre e terraferma - un (1) nucleo interdistrettuale per Venezia, isole e litorale. <p>Il Nucleo di Coordinamento centrale di Cure palliative (NCCCP) coordina centralmente l'attività della rete.</p> <p>Il NCCCP coordina e controlla l'attività svolta dai NCP. Partecipa alla gestione dei servizi di rete. Svolge attività di consulenza. Partecipa alla definizione dei piani UVMD. Accorpa a sè, per alcune competenze, funzioni UVMD (es. accesso agli Hospice, presa in carico domiciliare...) . Il NCCCP, ha inoltre la funzione di trait-d'union tra ospedale e territorio.</p> <p>Il NCCCP fornisce consulenza diretta o tramite i nuclei di cure palliative interdistrettuali, a livello territoriale.</p> <p>A livello ospedaliero l'attività di consulenza dovrà essere concordata sulla base di un protocollo definito con l'Oncologia di riferimento e la Terapia Antalgica, prevedendo, se possibile, anche un'attività ambulatoriale dedicata. A tal scopo è necessaria l'identificazione di una o più figure mediche ed infermieristiche nell'ambito delle summenzionate Unità Operative e/o dei NCP, tenendo presente la possibilità futura di coinvolgimento di figure professionali afferenti ad altre specialità (es. geriatria, neurologia ecc.).</p> |
| Strumenti | Progetto approvato con Delibera aziendale |

| | |
|--------------|--|
| Tempi | Nuclei Interdistrettuali: entro 1 semestre 2011 Nucleo di Coordinamento: entro 31 dicembre 2010 |
| Costi | |

| | |
|-------------------|---|
| Criterio 2 | (Art. 10 comma 3 L.R. 7/2009) <p>Il personale impegnato va inteso a tempo pieno, preferibilmente con specifica e documentata formazione ed esperienza in cure palliative.</p> <p>Sono possibili coperture di quanto previsto anche con incarichi, secondo frazioni non inferiori al 50% del debito orario settimanale previsto contrattualmente per ciascuna figura professionale (pari ad almeno 19 ore settimanali per il medico e lo psicologo e 18 ore settimanali per le altre figure professionali). Se le dimensioni del territorio di competenza del NCP sopravanzano il bacino indicato (100.000 abitanti), la quota minima di personale andrà integrata in misura proporzionale. Lo stesso criterio si applica qualora i NNCP fossero a bacino inditerdistrettuale o aziendale.</p> <p>Il personale va inteso al netto di quello impegnato per l'assistenza in hospice, qualora operante, essendo quest'ultimo definito ai sensi della normativa vigente per l'autorizzazione al funzionamento della struttura residenziale.</p> |
| Obiettivi | Assegnazione di risorse umane ai nuclei interdistrettuali e di coordinamento |
| Azioni | <p>Per quanto attiene i nuclei di cure palliative, la composizione minima prevista è quella definita al comma 3 art. 10 della L.R. 7/2009, ovvero, per una popolazione fino a 100.000 abitanti, almeno da:</p> <p>1 medico con esperienza in cure palliative, 1 psicologo, 3 infermieri, 2 operatori socio-saniatri.</p> <p>Pertanto, facendo riferimento alla popolazione dell' AULSS 12 Veneziana, pari a circa 300.000 abitanti, è ipotizzabile una dotazione minima di personale dedicato come sopra riportato, pari a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 medici, - 3 psicologi, - 9 infermieri, - 6 operatori socio-sanitari. <p>Il NCCCP è costituito almeno da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 medico responsabile - 1 infermiere, <p>entrambi con esperienza documentata in cure palliative.</p> <p>In questi anni, l'alto livello di competenza e la capacità di interazione con il</p> |

territorio dell'AULSS 12, da parte del servizio domiciliare di cure palliative, hanno fatto sì che potesse essere sviluppata una rete domiciliare di supporto che rispondesse pienamente alle esigenze dei pazienti e delle loro famiglie. Al momento attuale, i livelli di intensità e qualità dell'assistenza ed il potenziamento degli interventi previsti, non potranno essere concretamente attuati se non facendo riferimento a personale in parte convenzionato ed in parte strutturato. In tal senso, la linea tenuta in questi anni dall'Azienda ULSS 12, ha permesso di sviluppare un supporto domiciliare di cure palliative qualificato e di alto livello.

In sintonia con le indicazioni che emergono dall'attuale normativa (L.R. 7/2009; L. 38/2010;) e con quanto già consolidato all'interno dell'AULSS 12 veneziana, per il personale dei nuclei interdistrettuali si farà riferimento a quello dedicato, attualmente operante a livello domiciliare, che andrà in parte **integrato con:**

- 1 infermiere per la zona di Quarto d'Altino/Marcon
 - 1 infermiere per zona del Litorale/Lido di Venezia,
- entrambi a tempo parziale (20 ore/settimanali).

I due infermieri svolgeranno attività sia a livello ambulatoriale che a livello domiciliare in coordinamento con il medico di medicina generale, il medico palliativista del nucleo di cure palliative di riferimento ed il coordinamento centrale, sulla base di percorsi assistenziali e protocolli concordati e condivisi.

| | | |
|------------------|--|--------------|
| Strumenti | Procedure di allocazione delle risorse | |
| Tempi | Entro 1 semestre 2011 personale per i Nuclei Interdistrettuali Entro 31 dicembre 2010 personale Nucleo di Coordinamento | |
| Costo | 6 Medici a tempo pieno | Euro 360.000 |
| | 3 psicologi a tempo pieno | Euro 120.000 |
| Annuo | 7 Infermieri a tempo pieno | Euro 280.000 |
| | 2 Infermieri part-time (20 ore sett.) | Euro 48.000 |
| | 1 Medico Coordinatore a tempo pieno | Euro 75.000 |
| | 1 Infermiere a tempo pieno | Euro 40.000 |

| | |
|-------------------|---|
| Criterio 3 | <p>- Servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì con orario almeno di 12 ore giornaliere.</p> <p>- Servizio attivo anche nei giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica. Il servizio può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale, pure in presenza di NNCP distrettuali</p> <p>- Definizione di procedure volte a garantire un supporto decisionale, da parte di medici con competenza in cure palliative, al servizio di Continuità assistenziale, nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo del NCP. Il supporto è destinato alla tutela della domiciliarità dell'assistenza ai malati, nonché al contenimento dei ricoveri inopportuni ospedalieri. Il supporto può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale, sebbene in presenza di NNCCP distrettuali.</p> |
| Obiettivi | Attivazione di un servizio medico e infermieristico di 12 ore nei giorni feriali |

| | |
|----------------------|---|
| | Reperibilità telefonica h24 del medico palliativista Consulenza del medico palliativista telefonica e attiva |
| Azioni | <p>Zona di Mestre e terraferma (ad esclusione di Quarto d'Altino) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un servizio minimo di copertura medica ed infermieristica attiva di 12 ore giornaliere. - servizio di reperibilità medica nelle ore notturne e nei giorni festivi. - consulenza telefonica da parte del medico palliativista nelle 24 ore, nei giorni feriali e festivi <p>Zona di Quarto d'Altino:</p> <ul style="list-style-type: none"> - servizio infermieristico diurno (20 ore/sett.) integrato con attività territoriale (es. ADI, medico di medicina generale ecc.). - copertura medica attiva integrata tra medico di medicina generale/medico palliativista dalle 8 alle 20.00 dal Lunedì al Venerdì. - reperibilità telefonica di supporto e consulenza da parte del medico palliativista per il medico di medicina generale e di continuità assistenziale dalle 0.00 alle 24.00 di tutti i giorni, feriali e festivi. <p>Zona Venezia centro storico/Lido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - servizio medico e infermieristico diurno dal Lunedì al Venerdì. - servizio di reperibilità medica nelle ore notturne e nei giorni festivi - consulenza telefonica medica dalle 0.00 alle 24.00 di tutti i giorni feriali e festivi a supporto del medico di medicina generale e del medico di continuità assistenziale. <p>Zona Litorale : come per la zona di Quarto d'Altino.</p> |
| Strumenti | Protocolli operativi |
| Tempi | Entro 1 semestre 2011 |
| Costo annuale | Medico palliativista: Servizio reperibilità telefonica e consulenza Euro 25.000 |

| | |
|-------------------|--|
| Criterio 4 | <p>(Art. 6 comma 2 L.R. 7/2009)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione di protocolli di accesso facilitato al sistema di offerta dell'Azienda, nonché alle strutture private accreditate, per i malati assistiti dal NCP, qualora abbisognino di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP. In particolare, vanno facilitati gli accessi ai servizi ospedalieri, nonché gli eventuali ricoveri che si rendessero necessari. - Previsione di una consulenza del NCP presso le strutture del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto strutture ospedaliere e residenziali |
|-------------------|--|

| | |
|------------------|--|
| Obiettivi | Definire protocolli organizzativi per agevolare l'accesso di pazienti terminali che afferiscono al Pronto Soccorso o in carico alle Unità operative ospedaliere, nonché per esami e visite non eseguibili a domicilio. |
| Azioni | <p>d) Definizione di percorsi di accesso facilitato per esami e visite non eseguibili a domicilio. Una prima indagine conoscitiva ha permesso di identificare alcuni degli esami prevalentemente richiesti a domicilio ma non eseguibili in tale sede (rx torace, ecografia addome ecc.). Per questi esami è necessario definire un percorso di accesso rapido e, nel contempo, semplice per i familiari quanto a modalità. Lo stesso dicasi per le visite specialistiche anche se raramente richieste. In riferimento a ciò è emersa la prevalenza di consulenze chirurgiche su altra tipologia di visita.</p> <p>e) Identificazione di referenti medici ed infermieristici di cure palliative e terapia del dolore presso i reparti dell'ospedale di Mestre e di Venezia e presso le strutture accreditate al fine di agevolare e rendere più omogenee le procedure di cura e assistenza dei malati che vi afferiscono .</p> <p>f) Definizione di un protocollo operativo per la gestione, stabilizzazione e destinazione (es. reparto, rientro a domicilio, hospice ecc.) dei pazienti neoplastici che afferiscono al Pronto Soccorso.</p> <p>Attività di consulenza diretta presso il Pronto Soccorso o reparti di degenza. A livello ospedaliero l'attività di consulenza dovrà essere concordata sulla base di un protocollo definito con l'Oncologia di riferimento e la Terapia Antalgica. A tal scopo è necessaria l'identificazione di una o più figure mediche ed infermieristiche nell'ambito delle summenzionate Unità Operative e/o dei nuclei di cure palliative.</p> |
| Strumenti | <p>Protocolli d'intesa, direttamente con la Direzione Medica dell'O.C. di Mestre e Venezia e con i Responsabili medici e i Coordinatori infermieristici delle Unità Operative interessate.</p> <p>Gruppi di lavoro per la definizione dei protocolli organizzativi.</p> |
| Tempi | Entro 1 semestre 2011 |
| Costi | |

| | |
|-------------------|--|
| Criterio 5 | <p>(Art. 7 comma 1 L.R. 7/2009)</p> <p>Previsione di un piano di riduzione dei ricoveri ospedalieri per i malati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita, ritenuti inopportuni, con una parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a domiciliare.</p> <p>A supporto della progettazione dei piani di rientro dai ricoveri ospedalieri inopportuni, il Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore e il Registro Tumori del Veneto hanno predisposto tavole specifiche, descrittive e di stima, degli andamenti dei ricoveri nelle singole Aziende.</p> |
| Obiettivi | Riduzione dei ricoveri ospedalieri inopportuni |
| Azioni | La necessità di elevare il livello dell'assistenza e degli interventi erogati, nonché di ridurre i costi ed i disagi di ricoveri ed interventi impropri, ci induce a pensare e |

sviluppare azioni orientate alla definizione e organizzazione di percorsi facilitati, alla ottimizzazione di alcune modalità operative interne alla struttura ospedaliera, al potenziamento del supporto domiciliare, alla formazione specifica.

Il piano prevede pertanto i seguenti livelli di intervento :

- 7) Definizione dei percorsi di accesso alla rete sulla base dei bisogni/problemi del paziente.
- 8) Informazione sui percorsi di accesso alla rete a : medici/infermieri di Pronto Soccorso; Medici di Medicina Generale; Medici di continuità assistenziale; medici/infermieri di UU.OO.
- 9) Organizzazione e istruzione di personale medico ed infermieristico dedicato, nell'ambito delle varie UU.OO.
- 10) Istituzione di un servizio di consulenza diretta e telefonica per il personale medico ed infermieristico riportato al punto 2, con particolare attenzione per il Pronto Soccorso, al fine di valutare ed indirizzare rapidamente i pazienti all'interno del percorso più idoneo.
- 11) Definizione e/o acquisizione di protocolli medici ed infermieristici per la gestione dei pazienti.
- 12) Organizzazione di posti letto dedicati all'interno delle U.O. di Medicina e/o Lungodegenza che si rendono disponibili, partendo dalla constatazione che circa il 20%-25% dei pazienti che afferiscono ai reparti internistici sono oncologici.

I vari passaggi andranno preventivamente concordati con la Direzione Medica di Presidio dell'O.C. di Mestre e Venezia per quanto attiene l'attività ed il personale ospedaliero; con i medici di medicina generale e i distretti per quanto riguarda il territorio.

| | |
|------------------|--|
| Strumenti | |
| Tempi | 1° fase: (entro dicembre 2010) identificazione e coinvolgimento degli interlocutori (medici, infermieri di ospedale, hospice,...); definizione dei principali problemi relativi alla gestione dei pazienti e all'accesso ai servizi/strutture. 2° fase: (entro 1° semestre 2011) definizione e organizzazione dei percorsi di accesso alla rete. Formazione specifica. 3° fase: (2° semestre 2011) Formazione specifica. Verifica dei risultati. |
| Costi | Vedi percorso formativo |

| | |
|-------------------|--|
| Criterio 6 | Integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR 1609/08 |
| Obiettivi | Publicare e diffondere le carte dei diritti ad operatori e cittadinanza |
| Azioni | Definizione, stesura e deliberazione , concordata con il Comitato Etico per la Pratica Clinica e il Comitato Aziendale per la lotta al Dolore, della Carta per i |

| | |
|------------------|--|
| | diritti del malato di fine vita e della Carta per i diritti del malato con dolore. (Allegati A e B) |
| Strumenti | Delibera aziendale |
| Tempi | Entro ottobre 2010 |
| Costi | |

| | |
|--------------------|---|
| Criterio 7 | Integrazione nel progetto del sistema informativo per le cure palliative, ai sensi della DGR 1608/08 e dei criteri d'accesso all'hospice, ove presente, secondo la DGR 3318/08 |
| Obiettivi | Realizzazione di un sistema informatizzato, controllato centralmente, che sia accessibile ai vari attori della rete. |
| Azioni | <p>L'ottimizzazione dei percorsi all'interno della rete di cure palliative, sia in termini di accessibilità che di rapidità di risposta, passa necessariamente attraverso informazioni che fluiscono tramite reti comunicative condivise.</p> <p>Implementazione di un sistema informativo condiviso via WEB (THPR WEB – Territorial-Hospital-Patient-Record WEB), inserito nella rete trasversale dei servizi informatizzati territorio e ospedale territorio, finalizzato all'ottimizzazione e alla condivisione delle informazioni relative agli assistiti dalla rete di cure palliative. Tale sistema informativo consente l'inserimento e il monitoraggio della filiera assistenziale del paziente oncologico in tempo reale. Parimenti questo S.I. consente l'accessibilità (controllata e codificata) da qualsiasi pc collegato in rete non richiedendo alcuna installazione dei software e alcun requisito particolare di performance dei PC di lavoro (sufficiente almeno Explorer 7.0).</p> <p>Il sistema deve prioritariamente prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cartella clinica integrata - scheda di accesso e priorità (LR. 3318/2008) - indicatori clinici |
| Strumenti | Gruppi di lavoro dedicati |
| Tempi | Entro 31 dicembre 2011 |
| Costo annuo | Euro 30.000 |

| | |
|-------------------|--|
| Criterio 8 | Attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP per quanto di competenza, facendo convergere, nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la |
|-------------------|--|

| | |
|---------------------------------|---|
| gestione dell'assistenza | |
| Obiettivi | Favorire e semplificare le modalità di accesso agli hospice della rete Accorpamento di parte delle funzioni UVMD |
| Azioni | Revisione delle disposizioni applicative per l'accesso ai centri residenziali di cure palliative "hospice" dell'Azienda ULSS 12 Veneziana (delibera n° 860 del 15/06/2006) accentrando parte delle funzioni UVMD sul coordinamento centrale dei nuclei di cure palliative e velocizzando i meccanismi di presa in carico e ricovero. (Allegato C) . Semplificazione e diffusione della scheda di accesso agli hospice (Allegato D) . Revisione delle modalità di accesso e presa in carico dei pazienti da parte dei nuclei interdistrettuali di cure palliative. |
| Strumenti | Protocolli operativi |
| Tempi | Entro ottobre 2010 |
| Costi | |

| | |
|-------------------|---|
| Criterio 9 | Disponibilità di tutti i farmaci, ordinariamente di uso ospedaliero, che si rendessero necessari per l'erogazione di cure palliative a domicilio o in hospice |
| Obiettivi | Ridefinizione delle modalità di accesso ai farmaci |
| Azioni | Riorganizzazione e semplificazione dei protocolli in uso per l'accesso ai farmaci presenti nell'OPT da parte degli hospice e a livello domiciliare. Condivisione e strutturazione dei protocolli con il coinvolgimento dei referenti della farmacia ospedaliera e della farmacia territoriale. |
| Strumenti | Protocolli operativi |
| Tempi | Entro 1° semestre 2011 |
| Costi | |

| | |
|--------------------|---|
| Criterio 10 | Costituzione di un programma locale di cure palliative (percorso formativo) |
| Obiettivi | Obiettivo generale del percorso formativo è quello di sviluppare negli operatori competenze specifiche nell'area della cure palliative, che si declinano negli ambiti clinico, etico, umanistico, nonché relazionale, motivazionale ed organizzativo, attraverso un approccio olistico, multidisciplinare, integrato, nei confronti del paziente e della sua famiglia. |
| Azioni | Il progetto per la costituzione dei Nuclei di Cure palliative trova nella formazione una leva strategica per lo sviluppo di una cultura professionale che mette al |

centro la qualità di vita della persona assistita e il sostegno alla famiglia, alla sua rete affettiva.

Il percorso formativo qui presentato mira a valorizzare il contesto delle cure e dell'assistenza già esistenti nell'Azienda Ulss 12 (strutture ospedaliere – hospice – assistenza domiciliare - medici di medicina generale - volontariato), individuando le modalità e gli strumenti di **integrazione** con la rete delle cure palliative, allo scopo di garantire la **continuità delle cure** e di favorire la comunicazione tra i servizi che intervengono nel percorso di cura stesso.

E' necessario formare alcune **équipe multidisciplinari** di operatori qualificati e motivati, che andranno a costituire i Nuclei di Cure Palliative ed il loro Coordinamento, ed è altrettanto importante la formazione di diversi operatori, provenienti da Unità Operative e Servizi di ospedali e territorio, afferenti varie professioni, che fungeranno da “**referenti**”, al fine di creare una **organizzazione a rete**, così da poter fornire su più fronti risposte uniformi e adeguate ai bisogni di salute di malati cronici e terminali, favorendo il corretto accesso ai servizi e alle strutture che afferiscono alla rete di cure palliative.

I contenuti della formazione dovranno essere mirati non solo al sapere ma specialmente al **saper fare e al saper essere**, il tutto inserito in un contesto umano e motivazionale sostenuto dallo **scambio di esperienze**.

Obiettivi formativi

A conclusione del percorso formativo i partecipanti, per far fronte alla revisione organizzativa e al tipo di approccio assistenziale proposto, **saranno in grado di esprimere**:

- competenze cliniche specifiche nell'ambito delle cure palliative
- abilità tecniche specialistiche
- competenze di tipo relazionale-educativo
- modalità operative centrate sul lavoro d'équipe e sull'integrazione multidisciplinare

Destinatari

Le **figure professionali coinvolte** sono:

- infermieri, medici, psicologi, operatori sanitari che operano a domicilio e/o in hospice;
- medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale;
- medici ed infermieri di strutture accreditate e dell'ospedale;
- fisioterapisti, assistenti sociali, educatori professionali e volontari.

Contenuti – descrizione sintetica

I contenuti dei moduli formativi sono programmati in riferimento agli obiettivi

specifici annuali. Considerando la provenienza e l'esperienza dei partecipanti, molto diversificate, sarà importante individuare dei percorsi atti ad **uniformare** le conoscenze, le abilità e le competenze.

La programmazione dei contenuti si basa sullo **sviluppo graduale di un modello di competenze**, declinabile per tutte le professioni, ma che permette di non trascurare le specificità di ognuna:

6. Area competenze **tecnico-professionali** (il paziente e la sua famiglia: aspetti clinici, procedure tecniche, strumenti operativi per l'assistenza, aspetti relazionali ed educativi)
7. Area competenze **organizzative-manageriali** (il team interdisciplinare: ruoli, responsabilità, lavoro d'équipe, integrazione in rete, motivazione, gestione di risorse umane e materiali, controllo e valutazione, leadership e sviluppo delle risorse umane)
8. Area competenze **formative** (la formazione dei formatori, l'attività di tutorato)
9. Area competenze di **ricerca e consulenza** (lo sviluppo della ricerca in cure palliative e la consulenza professionale)
10. Area aspetti **normativi, giuridici, etico-deontologici e medico-legali** (la normativa specifica delle cure palliative, la documentazione sanitaria, decisioni etiche, ecc.)

Strumenti

Metodologia formativa

Nel percorso formativo si prediligono **metodologie didattiche attive** quali gruppi di lavoro, dimostrazioni pratiche, role playing.

Sono previste anche lezioni frontali, supportate da pacchetti di autoapprendimento, condivisione di esperienze, analisi e discussione su casi clinici.

L'attività di **supporto tutoriale** diventa essenziale nei momenti di apprendimento attivo attraverso i gruppi di lavoro e le attività di addestramento e tirocinio.

L'implementazione del percorso formativo prevede giornate di **formazione residenziale** e progetti di **formazione sul campo**, quali stage/tirocini, progetti di miglioramento-audit e di ricerca.

Lo sviluppo nel tempo del percorso richiede un'attenta attività di **monitoraggio di tutte le attività formative**, in base ad indicatori prestabiliti; sono previsti momenti di verifica in itinere e di **valutazione delle ricadute formative**.

Tempi

Sviluppo del progetto e tempi

Sulla traccia di una progettazione pluriennale e in sintonia con il Piano di Formazione Aziendale, il percorso formativo è **annuale**, in funzione degli obiettivi

| | |
|----------------------|--|
| | definiti all'interno della rete di cure palliative. Una prima fase prevede la costituzione di un gruppo di coordinamento del percorso formativo , che effettuerà un'analisi del contesto, delle risorse disponibili e delle criticità connesse allo sviluppo del progetto, sulla base degli obiettivi stabiliti. |
| Costo annuale | Progettazione, organizzazione, didattica, ecc. Euro 30.000 |

| | |
|--------------------|---|
| Criterio 11 | Istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti inerenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato e i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica |
| Obiettivi | Verifica del livello di competenza degli operatori e dei risultati relativi alla qualità dell'assistenza |
| Azioni | <p>Nell'ambito delle cure palliative, la supervisione periodica del personale deve essere prevalentemente finalizzata al miglioramento dei livelli di competenza dei singoli operatori, delle attitudini relazionali e motivazionali, al miglioramento delle dinamiche del lavoro d'équipe.</p> <p>In tal senso sono state identificate le seguenti modalità :</p> <p>1)Condivisione e verifica della metodologia di lavoro organizzando, periodicamente, incontri all'interno dei quali saranno presentati e discussi casi reali e di particolare complessità dal punto di vista clinico/assistenziale, etico e delle dinamiche relazionali. In tale contesto verrà chiesto ai vari operatori (ciascuno per propria competenza) di ipotizzare possibili soluzioni e di verificarne assieme il possibile esito.</p> <p>2)Audit retrospettivi</p> <p>3)Applicazione e verifica di indicatori di esito clinico.</p> <p>A tal riguardo, sono stati identificati alcuni indicatori di esito clinico che saranno parte integrante dell'attività svolta.</p> <p>Tra questi : a) la rilevazione del dolore b) valutazione delle lesioni da decubito c) modalità del decesso d) coinvolgimento emotivo del personale ecc.</p> |
| Strumenti | Gruppi di discussione, questionari, monitoraggio degli indicatori |
| Tempi | Entro 2° semestre 2011 |
| Costi | Vedi costi del personale e formazione |

CONTRIBUTO ANNUO RICHIESTO: **Euro 450.000**

COORDINAMENTO CURE PALLIATIVE

AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

CARTA dei DIRITTI del MALATO a FINE VITA

Quando non si può più guarire si può ancora curare. Questo concetto, profondamente radicato nelle cure palliative, diviene ancor più vero negli ultimi giorni di vita. Curare significa porre al centro il paziente come persona nel rispetto della sua dignità e dei diritti fondamentali. La sofferenza ed il dolore impediscono di vivere gli ultimi momenti di malattia nel conforto della relazione con gli altri, in special modo con i propri cari. In queste fasi, i sanitari e le figure professionali che circondano il paziente, devono saper esprimere capacità di ascolto, impegno e competenza professionale.

Il diritto ad alleviare la sofferenza diviene pertanto prioritario nella cura ed assistenza di questi ammalati.

Il Coordinamento di cure palliative ed il Comitato Etico per la Pratica Clinica dell'Azienda ULSS 12 Veneziana, sulla base di tali premesse, ritengono opportuno promuovere e sostenere il rispetto dei diritti fondamentali e della dignità delle persone alla fine della vita. Inoltre si impegnano a promuovere e sostenere la Carta dei Diritti del Malato a Fine Vita di seguito riportata.

Carta dei diritti del malato a fine vita

Chi sta morendo ha diritto ad essere considerato persona sino alla morte.

Chi sta morendo ha diritto, se vuole, ad essere informato sulle sue condizioni.

Le informazioni dovranno essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

Chi sta morendo ha diritto ad essere coinvolto nelle decisioni che lo riguardano.

Chi sta morendo ha diritto al sollievo del dolore e della sofferenza.

Chi sta morendo ha diritto a cure e assistenza continue, possibilmente nell'ambiente desiderato.

Chi sta morendo ha diritto a non subire interventi gravosi ed inefficaci che prolunghino il morire

Chi sta morendo ha diritto ad esprimere le proprie emozioni e stati d'animo.

Chi sta morendo ha diritto all'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le proprie credenze religiose e valori.

Chi sta morendo ha diritto alla vicinanza delle persone a lui care.

Chi sta morendo ha diritto a non morire nell'isolamento e in solitudine.

Chi sta morendo ha diritto a morire con dignità.

Riferimenti bibliografici

“Carta dei diritti dei morenti”, Fondazione Floriani, Milano, 1997.

“Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana”, Comitato Naz. di Bioetica, Roma, 1995.

“Codice di deontologia medica”, Fed. Naz. degli Ordini dei Medici, Roma, 2006.

“Codice deontologico degli infermieri”, IPASVI, Roma, 2009.

“Carta europea dei diritti del malato” , Bruxelles, 2002.

“Carta dei diritti sul dolore inutile” a cura di Tribunale per i Diritti del Malato, Roma, 2006.

COMITATO AZIENDALE per la LOTTA al DOLORE

ULSS 12 VENEZIANA

CARTA dei DIRITTI del MALATO con DOLORE

Premessa

La lotta al dolore rappresenta uno dei diritti fondamentali dei pazienti e, nel contempo, un dovere prioritario per tutti i sanitari.

Saper gestire il dolore significa impegno professionale, capacità di ascolto e consapevolezza di come il dolore, non adeguatamente trattato, possa esser fonte di sofferenza e sconforto ed impedisca alla persona di vivere nella relazione con chi lo circonda, specialmente nei momenti più critici della malattia.

Il diritto di evitare il dolore non è necessario. Il diritto al trattamento del dolore è anche sancito dall'art. 11 della Carta Europea dei Diritti del Malato: "Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia. I servizi sanitari devono impegnarsi ad assumere tutte le misure utili a questo fine, come ad esempio fornendo cure palliative e semplificando l'accesso di pazienti a esse".

Il Comitato Aziendale per la Lotta contro il Dolore dell'ULSS 12 Veneziana, sulla base di queste premesse, ritiene opportuno promuovere e sostenere la lotta contro il dolore impegnandosi ad assumere tutte le iniziative e le misure utili a tal fine.

Inoltre s'impegna a promuovere e sostenere la carta promulgata dal Tribunale per i Diritti del Malato e di seguito riportata:

1) Diritto a non soffrire inutilmente

Ciascun individuo ha diritto a vedere alleviata la propria sofferenza nella maniera più efficace e tempestiva possibile.

In passato ignoranza, pregiudizi e rassegnazione hanno impedito che si affrontasse in maniera adeguata il dolore connesso alla malattia. In realtà il dolore è un sintomo che va curato con la stessa attenzione riservata alle patologie per evitare che si cronicizzi e diventi esso stesso "malattia". E' necessario, pertanto, che si crei un nuovo approccio culturale al tema della sofferenza e del dolore inutile e che la terapia del dolore diventi parte integrante del percorso terapeutico. Ogni individuo

ha diritto di sapere che il dolore non va necessariamente sopportato, ma che gran parte della sofferenza può essere alleviata e curata intervenendo con la giusta terapia. Il dolore deve essere eliminato o, almeno, attenuato in tutti i casi in cui sia possibile farlo quando incide in maniera pesante sulla qualità della vita. E' un diritto che deve essere riconosciuto e rispettato sempre e ovunque, dai reparti ospedalieri alle strutture di lungodegenza, dal pronto soccorso al domicilio del paziente.

2) Diritto al riconoscimento del dolore

Tutti gli individui hanno diritto ad essere ascoltati e creduti quando riferiscono del loro dolore.

Il dolore è caratterizzato da una forte componente soggettiva, poiché la sofferenza è influenzata da numerosi fattori individuali, come avvalorato anche dalla letteratura. Per intervenire nella maniera più adeguata, gli operatori hanno il dovere di ascoltare, prestare fede e tenere nella massima considerazione la sofferenza espressa. Il cittadino deve essere libero di riferire il dolore provato, con la terminologia che gli è propria, e assecondando le proprie sensazioni, senza temere il giudizio dell'operatore, che deve impegnarsi ad interpretare al meglio quanto il paziente cerca di comunicare.

3) Diritto di accesso alla terapia del dolore

Ciascun individuo ha diritto ad accedere alle cure necessarie per alleviare il proprio dolore.

Attualmente persistono numerosi limiti all'accesso alla terapia del dolore. L'ostacolo maggiore è rappresentato da pregiudizi di ordine culturale, che perdurano nella classe medica, anche in seguito alla carenza di formazione specifica sia al livello universitario che nei momenti di aggiornamento professionale. Ad aggravare queste resistenze si aggiungono procedure eccessivamente rigide, quali la mancata considerazione di alcune tipologie di dolore, varie preoccupazioni di ordine economico-finanziario e la diffusa inadeguatezza delle strutture sanitarie. Per rendere accessibile la terapia del dolore sono indispensabili il riconoscimento e la condivisione di alcuni presupposti fondamentali:

- la considerazione e la cura del dolore provato dal paziente dovrebbero rappresentare, per tutti i componenti dell'équipe assistenziale, uno standard di qualità professionale e un dovere deontologico, a prescindere dalle convinzioni etiche, religiose o filosofiche, allo scopo di garantire all'assistito la migliore qualità di vita possibile;
- tutte le tipologie di dolore meritano uguale considerazione, indipendentemente da quale sia la patologia o l'evento che ne è all'origine. Hanno quindi pari diritto di essere curati nel loro dolore non solo quanti affrontano le fasi terminali della vita, ma anche coloro che soffrono di dolore cronico non da cancro e acuto (da parto, da trauma, da intervento chirurgico, o che necessitano di primo intervento al pronto soccorso); in particolare, tutte le donne dovrebbero essere messe nelle condizioni (compatibilmente con la situazione clinica) di partorire senza dolore;
- il servizio sanitario pubblico deve essere in grado di assicurare un'adeguata assistenza al dolore sia all'interno che all'esterno delle strutture sanitarie. Queste ultime dovrebbero garantire un servizio di terapia del dolore (semplice o complesso, in funzione della qualità e quantità delle prestazioni erogate) qualitativamente conforme alle più recenti linee guida internazionali e in grado di assicurare un trattamento idoneo a tutti i soggetti bisognosi. L'accesso alla terapia sul territorio va garantito, soprattutto, attraverso le prestazioni al domicilio del paziente, facendo riferimento alle

linee guida dell'OMS, predisponendo procedure di prescrizione e somministrazione dei farmaci più semplici ed evitando sospensioni della continuità assistenziale;

- i farmaci e le tecniche per la terapia del dolore, e tutti gli strumenti tecnici propedeutici alla loro corretta somministrazione, devono essere compresi tra le prestazioni che il servizio sanitario pubblico garantisce effettivamente a tutti i cittadini. Ogni persona ha il diritto di accedere a procedure innovative secondo gli standard internazionali, senza che possano essere accampati impedimenti di carattere economico o finanziario.

4) Diritto ad un'assistenza qualificata

Ciascun individuo ha diritto a ricevere assistenza al dolore, nel rispetto dei più recenti e validati standard di qualità.

Ogni persona ha diritto a ricevere assistenza al dolore da operatori adeguatamente formati e aggiornati, in maniera che sia garantito il rispetto degli standard di qualità inter-nazionali. E' necessario che la conoscenza del problema "dolore" (ormai considerato il quinto segno vitale), della sua quantificazione (misura del dolore) e delle possibilità di trattamento divengano patrimonio professionale di tutti gli operatori sanitari, in maniera che sia sempre garantita al cittadino la possibilità di veder alleviata la sua sofferenza, anche in assenza di specialisti della materia. Sarebbe opportuno che la misurazione del dolore avvenisse con metodi validati al livello internazionale e che la relativa registrazione fosse indicata nella cartella clinica. E' inaccettabile che, persino quando le leggi prevedono strumenti atti a facilitare la prescrizione di farmaci oppiacei, il ricorso ad essi risulti, di fatto, negato per impreparazione o indisponibilità di medici ed operatori.

5) Diritto ad un'assistenza continua

Ogni persona ha diritto a vedere alleviata la propria sofferenza con continuità e assiduità, in tutte le fasi della malattia.

Il dolore deve essere monitorato regolarmente in tutte le fasi della malattia; la continuità assistenziale potrebbe essere messa in discussione da un'inadeguata attenzione allo sviluppo della patologia e dal venir meno dell'indispensabile rimodulazione della terapia. Particolare attenzione rispetto alla continuità della cura va posta nel passaggio dall'ospedale al territorio, evitando situazioni di discontinuità per irreperibilità degli operatori o indisponibilità di farmaci e presidi.

6) Diritto ad una scelta libera e informata

Ogni persona ha diritto a parteci-pare attivamente alle decisioni sulla gestione del proprio dolore.

Ogni decisione presuppone un'infor-mazione corretta, completa e comprensibile, che tenga conto del livello culturale del paziente e del suo stato emotivo. Ogni intervento terapeutico finalizzato ad alleviare la sofferenza va concordato e modulato, nella qualità e nell'intensità, in accordo pieno e consapevole con la volontà del paziente, secondo i principi sui quali si fonda un buon consenso informato. Ogni persona ha il diritto di ricevere risposte pronte ed esaurienti ai suoi interrogativi, e di disporre di tutto il tempo necessario ad assumere le decisioni conseguenti.

7) Diritto del bambino, dell'anziano e dei soggetti che “non hanno voce”

I bambini, gli anziani e i soggetti che “non hanno voce” hanno lo stesso diritto a non provare dolore inutile.

La valutazione ed il trattamento del dolore in età pediatrica sono stati a lungo ignorati. La medicina ufficiale, infatti, spesso si accontenta di trasferire sui bambini le conoscenze già sviluppate sugli adulti piuttosto che avviare ricerche e studi appositi, che tengano conto delle specificità della condizione infantile e delle sue implicazioni psi-cologiche. La paura e l'ansia, presenti in tutti i soggetti a contatto con la malattia, assumono caratteristiche peculiari nei piccoli malati, nelle persone con disagi psichici o con gravi handicap mentali e in alcuni anziani. In questi soggetti la sofferenza trova difficoltà ad essere espressa e la sua lettura non viene registrata adeguatamente per mancanza di un approccio integrato.

8) Diritto a non provare dolore durante gli esami diagnostici invasivi e non

Chiunque debba sottoporsi ad esami diagnostici, in particolare quelli invasivi, deve essere trattato in maniera da prevenire eventi dolorosi.

Alcuni esami diagnostici invasivi non vengono affrontati serenamente quando incutono timore per il dolore che possono provocare.

BIBLIOGRAFIA

“Carta europea dei diritti del malato” – Bruxelles, 15 Novembre 2002.

“La terapia del dolore: orientamenti bioetici” a cura di Comitato Nazionale per la Bioetica – Roma, 30 Marzo 2001.

“Carta dei diritti sul dolore inutile” a cura di Tribunale per i Diritti del Malato – Roma, 28 Aprile 2006.

Allegato C del progetto

REVISIONE DISPOSIZIONI APPLICATIVE PER L'ACCESSO AI CENTRI RESIDENZIALI DI CURE PALLIATIVE "HOSPICE" DELL'AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

(Riferimenti precedenti : delibera n° 860 del 15 Giugno 2006 e allegati)

Le cure palliative sono la risposta appropriata ai bisogni fondamentali dei pazienti inguaribili, prevalentemente oncologici, con l'intento di garantire una miglior qualità di vita ed un'adeguata assistenza al malato ed alla sua famiglia.

Al fine di migliorare il livello dell'assistenza dei malati oncologici in fase avanzata e terminali, nell'ottica di una migliore qualità di vita e di una concreta risposta ai bisogni di questi malati e delle loro famiglie, tenuto conto delle indicazioni che emergono dalle attuali normative, in particolar modo dalla Legge Regionale n° 7 del 19/03/2009 e dalla Legge n° 38 del 15/03/2010, è stato definito un protocollo di accesso agli hospice dell' ASL 12 che tuteli e garantisca in primis i pazienti e le loro famiglie rendendo inoltre di più facile gestione il medesimo meccanismo di accesso da parte degli operatori della rete.

CRITERI DI AMMISSIONE AI CENTRI RESIDENZIALI DI CURE PALLIATIVE-HOSPICE

Dovranno essere rispettati i criteri di ammissione agli hospice come da Dgr. 3318 del 4/11 /2008.

La proposta di ricovero in hospice è pertanto vincolata dalla presenza dei quattro criteri sottoelencati :

1)Paziente con aspettativa di vita non superiore a 6 mesi. L'aspettativa di vita è da intendersi ovviamente come presunta , sulla base dei dati riportati in letteratura per quel tipo di patologia, sullo stato di progressione della malattia, della valutazione clinica attuale, di parametri di laboratorio e di patologie concomitanti. E' pertanto un criterio di pertinenza strettamente medica.

2)Completamento di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia .

3)Esclusione di terapie specifiche volte alla guarigione della malattia, da intendersi come l'esaurimento della possibilità e/o l'opportunità di trattamenti curativi specifici diretti a modificare

il decorso della patologia neoplastica, ovvero come cessazione delle terapie “attive” e passaggio a terapie palliative e/o di supporto.

4)Indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50.

La “**priorità di accesso**” all’hospice è inoltre definita sulla base di criteri organizzati secondo un punteggio di “priorità”, tenendo presente che si tratta di malati la cui situazione può evolvere in senso peggiorativo o di mutate necessità, anche nel giro di breve tempo. Pertanto il punteggio derivato dai criteri di priorità, potrà essere talora rivisto alla luce dell’evoluzione stessa della situazione e delle condizioni del paziente. Dovrà comunque essere giustificato e comunicato al “**nucleo di coordinamento centrale di cure palliative**” che provvederà (tramite la segreteria di coordinamento UVMD) alla modifica della graduatoria inserita nel sistema ER delle liste d’attesa.

I criteri di ammissione e di priorità vengono compilati e raccolti in un’unica scheda secondo quanto indicato e stabilito dalla Dgr. 3318 del 4/11/2008 .

La richiesta di ricovero in hospice, effettuata tramite la scheda sopra indicata, dovrà essere inviata al “nucleo di coordinamento centrale di cure palliative” che, verificata la presenza di tutti i criteri, autorizzerà, entro max. 48 ore, il ricovero in hospice predisponendo una richiesta formale tramite impegnativa regionale. Provvederà quindi, (tramite la segreteria di coordinamento UVMD), all’inserimento del paziente nella graduatoria ER delle liste d’attesa.

MODALITA’ DI ACCESSO

Il ricovero in hospice viene deciso dal “nucleo di coordinamento centrale di cure palliative” (di seguito NCCCCP o CCCCP) su segnalazione e richiesta formale (cfr. scheda) del medico proponente (art. 5 com. 2 LR. 19/03/2009).

Il NCCCCP dovrà favorire la comunicazione ed il flusso di informazioni tra i vari “soggetti” coinvolti nella cura e assistenza del paziente.

Al NCCCCP vengono attribuite parte delle funzioni UVMD, nella fattispecie valutazione e definizione degli accessi in hospice.

1.Trasferimento Ospedale – Hospice : il medico di reparto che segue il paziente e che, sulla base dei criteri sopraesposti, lo ritenga candidabile per un ricovero in hospice, dovrà compilare la scheda e trasmetterla direttamente al medico referente del “nucleo di coordinamento centrale di cure palliative”, il quale potrà chiedere ulteriori informazioni al medico proponente a completamento e garanzia dell’iter. Il paziente verrà quindi inserito nella lista ER come sopra riportato.

Al momento della dimissione, sia che il paziente rientri a domicilio sia che venga trasferito direttamente in hospice, una lettera di dimissione dovrà essere indirizzata sempre e comunque al medico di medicina generale, con l'avvertenza di riportare per iscritto l'avvenuta richiesta o il ricovero in hospice.

Qualora il paziente venga inviato a domicilio, potrà essere attivato il NCP/ODO per la presa in carico.

NB.: poiché la valutazione circa la possibilità del paziente di beneficiare di ulteriori trattamenti specifici (es. chemioterapia) è di prevalente pertinenza onco-ematologica, sarà opportuno che venga riportato in scheda direttamente da un oncologo o un ematologo la dizione **“Paziente non più proponibile per terapie specifiche”**, oppure potrà essere sufficiente che la stessa dizione sia trascritta dal medico che segue il paziente con l'aggiunta **“sentito il parere dell'oncologo e/o ematologo”**.

2. Trasferimento Ospedali accreditati –Hospice. Si fa riferimento a quanto definito al punto 1 del presente paragrafo.

A garanzia di un corretto iter, per ogni struttura ospedaliera accreditata della nostra ASL, dovranno essere identificati almeno un medico ed un infermiere interni alla struttura che avranno il compito di valutare il paziente e compilare le schede per il ricovero in hospice.

Per quanto riguarda i punti 1 e 2 del presente paragrafo, qualora fosse ritenuto opportuno, per praticità, prassi consolidata o facilitazione delle procedure di ricovero, la compilazione della scheda e la valutazione del paziente possono essere effettuate direttamente in reparto da un medico dell'hospice, previo accordi con il responsabile di reparto. La scheda sarà quindi trasmessa al coordinamento centrale di cure palliative per l'avvio dell'iter di ricovero in hospice.

3. Trasferimento Ospedale extraterritoriale (non ubicato in AULSS 12)- Hospice.

Se un paziente residente in ASL 12 è seguito presso un centro o ospedale non ubicato nell'AULSS 12 (es. CRO di Aviano ecc.) e necessitasse di ricovero in hospice, le formalità previste per il ricovero, verranno espletate direttamente da un medico del coordinamento centrale di cure palliative dell'AULSS, dopo aver sentito direttamente i medici che hanno in cura il paziente.

4. Trasferimento Territorio-Hospice.

I pazienti in carico al servizio di Assistenza Domiciliare Specialistico/Oncologica (ODO/NCP) vengono seguiti nella quasi totalità dei casi a domicilio fino al momento del decesso. In situazioni specifiche, del tutto eccezionali, potrebbe essere necessario il ricovero in hospice. In tal caso, il medico ODO/NCP che ha in carico il paziente, dovrà compilare personalmente la scheda di accesso trasmettendola direttamente al medico del coordinamento centrale di cure palliative per l'avvio tempestivo dell'iter di ricovero.

Le proposte di ricovero provenienti dal territorio possono essere effettuate anche su richiesta del medico di Medicina Generale che dovrà compilare la scheda di accesso all'hospice secondo i criteri predisposti. La scheda dovrà essere trasmessa direttamente al medico del coordinamento centrale di cure palliative.

Se necessario, il medico di medicina generale, potrà richiedere la consulenza telefonica di un medico-palliativista. Dove possibile*, la consulenza potrà essere richiesta anche direttamente a domicilio del paziente. Il medico palliativista è designato a tal scopo dal responsabile delle Cure Palliative dell'AULSS.

Analogamente, qualora nell'ambito della usuale attività UVMD distrettuale fossero identificati, sulla base dei già citati criteri di accesso, pazienti candidabili al ricovero in hospice oncologico, potrà essere richiesta la consulenza e/o il parere di un medico del coordinamento centrale di cure palliative o di un medico palliativista designato dal CCCP.

*Si tenga presente la distribuzione geografica e l'accessibilità del territorio ASL 12.

AMMISSIONE E PRESA IN CARICO

La responsabilità clinica dei pazienti accolti in hospice è del medico di riferimento della struttura (medico di cure palliative) che coordina l'équipe multi-professionale per garantire al paziente l'assistenza necessaria in funzione dei suoi bisogni e della sua situazione familiare, secondo gli standard previsti dall'attuale normativa.

Per ogni paziente, il medico di riferimento predisporrà con l'équipe multi professionale un piano assistenziale e una relativa "cartella clinica" individuale che documenti il decorso clinico-assistenziale durante la permanenza nella struttura, nonché l'eventuale scheda di dimissione protetta. Attenzione particolare dovrà essere riservata alla rilevazione dei sintomi ed in modo particolare del dolore.

DIMISSIONE

La dimissione dall'hospice deve sempre essere segnalata al medico di Medicina Generale e al NCCCP.

Il rientro a domicilio in regime di assistenza domiciliare, deve essere opportunamente pianificato e concordato con il paziente, i familiari, il medico di medicina generale e l'èquipe dell'Assistenza Domiciliare Specialistica (ODO/NCP) territorialmente competente e il NCCCP, tramite un programma personalizzato, al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale.

INFORMAZIONE AL PAZIENTE E AI FAMILIARI

L'informazione al paziente e ai familiari circa le finalità del ricovero in hospice e l'inserimento in un percorso di Cure Palliative, deve essere costante ed esaustiva, sostenuta da una comunicazione rispettosa ed attenta.

La presa in carico, dovrà essere effettuata previo consenso del paziente stesso.

VALIDITA' DEL PRESENTE REGOLAMENTO

Il contenuto delle presenti disposizioni potrà essere modificato e aggiornato sulla base di eventuali revisioni organizzative dell'Azienda ULSS 12, variazioni degli accordi di programma con le strutture interessate e/o variazioni della normativa di riferimento.

Legenda

NCP : Nucleo di cure palliative

NCCC o CCCP : Nucleo di coordinamento centrale di cure palliative.

UVMD : Unità di valutazione multidimensionale.

RIFERIMENTI NORMATIVI e BIBLIOGRAFICI

1.“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, Legge 15 Marzo 2010, n° 38 (G.U. n° 65 del 19/03/10).

2. “Disposizioni per garantire cure palliative ai malati terminali in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore”, Legge Regionale 19 Marzo 2009, n° 7 ; (BUR n° 25/2009).

3. “Scheda per la valutazione di accessibilità all’hospice”, DGR. 04 Novembre 2008, n° 3318; (BUR n° 99 /2008)

4. “Documento indicatori per le cure palliative. Istituzione del sistema informativo regionale per le cure palliative”, DGR. 17 Giugno 2008, n° 1608; (BUR n° 62/2008).

5. “Tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita e dei malati con dolore”, DGR. 17 Giugno 2008, n° 1609; (BUR n° 62/2008).

6. Decreto M.S. 22 febbraio 2007, n. 43

Regolamento recante “Definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell’articolo1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311”

7. “Il modello organizzativo per la realizzazione della rete di cure palliative”, Comitato Cure Palliative, Ministero della Salute, 2005

8. SICP, Fondazione Floriani, Fondazione Isabella Spagnoli: “Hospice in Italia: prima rilevazione ufficiale, anno 2006”, ed. Ministero della Salute

9. Zucco F.: “Aspetti economici in cure palliative e terapia del dolore. Cure palliative in Italia: stato dell’arte e proposte attuative”, Centro Studi e Cultura Contro il Dolore, anno 2005

10. Art. 33, 34 Capo IV ; Codice di Deontologia Medica; Dicembre 2006.

11. Art. 2 Capo I; Art. 20, 21, 23, 24, 25 Capo IV; Art. 41 Capo V; Codice di Deontologia Infermieristica; Gennaio 2009.

| |
|---------------------------------|
| AZIENDA ULSS 13 - MIRANO |
|---------------------------------|

Progetto 2010–2011 per lo sviluppo della Rete Cure**Palliative dell'adulto nell'ambito dell'Ussl 13 Mirano – Regione Veneto -****Premessa :**

La visione strategica dell'azienda A.s.l. 13 delle Regione Veneto consiste nella creazione di una organizzazione basata sull'adeguatezza e sulla qualità dei Servizi Socio sanitari offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed aspettative.

Orientata al continuo miglioramento ed affinamento dei servizi erogati è interessata a ricercare la soddisfazione dei cittadini e degli operatori sulla base della migliore gestione delle risorse disponibili.

Nel Veneto le Cure Palliative sono erogate in base alle linee guida regionali che ne stabiliscono l'organizzazione nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- globalità della presa in carico della Persona malata e dei suoi familiari
- tutela della dignità del paziente e rispetto della sua volontà
- salvaguardia e valorizzazione della qualità di vita nella fase terminale della malattia.

Particolarmente rilevante appare in questo momento lo sviluppo di un programma teso a potenziare il settore delle le Cure Palliative che si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte.

Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie.

Presupposti:

Nell'arco del anno 2009 nel territorio afferente alla nostra Asl sono deceduti 648 pazienti affetti da neoplasia maligna¹. In riferimento alle indicazioni regionali si stima che il 65 % circa di questi Pazienti (419) debbano essere assistiti con approccio palliativo.

¹ Dati forniti dal Dipartimento Risorse Informatiche e Area tecnologica A.s.l. 13 Regione Veneto

A fronte di questi dati nell'anno in esame i pazienti che realmente hanno beneficiato del servizio sono stati complessivamente 187 rappresentando solo il 44,6 % dei pazienti eligibili.

La scelta di non ridurre le cure palliative, come spesso ancora succede, alle cosiddette cure degli ultimi giorni, generalmente non più di una o due settimane, richiede una sinergia tra medico di famiglia, medico oncologo e medico esperto in cure palliative.

La nostra esperienza ormai consolidata in 7 anni di attività domiciliare ci consente di affermare come sia possibile attivare lo stesso tipo di assistenza che si riceve in hospice o in una lungodegenza ospedaliera anche a livello domiciliare.

È opinione comune infatti che la persona che si trovi nella fase finale della vita preferisca trascorrerla nella propria casa vicino agli affetti familiari.

Il rispetto della centralità e della massima autonomia del malato rappresenta un obiettivo importante e che ci induce a porre in atto tutti gli interventi di sostegno individuale e di gruppo che, in questi anni, hanno dimostrato in modo evidente la loro efficacia: terapia del dolore e degli altri sintomi gravi, supporto psicologico al malato, alla famiglia ed all'équipe.

Tali interventi, attraverso la cura dei sintomi, hanno lo scopo di ridurre la sofferenza inutile, la disperazione ed il senso di abbandono che accompagna il Paziente con malattia inguaribile quando questa entra nella sua fase evolutiva ed il termine della vita si avvicina

Posti questi presupposti il consolidamento del servizio di Cure Palliative domiciliari di fatto comporterà

1. La realizzazione di un programma omogeneo e continuativo di cure e assistenza globale al malato terminale in ambiente extraospedaliero.
2. L'ottimizzazione e la facilitazione del rapporto tra struttura sanitaria ed utente
3. La riduzione del numero e della durata di ricoveri impropri presso la struttura ospedaliera sempre più orientata al trattamento dei pazienti acuti
4. Un miglioramento della qualità di vita del malato con malattia grave ed inguaribile e dei familiari che lo assistono.

Obiettivi prefissati:

- **Obiettivo “A”**
Ridurre i ricoveri impropri di pazienti oncologici in fase terminale negli ultimo 90 giorni di vita presso la nostra struttura ospedaliera.

- **Obiettivo “B”**
Migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei familiari che li assistono.

- **Obiettivo “C”**
Incrementare l’attività della rete territoriale mediante integrazione tra i vari nodi del sistema (distretti, unità operative ospedaliere, MMG, ADI, Servizio di Continuità Assistenziale).

Strategie :

La realizzazione degli obiettivi prefissati comprende tutta una serie di iniziative tese a consolidare la presenza del servizio in ambito territoriale; nello specifico attraverso azioni di:

- Implementazione dell’organico e copertura del servizio h.24

Questo rappresenta un punto cruciale in quanto il conseguimento dell’obiettivo necessita di una implementazione dell’attuale organico attraverso l’acquisizione per il primo anno di:

- . Un medico a tempo pieno.
- . Una psicologa.
- . 3 infermieri a tempo pieno.
- . 4 autovetture per il servizio domiciliare.

per il secondo anno di :

- . Due infermieri.
- . Due operatori socio sanitari (OSS).

Con l’attuale organigramma possiamo garantire la copertura del servizio per 12 ore (dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì) e di 6 ore (dalle ore 8.00 alle ore

14.00 nei giorni prefestivi) oltre alla copertura mediante consulenza medica telefonica di supporto clinico per medici di medicina generale, pronto soccorso e servizio medico di continuità assistenziale nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo.

Per secondo anno di programmazione, con l'aumento dell'organico di due unità infermieristiche (di cui 1 coordinatore) e con l'acquisizione di due OSS operatore socio sanitario potremmo garantire la copertura anche delle mattine dei giorni festivi attualmente scoperte.

Inoltre potremmo estendere il servizio di supporto clinico al Servizio di Continuità Assistenziale da parte di un medico con Competenze di Medicina Palliativa 24 ore al giorno per tutti i giorni della settimana festivi compresi.

Oltre agli elencati servizi, effettueremo, come già concordato preventivamente con i vari Responsabili di reparti, visite di consulenza settimanale in giorni prestabiliti sia per l'ospedale di Mirano che per il Presidio Ospedaliero di Dolo. Tale attività concerne la visita e il colloquio con i familiari per la dimissione protetta.

Oltremodo la disponibilità di due figure professionali OSS potrà consentire l'attivazione di un programma di educazione igienico-gestionale domiciliare rivolta in particolar modo ai familiari degli assistiti nell'ottica di un sostegno

finalizzato al nursing domiciliare.

- Collaborazione ed interazione con i Medici di Medicina Generale (MMG)

La collaborazione intesa come gestione collaborativa e trasferimento di informazioni tra il Servizio di Cure Palliative ed i Medici di Medicina Generale appare come un requisito essenziale per garantire omogeneità delle cure.

Il Medico di Medicina Generale viene subito coinvolto nella gestione del paziente già dalla convocazione dell' Unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD) e periodicamente verranno collegialmente discusse le varie strategie terapeutiche durante il decorso della malattia.

A domicilio inoltre a disposizione del medico MMG ci sarà una cartella clinica condivisa tra tutti gli operatori.

- informatizzazione del servizio

Ai sensi del DGR 3318/08 all'interno dell'Unità Operativa di Cure palliative è già da tempo operativo un sistema informatizzato connesso con la intera rete ospedaliera che consente il monitoraggio dei pazienti in assistiti dalle cure palliative.

- Divulgazione

queste iniziative sono destinate alla promozione del servizio sia presso gli operatori sanitari (medici di medicina generale, distretti sanitari, reparti ospedalieri) attraverso eventi formativi mirati alla divulgazione del servizio ed alla conoscenza dei meccanismi di attivazione (unità di valutazione UVMD).

Altre iniziative di divulgazione e di pubblicizzazione del servizio riguardano la collettività attraverso la realizzazione (già in corso) di manifesti e “brochures” esposti negli ambulatori di medicina, negli ospedali, nei distretti, oltre che nei luoghi maggiormente frequentati dagli utenti del servizio sanitario; sia mediante incontri a tema concordati con le parti sociali interessate.

- Carta dei diritti del malato

E' in fase di approvazione da parte del Comitato Etico Aziendale la bozza di stesura della “ Carta dei Diritti del Malato a fine vita” della nostra ASL. Una volta approvata il Servizio di Cure palliative verrà impegnato nella divulgazione del documento presso familiari ed operatori sanitari interessati.

- Corsie preferenziali

Di concerto con Servizi e con le Unità Operative del Presidio abbiamo predisposto corsie preferenziali per i pazienti in carico alle Cure Palliative; in particolare per i servizi di Radiologia e Laboratorio Analisi (Taxi ambulanza attivabile nell'arco di 24 ore).

- Riunioni organizzative e supervisione

Dal 2008 il Servizio di Cure palliative usufruisce della consulenza periodica quindicinale e di una supervisione degli operatori riguardante gli aspetti attinenti alle dinamiche di gruppo ed agli aspetti psicologici della gestione del malato terminale.

Tutte le settimane inoltre viene espletata una riunione di tipo organizzativo coinvolgendo tutte le strutture professionali che operano nell'ambito del Servizio.

Indicatori di esito

- **Numero di pazienti deceduti a domicilio**
- **Numero di pazienti deceduti in ospedale**
- **Numero di pazienti che afferiscono al programma di cure palliative**
- **indice di gradimento del servizio mediante somministrazione di questionario**
- **Consumo di oppiacei**

Indicatori di processo

- **Numero di accessi medici ed infermieristici a domicilio**
- **Numero dei pazienti trattati per meno di 10 giorni o per più di 90 giorni**
- **Numero di interventi da parte del Servizio di Continuità assistenziale**
- **Numero di accessi al Pronto Soccorso**

Nella Azienda ospedaliera nel corso del 2009 si sono verificati 456 ricoveri di pazienti con malattia oncologica negli ultimi 90 giorni di vita.

Nei tre presidi ospedalieri di Mirano, Dolo e Noale sono stati così ripartiti:

- 120 pazienti in Lungodegenza
- 66 pazienti in Geriatria
- 177 pazienti in Medicina
- 25 pazienti in Oncologia
- 12 pazienti in Neurologia
- 36 pazienti in Pneumologia
- 20 pazienti in Chirurgia e Rianimazione

Considerando non impropri i ricoveri nei reparti acuti per un totale di 93 pazienti e attualmente in mancanza di un reparto Hospice aziendale i pazienti venivano di consuetudine appoggiati all' Unità Operativa di lungodegenza.

Numericamente questo si traduce in un totale di 120 pazienti per anno.

Ne consegue che abbiamo calcolato in ben 243 i ricoveri che definiamo impropri e sui quali dovremo agire nel corso del biennio. Riteniamo che l'obiettivo possa essere conseguito in due anni proponendo una riduzione del 50 % annuo di questi ricoveri impropri (circa 120 nuovi pazienti/anno).

Per ciò che riguarda il monitoraggio del consumo di oppioidi nella nostra Azienda questo viene effettuato in collaborazione con il servizio di Farmacia territoriale e con i Distretti. Sono in fase di monitoraggio il consumo globale e stratificato in rapporto alla tipologia della molecola, alla via di somministrazione (orale, transdermica, iniettiva) ed al rapporto con la somministrazione di FANS.

Al momento della presa in carico del paziente ed a distanza di circa 3 settimane viene somministrato un questionario che si compone di una parte destinata al paziente e di una destinata ai familiari teso a valutare il grado di soddisfazione delle cure erogate. Il questionario consta anche di una parte dedicata ai suggerimenti diretti che l'utenza vuole proporre. Tra gli indici di soddisfazione consideriamo: il controllo del dolore, delle stipsi, della nausea e del vomito, il ritmo sonno veglia, il grado di ansia o di depressione. Vengono inoltre analizzati l'efficacia e la affidabilità del personale ed il grado di empatia.

Attuazione e Strutturazione del servizio

Per ciò che concerne la presa in carico del paziente la delibera aziendale n.333 del 10.05.2010 stabilisce i criteri di eleggibilità.

La segnalazione del caso può avvenire da parte del MMG o dal Presidio Ospedaliero.

In giorni ed orario prestabilito viene convocata presso il distretto di afferenza del paziente l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) la quale definisce per ogni paziente valutato un Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.) che determina, mediante l'applicazione di criteri indicizzati (performance status of Karnofsky, symptom distress scale), il grado, l'intensità e le modalità di intervento.

In questa stessa occasione il paziente potrà usufruire gratuitamente attraverso la farmacia ospedaliera interna dei farmaci necessari al piano di cura.

Nello stesso tempo si identifica la figura del "case manager" che rappresenterà il raccordo diretto tra la rete territoriale/ospedaliera e la famiglia dell'assistito.

Al termine della U.V.M.D. verrà notificato ai servizi di Continuità assistenziale ed ai Pronto Soccorsi ospedalieri un profilo assistenziale completo al fine di evitare ricoveri estemporanei ed inappropriati presso la struttura ospedaliera.

Anche per quanto riguarda i pazienti degenti in ospedale il Servizio di Cure Palliative interviene nella presa in carico del paziente, visitando già qualche giorno prima della dimissione il paziente per successivamente garantire una omogeneità, oltre che una continuità di cure, una volta giunto a domicilio.

La collaborazione con il Distretto e la struttura ospedaliera viene rafforzata attraverso l'istituzione di un servizio di consulenza telefonica attivo tutti i giorni lavorativi dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e nei prefestivi dalle 8 alle ore 14.00.

A domicilio è prevista la visita periodica, che, a seconda delle fasi di malattia, può essere più o meno frequente, da parte della equipe domiciliare di cure palliative, di cui fanno parte il medico palliativista, l'infermiere, l'operatore socio sanitario e lo psicologo.

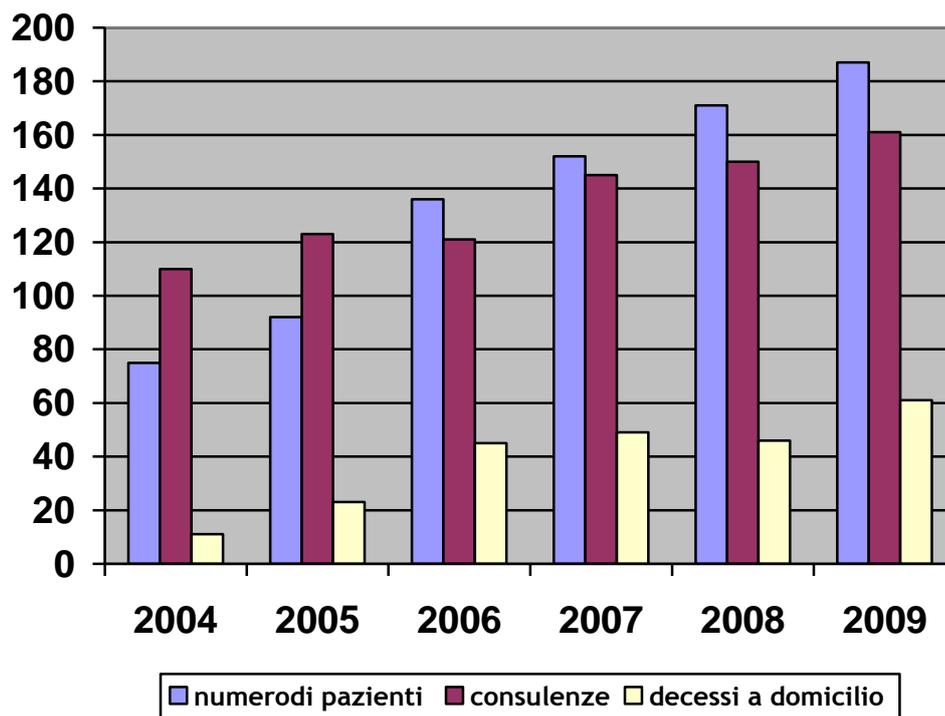


Grafico 1 : attività del Servizio Cure palliative nell'ambito della Asl 13 nel periodo 2004 – 2009 per quanto riguarda il numero dei pazienti assistiti, il numero delle consulenze effettuate ed il numero dei pazienti deceduti a domicilio nel periodo di osservazione.

Per quando le condizioni fisiche e psicologiche del paziente lo permettono, l'ambiente abitativo sia idoneo e la famiglia consenziente, le cure palliative si svolgono nell'ambito di preferenza del paziente che è il proprio domicilio. Le cure palliative domiciliari sono attivate su richiesta del medico di famiglia nel caso in cui la persona malata si trovi già a casa oppure in seguito a dimissioni protette da un reparto ospedaliero, al termine del ciclo diagnostico-terapeutico.

Le cure palliative vengono erogate anche in ambito ospedaliero; tale attività avviene prevalentemente sotto forma di consulenza di medicina palliativa per malati ricoverati presso i vari reparti di degenza o attraverso la specifica formazione del personale sanitario sui problemi legati al fine della vita e sulle possibili strategie terapeutico-assistenziali.

L'erogazione di questo tipo di prestazioni comporta

- consenso informato da parte del paziente e dei suoi familiari;
- compatibilità delle condizioni cliniche con la permanenza a casa e con gli interventi sanitari e socio assistenziali necessari;

- presenza continuativa di un componente della famiglia;
- idonea condizione abitativa.

L'assunzione di responsabilità e l'integrazione dei ruoli e di tutte le risorse

disponibili sul territorio appaiono quindi condizioni importanti per elevare la qualità degli interventi. La collaborazione fra tutte le professionalità coinvolte, in particolare con i Medici di Medicina Generale, favorisce un approccio assistenziale efficace e di qualità rivolto alla persona malata.

Collaborazioni

Per la natura stessa delle cure palliative riteniamo fortemente raccomandato che cooperino con l'équipe anche altre figure professionali come:

- psicologi,
- assistenti sociali,
- fisioterapisti,
- personale di assistenza domiciliare,
- assistenti spirituali,
- personale amministrativo,
- volontari.

L'équipe di cure palliative pertanto è in grado di modificare il suo profilo e si modula sia sulla base delle necessità della persona malata e del suo nucleo familiare sia a seconda del luogo in cui si svolgono gli interventi terapeutici. Tutti gli operatori che entrano a far parte dell'équipe condividono un progetto terapeutico il cui obiettivo non consiste più nella guarigione, ma nella cura, nella presa in carico della persona malata, rispondendo al bisogno primario di contenimento dei disturbi fisici così come delle problematiche che possono scaturire sul piano emotivo e sociale.

In ultima analisi un miglioramento della qualità di vita percepita in rapporto alla gravità della situazione clinica.

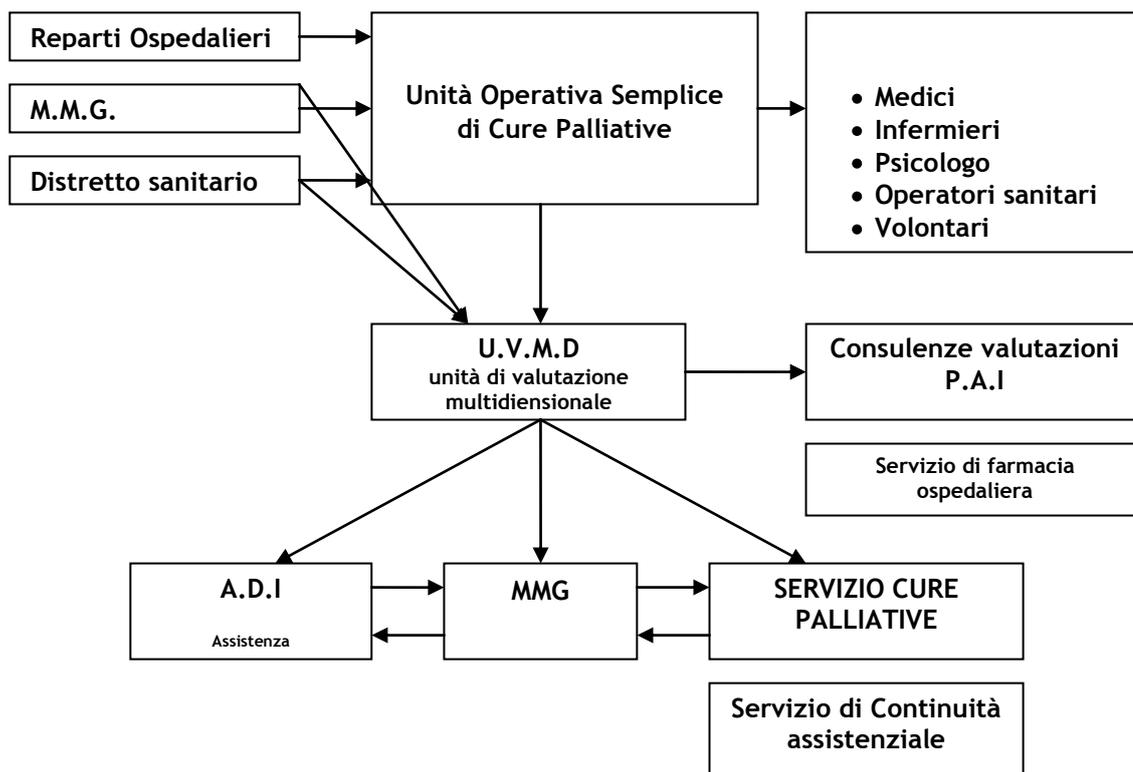
Sviluppi futuri:

La complessità ed il numero crescente dei pazienti che vengono arruolati dal nostro Servizio ci stimola nell'affinamento delle procedure e nell'affiatamento degli operatori in particolare per quanto riguarda l'ottimizzazione di attività che riteniamo importanti quali:

1. interventi domiciliari, anche ad elevata complessità assistenziale (posizionamento cateteri venosi centrali, paracentesi, toracentesi, ecografie diagnostiche ed operative, ecodoppler al letto del paziente, ecc.)
2. consulenze di medicina palliativa per pazienti ospedalizzati o ricoverati presso strutture residenziali;
3. attività ambulatoriale (per malati con sufficiente grado di autonomia);
4. mantenimento della continuità della presa in carico del paziente tramite l'integrazione delle varie opzioni nell'ambito di un unico piano assistenziale;
5. formazione e aggiornamento degli operatori e sensibilizzazione del personale sanitario sia territoriale sia ospedaliero;
6. valorizzazione delle risorse formali e informali presenti nel tessuto sociale, in particolare attraverso una collaborazione organica con le organizzazioni no-profit attive nel settore;
7. organizzazione e partecipazione a progetti di ricerca nel campo delle cure palliative;
8. diffusione tra la popolazione delle informazioni inerenti alle cure palliative, all'accesso ai servizi, ai temi legati alla fine della vita;
9. monitoraggio della qualità dei servizi offerti e dei risultati ottenuti.

Il prevedibile incremento dell'attività, per altro già consolidato in questi ultimi 3 anni, ci induce inoltre a pensare ad un supporto logistico che possa in parte essere fornito da personale volontario che sul territorio coadiuvi l'attività di cura e di assistenza.

A tal fine pensiamo ad iniziative di tipo divulgativo e di tipo collaborativo che coinvolgano alcune Associazioni di volontariato già presenti e da tempo operative sul nostro territorio.



Flow-chart organizzativo della rete di Cure Palliative nell'ambito della A.s.l. 13 Veneto

Riferimenti normativi e bibliografici :

1. *Dino Amadori, Libro italiano di cure palliative, Milano, Poletto, 2007. ISBN: 978-95033-09-9*
2. *Joseph C. Segen, Dizionario di medicina moderna, Milano, McGraw-Hill, 2006. ISBN 978-88-386-3917-3*
3. *Risoluzione del parlamento europeo sulle cure palliative*
4. *Max Watson, Oxford handbook of palliative care, Oxford, Oxford University press, 2005.*
5. *Cristini Carlo, Vivere il morire : l' assistenza nelle fasi terminali, Roma, Aracne, 2007.*

6. *Cicely Saunders, Vegliate con me. Hospice, un'ispirazione per la cura della vita, Bologna, Dehoniane, 2000*
7. *Documento Società Italiana di Cure palliative sulle direttive anticipate*
8. *Prima edizione del libro bianco degli hospice)*

AZIENDA ULSS 14, CHIOGGIA

Progetto 2010 – 2011 per lo sviluppo delle reti di cure palliative dell'adulto (LR 7/2009) nell'Azienda ULSS 14

| OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI | 2010 | 2011 |
|---|---|---|
| Gestione ottimale dell'ammalato oncologico a domicilio nella fase terminale e supporto alla famiglia secondo le modalità previste dalla DGRV 2989 del 22/09/2000 | Implementazione della rete di cure palliative con una più stretta collaborazione tra MMG, C.A. e NCP | Stabilizzazione dell'attività del NCP a regime |
| CRITERI VINCOLANTI | 2010 | 2011 |
| 1. Costituzione di un Nucleo di Cure Palliative (di seguito NCP) per area distrettuale ai sensi dell'art.2 della L.R.7/2009 | Acquisizione del NCP del Distretto di Chioggia nel Piano Aziendale dell'AULSS 14 (delibera 226 del 22/06/2010) e confermata e potenziata con delibera 311 del 27/08/2010. | Conferma e consolidamento del NCP distrettuale aziendale |
| 2. I NNCP devono essere composti da quanto previsto all'art. 10 comma 3, L.R. 7/2009, quale soglia di garanzia di risorse al servizio per i cittadini. Il personale impegnato va inteso ordinariamente a tempo pieno, preferibilmente con una specifica e documentata formazione ed esperienza in cure palliative. Sono possibili coperture di quanto previsto anche con incarichi secondo frazioni non inferiori al 50% del debito orario settimanale previsto contrattualmente per ciascuna figura professionale (pari quindi ad almeno 19 ore settimanali per il medico e lo psicologo, e 18 ore settimanali per le altre figure professionali). Se le dimensioni del territorio di competenza del NCP sopravanzano il bacino indicato (100.000 abitanti), la quota minima di personale andrà integrata in misura proporzionale. Lo stesso criterio si applica qualora i NNCP fossero a bacino interdistrettuale o aziendale. Se attuata una soluzione organizzativa | Con delibera 311 del 27/08/2010 (allegato A) si è provveduto ad adeguare la dotazione agli standard regionali: - Medico Paliativista 19 ore - Psicologo 19 ore - 1,4 Operatori SS dedicati pari a 50 ore/sett - Infermieri Professionali dell'ADI per un totale di ore dedicate pari a 75 ore/sett. Inoltre sono state attivate: - Collaborazione stabile e formalizzata con l'assistente sociale responsabile del SAD comunale - Presenza nel NCP del medico referente della C.A., come previsto nel patto aziendale 2010 | Stabilizzazione del personale del NCP Implementazione nel NCP della partecipazione del volontariato appositamente addestrato con attuazione del progetto adottato con Determina n. 456 del 30/07/2009) |

| | | |
|---|---|---|
| <p>interdistrettuale o aziendale, a tutela delle stesse condizioni d'accesso e disponibilità del servizio, è necessario documentare come s'intende recuperare in tempo di assistenza diretta il maggior onere orario per lo spostamento del personale, derivante da un'unica sede di servizio per un territorio non coincidente con quello di un distretto.</p> <p>Il personale va inteso al netto di quello impegnato per l'assistenza in hospice, qualora operante, essendo quest'ultimo definito ai sensi della normativa vigente per l'autorizzazione al funzionamento della struttura residenziale</p> | (Allegato B) | |
| <p>3. Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì con orario di almeno 12 ore giornaliere.</p> | <p>Presenza degli IP garantita dalle ore 08 alle 20.00 dal lunedì al venerdì</p> <p>Presenza del medico palliativista almeno 3 gg la settimana e reperibilità telefonica per MMG 6gg alla settimana.</p> | <p>Progetto di coinvolgimento dell'UTAP e delle medicine di gruppo per garantire un riferimento o medico h 12</p> |
| <p>4. Ai sensi dell'art.6, comma 2, L.R.7/2009, la descrizione di protocolli di accesso facilitato al sistema d'offerta dell'Azienda, nonché alle strutture private accreditate, per i malati assistiti dal NCP, qualora abbisognino di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP. In particolare, vanno facilitati gli accessi ai servizi ospedalieri, nonché gli eventuali ricoveri che si rendessero necessari</p> | <p>Attuazione degli IOP del P.S. n. 63 del 20/10/09 (Percorso Breve RX Torace) e n. 61 rev. del 17/05/10 (Percorso Breve ORL).</p> <p>Stesura dello IOP n.16 della U.O. Cure Primarie: "Accesso facilitato al P.S. e all'offerta dei servizi ospedalieri" e sua attivazione dal 01/10/10 (allegato C)</p> | <p>Stesura e condivisione con le U.O. ospedaliere interessate di protocolli operativi per problemi specifici quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allestimento e revisione di accesso venoso centrale - Allestimento e revisione di PEG - Emotrasfusioni - Toracentesi - Paracentesi - Revisione di stomie |
| <p>5. Stesura, deliberazione e pubblicizzazione della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08</p> | <p>Sulla base della carta europea, è stato elaborato, un documento aziendale (allegato D) che verrà vagliato con l'URP per una stesura definitiva e successiva diffusione.</p> | <p>Pubblicizzazione della carta aziendale dei diritti del malato a fine vita, presso i MMG ed anche tramite apposito corso formativo per il personale aziendale (territoriale ed ospedaliero), dell'RSA e del Comune (SAD)</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>6. Adozione del sistema informativo per le cure palliative, ai sensi della DGR 1608/08 e dei criteri d'accesso all'hospice, ove operante, secondo la DGR 3318/08</p> | <p>Uso di un file dedicato per i flussi previsti dalla DGRV 1608/08 distinto dai flussi ADIMED. Poiché la nostra Azienda non ha un Hospice, le modalità di accesso (vedi DGRV 3318/08) vengono regolarmente applicate nei casi in cui sia richiesta l'accoglienza in un Hospice di un'altra ULSS</p> | <p>Verifica dei flussi prodotti ed adozione di eventuali correttivi</p> |
| <p>7. L'attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP per quanto di competenza, facendo così convergere, nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la gestione dell'assistenza</p> | <p>Nell'ambito delle riunioni plenarie settimanali del NCP vengono effettuate le UVMD dei nuovi casi e la verifica di quelli già in carico con la partecipazione del MMG del paziente e, se richiesto, dell'Assistente Sociale del Comune. Le riunioni del NCP e le UVMD sono attivate nelle due sedi del distretto: Chioggia e Cavarzere. Tali UVMD sono state delegate dal Direttore di Distretto ai Medici del NCP</p> | <p>Coinvolgimento nelle UVMD di verifica dei volontari addestrati.</p> |
| <p>8. Disponibilità, secondo criteri definiti e deliberati, di tutti farmaci di uso ospedaliero che si rendessero necessari per l'erogazione di cure palliative.</p> | <p>Potenziamento della distribuzione diretta mediante accordi con farmacia ospedaliera in linea con PTO (a breve di area vasta) con rispetto dei tempi minimi di fornitura. Applicazione a tutti i malati NCP del protocollo per la distribuzione dei farmaci in fascia H in analogia già in atto per i pazienti ADIMED</p> | <p>Eventuale elaborazione con la Farmacia dell'Ospedale di protocollo ad hoc per i pazienti del NCP</p> |

| | | |
|--------------|--|--|
| Altre azioni | - Ambulatorio distrettuale per le Cure Palliative - Ambulatorio distrettuale per il sostegno psicologico. | Revisione del protocollo di presa in carico del paziente oncologico in fase avanzata e sua condivisione con i MMG e con U. O. ospedaliere in particolare con la UO di Oncoematologia di recente istituzione. |
|--------------|--|--|

| Criteria di innalzamento della qualità dei servizi | 2010 | 2011 |
|---|---|---|
| 1. Ai sensi dell'art.7, comma 1, L.R. 7/2009, la stesura, deliberazione e attuazione di un piano di riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri per i malati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita, ritenuti inopportuni, con una parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP, | Spostamento di 1,4 (operatore equivalente) OSS dall'Ospedale al Territorio (del. 311 del 27/8/2010) | Spostamento di un IP dall'ospedale dedicato al NCP |
| 2. Istituzione di un servizio attivo (per almeno 4 ore al giorno) anche nei giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica. Il servizio può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale, | Pronta disponibilità infermieristica dalle 13,30 alle 20.00 nei gg prefestivi e dalle 8.00 alle 20.00 nei gg festivi. (IOP 01 del 11/12/2006) Attivazione reperibilità telefonica del MP il sabato mattina | Revisione del protocollo di pronta disponibilità infermieristica con riguardo alle necessità delle cure palliative |
| 3. Istituzione di una reperibilità medica palliativa per i malati nelle fasce orarie (diurne e notturne) di assenza del servizio attivo | E' attiva la reperibilità medica palliativa in fascia oraria diurna nei giorni feriali | Conferma di tale reperibilità |
| 4. Definizione di procedure volte a garantire un supporto clinico al servizio di Continuità Assistenziale da parte di medici con competenza in cure palliative, nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo del NCP. Il supporto può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale, | Non essendo possibile una reperibilità h24 dell'unico MP dell'Azienda è stato attivato un supporto informatico con aggiornamento in tempo reale dei pazienti in carico NCP consultabile dai medici della C.A. | Aggiornamento periodico a cura del MP per i medici della C.A. circa le più frequenti problematiche dei malati terminali |
| 5. Consulenza strutturata, definita e deliberata | Potenziamento della | |

| | | |
|--|--|--|
| del NCP presso le struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali | attività di consulenza del MP presso le U.O. di area medica Assegnazione di altre 5 ore settimanali allo psicologo per consulenza presso la U.O. di oncematologia (Avviso Pubblico del 13/09/2010– Allegato E) | |
| 6.L'istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato e i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica | | Attivazione di una supervisione periodica del personale del Nucleo |
| Altri aspetti particolarmente innovativi | Realizzazione del progetto di formazione e supervisione di n.14 volontari a supporto al NCP nell'ambito del piano della domiciliarietà (Determina 456 del 30/07/2009) (Allegato F) | partecipazione al NCP del volontariato appositamente addestrato |

INDICATORI per il 2010:

- **N° pazienti presi in carico/anno**
- **Sommatoria delle giornate di cura erogate a tutti i pazienti presi in carico / numero totale dei pazienti presi in carico**
- **n° giornate di ricovero ospedaliero per pazienti in carico NCP negli ultimi 60 gg di vita**
- **% dei pazienti deceduti a domicilio**
- **Valutazione Qualità di Vita tramite colloquio e questionario validato da somministrare alla famiglia**

Allegati:

- A) Delibera 311 del 27/08/2010
- B) Patto Aziendale C.A. 2010 delibera n. 328 del 21/09/2010
- C) IOP n. 16 dell'U.O. Cure Palliative: "Accesso facilitato al P.S. e all'offerta dei servizi ospedieri".
- D) Carta dei diritti del malato terminale AULSS 14.
- E) Avviso Pubblico per "n. 1 psicologo per lo sviluppo delle cure palliative e supporto psicologico in ambito ospedaliero" del 13/09/2010
- F) Determina Dirigenziale 456 del 30/07/2009)

| |
|---------------------------------------|
| AZIENDA ULSS 15, ALTA PADOVANA |
|---------------------------------------|

PROGETTO ESECUTIVO 2010 – 2011 PER LO SVILUPPO DELLE RETI DI CURE PALLIATIVE DELL'ADULTO.

CRITERI vincolanti

1. Ai sensi dell'art. 2 della L.R.7/2009, costituzione di un Nucleo di Cure Palliative (di seguito NCP) per area distrettuale. Qualora le dimensioni di un distretto fossero contenute o risultasse più conveniente organizzativamente, è possibile provvedere alla costituzione di NNCP interdistrettuali o aziendali, documentandone le ragioni

2. Conseguimento di quanto previsto all'art. 10 comma 3, L.R. 7/2009. Il personale impegnato va inteso a tempo pieno, preferibilmente con una specifica e documentata formazione ed esperienza in cure palliative. Sono possibili coperture documentate e motivate di quanto previsto anche con incarichi, secondo frazioni non inferiori al 50% del debito orario settimanale previsto contrattualmente per ciascuna figura professionale (pari quindi ad almeno 19 ore settimanali per il medico e lo psicologo, e 18 ore settimanali per le altre figure professionali). Se le dimensioni del territorio di competenza del NCP sopravanzano il bacino indicato (100.000 abitanti), la quota minima di personale andrà integrata in misura proporzionale. Lo stesso criterio si applica qualora i NNCP fossero a bacino interdistrettuale o aziendale.

Il personale va inteso al netto di quello impegnato per l'assistenza in hospice, qualora attivato, essendo definito ai sensi della normativa vigente per l'autorizzazione al

OBIETTIVI 2010

Deliberazione n. 718 del 12/08/2010:

“...l'organizzazione del costituito Nucleo aziendale di CP si articola in un coordinamento centrale interdistrettuale e in un nucleo operativo per ciascuno dei due distretti...”

Deliberazione n. 718 del 12/08/2010:

“...dotare il Nucleo, per le esigenze distrettuali, anche delle seguenti figure professionali: ...n. 2 infermieri da settembre c.a...n. 2 OSS da settembre c.a...”

(N.B. Già presenti: n. 1 medico con funzioni di direzione-coordinamento, n. 1 infermiere, n. 1 collaboratore amm.vo; n. 2 psicologhe 20h/sett; n. 6 tutor MMG; n. 2 direttori cure primarie 5h/sett)

OBIETTIVI 2011

Deliberazione n. 718 del 12/08/2010:

“...dotare il Nucleo, per le esigenze distrettuali, anche delle seguenti figure professionali: ...n. 1 Dirigente Medico, n. 5,5 infermieri, n. 2 assistenti amm.vi, n. 3 OSS...”

funzionamento della struttura residenziale

3. Servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì, con servizio attivo almeno per 12 ore giornaliere

Servizio medico:
presenza di n. 2 medici palliativisti per n. 12h/die su 5gg/die;

servizio infermieristico:
presenza di n. 7,5 infermieri in turnazione per n. 12h/die su 5gg/sett.
Stesura e deliberazione di Protocolli di accesso facilitato al DH oncologico, radiologia e al ricovero presso reparti ospedalieri.

4. Ai sensi dell'art.6, comma 2, L.R.7/2009, la definizione scritta e deliberata di protocolli di accesso facilitato al sistema d'offerta dell'Azienda, nonché alle strutture private accreditate, per i malati assistiti dal NCP, qualora abbisognino di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP. In particolare, vanno facilitati gli accessi ai servizi ospedalieri, nonché gli appropriati ricoveri che si rendessero necessari

5. Stesura, deliberazione e pubblicizzazione della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08

Già stampata e pubblicizzata presso distretti e corsi di formazione.

6. Adozione del sistema informativo per le cure palliative, ai sensi della DGR 1608/08 e dei criteri d'accesso all'hospice, ove attivato, ai sensi della DGR 3318/08

Deliberazione entro fine anno.

Già adottato il sistema informativo ai sensi della DGR 1608/08; attivato sistema informatizzato CARIBEL dei dati; già adottati criteri d'accesso all'hospice All. A DGR 3318/08.

Utilizzo quotidiano sistema informatizzato CARIBEL.

7. Attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP per quanto di competenza, facendo convergere, nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la gestione dell'assistenza

Già esistente "Protocollo operativo: organizzazione e messa in opera delle UVMD"

8. Disponibilità di tutti i farmaci di uso ospedaliero che si rendessero necessari per l'erogazione di cure palliative da parte del NCP a domicilio, in hospice o in altra struttura non ospedaliera

Già esistente nota del Direttore dipartimento farmaceutico.

CRITERI innalzamento qualità servizi

1. Ai sensi dell'art.7, comma 1, L.R. 7/2009, la stesura, deliberazione e attuazione di un piano di riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri, per i malati oncologici, negli ultimi 90 giorni di vita, ritenuti inopportuni, con una parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP

2. Istituzione di un servizio attivo (per almeno 4 ore al giorno) i giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica. Il servizio può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale

3. istituzione di una reperibilità medica palliativa per i malati nelle fasce orarie (diurne e notturne) di assenza del servizio attivo

4. istituzione di procedure per garantire un supporto clinico al servizio di Continuità Assistenziale, da parte di medici con competenza in cure palliative, nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo del NCP. Il supporto può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale.

(NB: i punti 3 e 4 sono tra loro alternativi)

5. consulenza strutturata, definita e deliberata del NCP presso le strutture del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali

6. istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato e i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica (anche in forma interdistrettuale o aziendale)

OBIETTIVI 2010

Formazione per CA;
formazione MMG;

Protocollo per la precoce presa in carico in accordo con gli oncologi.

OBIETTIVI 2011

formazione medici
118;

stesura, deliberazione e attuazione di un piano di riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri con parallela riconversione. servizio infermieristico: presenza di n. 7,5 infermieri in turnazione per almeno n. 4h/die su festivi infrasettimanali e sabato/domenica.

Servizio medico:garantito da patto aziendale con la Continuità assistenziale.

/

Già esistente scheda di attivazione servizio CA con richiesta di programmazione controllo a domicilio (con riferimenti telefonici del MMG + Tutor); già esistente diario clinico a domicilio del paziente. Già esistente servizio di consulenza. Deliberazione entro fine anno.

n. 5 incontri di supervisione agli psicologi da parte del medico con funzioni di direzione-coordinamento; n. 5 incontri ai tutor da parte del medico

specialista in cure
palliative; n. 5 incontri
al personale
infermieristico da
parte degli psicologi
NCP per la
prevenzione del burn-
out e n. 3 incontri su
aspetti di pratica
clinica da parte del
medico con funzioni
di direzione-
coordinamento

| |
|------------------------------------|
| AZIENDA U.L.S.S. 16, PADOVA |
|------------------------------------|

Progetto esecutivo di sviluppo delle cure palliative 2010-2011**1. Introduzione:**

Con l'invecchiamento della popolazione aumentano sempre di più i casi di persone con necessità di "cure di fine vita". La maggior parte di questi sono soggetti affetti da neoplasie in fase avanzata, non più passibili di trattamento. È opinione condivisa che la presa in carico ottimale per questi soggetti non sia a livello dell'ospedale per acuti, ma a livello territoriale, possibilmente garantendo anche la permanenza della persona al proprio domicilio, con la vicinanza dei propri familiari.

Secondo dati ISTAT nella regione Veneto ci sono circa 3 decessi per neoplasia ogni 1000 abitanti ogni anno. Sulla base di tale dato è possibile stimare che tra i residenti nella ULSS 16 di Padova vi siano ogni anno circa 1200 decessi per tumore. Con l'ampliamento del territorio dell'ULSS 16 ai comuni della saccisica (1 Gennaio 2010) questo numero è destinato ad arrivare quasi a 1500 decessi/anno.

Negli scorsi anni sono state numerose le iniziative di formazione dei MMG e del personale dei Distretti per quanto riguarda le Cure Palliative e la gestione del dolore. Nel Giugno 2004 è stato costituito un "nucleo di cure palliative", sovradistrettuale, integrato con la rete dei servizi domiciliari e residenziali, composto dal medico Responsabile dell'Hospice e da dieci medici del Servizio di continuità assistenziale selezionati dopo apposito corso formativo. Tale nucleo è stato inserito nell'Accordo Aziendale con la Medicina Generale e la Continuità Assistenziale (DDG 751/2004).

In applicazione della Legge Regionale n° 7 del 2009, è stato iniziato un percorso di riorganizzazione della rete delle cure palliative per l'adulto nel territorio dell'ULSS 16, al fine di passare da una organizzazione totalmente sovradistrettuale, ad una di tipo distrettuale. Tale percorso è stato delineato all'interno di un progetto presentato alla Regione Veneto ed approvato con DGR 4254 del 29 Dicembre 2009.

Una prima relazione sull'andamento del progetto al primo semestre 2010 è stata inviata alla Regione Veneto in risposta alla nota del 21 Giugno 2010 (prot. 342819 / 50.00.07 / E900.01.2) avente come oggetto "Progetti esecutivi per lo sviluppo delle reti di cure palliative. L.R. 7/2009. art 11 e DGRV 4254 del 29/12/2009. Rendicontazione".

Con il presente documento, oltre a fare il punto sullo stato di raggiungimento degli obiettivi e sulle criticità incontrate, vengono delineate nei dettagli le azioni previste per il periodo 2010-2011, e vengono fissati gli indicatori per monitorare il raggiungimento degli obiettivi.

2. Linee programmatiche per la riorganizzazione della rete delle cure palliative per l'adulto nel territorio dell'ULSS 16.

Le azioni previste ai sensi dell'art.2 della L.R.7/2009 riguardano, in sintesi, quattro diversi macro-obiettivi:

- La revisione della composizione del Nucleo di Cure Palliative sia a livello dei singoli distretti che a livello sovradistrettuale
- La definizione e la condivisione dei percorsi di presa in carico dei pazienti in cure palliative
- L'adeguamento del sistema informativo
- L'informazione alla cittadinanza

A questi quattro punti vanno collegati una serie di obiettivi sulla lotta contro il dolore, che risultano strettamente connessi con le cure di fine vita.

Con il progetto presentato alla Regione Veneto (Allegato 1) l'azienda ULSS 16 aveva identificato per ognuno dei punti precedenti delle azioni generali da portare avanti nel triennio 2009-2011:

- Riprogrammazione della rete dei nuclei di cure palliative (NCP), in linea con quanto previsto ai sensi dell'art. 4, comma 1, L.R 7/2009, ovvero con distribuzione distrettuale, personale dedicato, servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì e funzioni di UVMD
- Attivazione di percorsi di presa in carico ospedale territorio (ammissione e di dimissione protetta).
- Informatizzazione della scheda ingresso agli Hospice ed integrazione del progetto nel Sistema Informativo Aziendale
- Elaborazione della carta dei diritti del malato a fine vita e diffusione della stessa

È infine stata sottolineata la necessità di elaborare una serie di indicatori per la verifica del raggiungimento degli obiettivi (di salute ed organizzativi), in particolare degli indicatori sui ricoveri ospedalieri negli ultimi 90 giorni di vita per i malati oncologici

3. Azioni previste

Nel progetto di riorganizzazione sono state previste azioni riguardanti:

- riprogrammazione della rete dei nuclei di cure palliative (NCP)
- definizione dei percorsi di presa in carico
- sviluppo del sistema informativo
- elaborazione della carta dei diritti del malato a fine vita
- informazione alla cittadinanza

3.1 Riprogrammazione della rete dei nuclei di cure palliative (NCP)

Per quanto riguarda la riprogrammazione della rete dei nuclei di cure palliative (NCP) le azioni previste riguardano:

- Definizione di NCP di per area distrettuale
- Identificazione del personale da dedicare ai NCP
- Formazione del personale dedicato alle cure palliative
- Organizzazione dei Nuclei di Cure Palliative

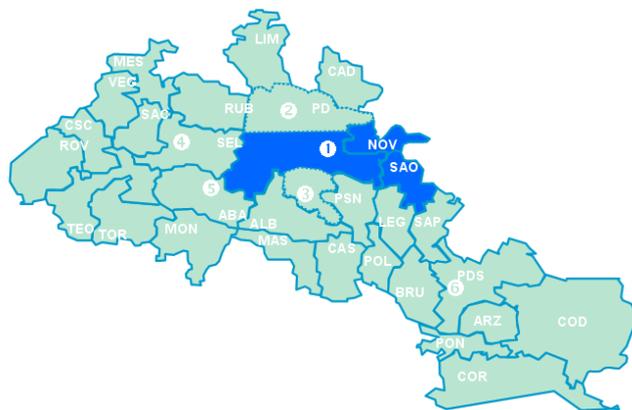
3.1.1 – Definizione di NCP per area distrettuale

Sono stati identificati gli ambiti di competenza dei Nuclei di Cure palliative, facendoli coincidere con gli ambiti territoriali dei distretti.

Si è deciso di costituire un unico NCP sovradistrettuale per i soli Distretti 4 e 5, in giustificazione del fatto che il numero di abitanti complessivo di questi due distretti si assesta attorno ai 100.000 abitanti, e che l'attività infermieristica domiciliare dei due distretti risulta già integrata per quanto riguarda le reperibilità notturne e festive.

Distretto Socio-sanitario n°1

| POPOLAZIONE | Superficie | densità |
|-------------|------------|---------|
| 114054 | 67,51 | 1689 |



Comuni di :

- Padova (Centro, Est, Sud-Ovest),
- Noventa padovana
- Saonara.

Distretto Socio-sanitario n°2

| POPOLAZIONE | Superficie | densità |
|-------------|------------|---------|
| 93915 | 56,57 | 1660 |

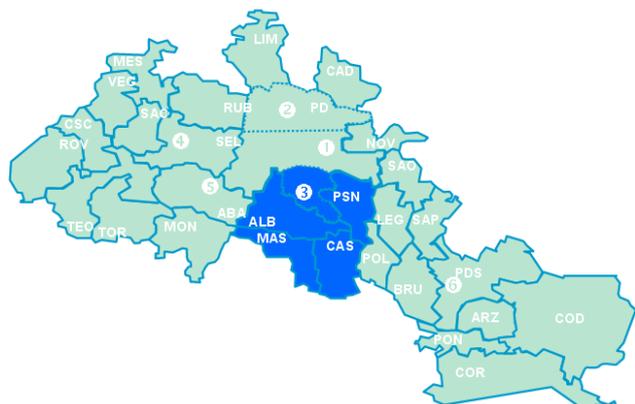


Comuni di:

- Padova (Nord, Ovest)
- Cadoneghe
- Limena

Distretto Socio-sanitario n°3

| POPOLAZIONE | Superficie | densità |
|-------------|------------|---------|
| 97601 | 84,9 | 1150 |

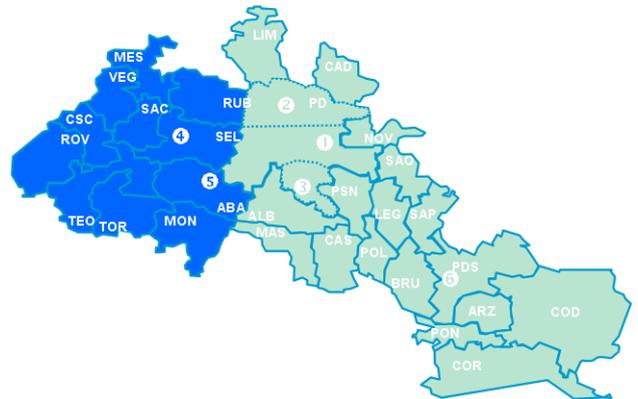


Comuni di:

- Padova (Sud Est)
- Albignasego
- Casalserugo
- Maserà
- Ponte S. Nicolò.

Distretti Socio-sanitari n°4 e 5

| | POPOLAZIONE | Superficie | densità |
|---------------|--------------------|-------------------|----------------|
| DSS 4 | 75962 | 159,59 | 476 |
| DSS 5 | 36626 | 55,57 | 659 |
| Totale | 112588 | 215,16 | 523 |



Comuni di:

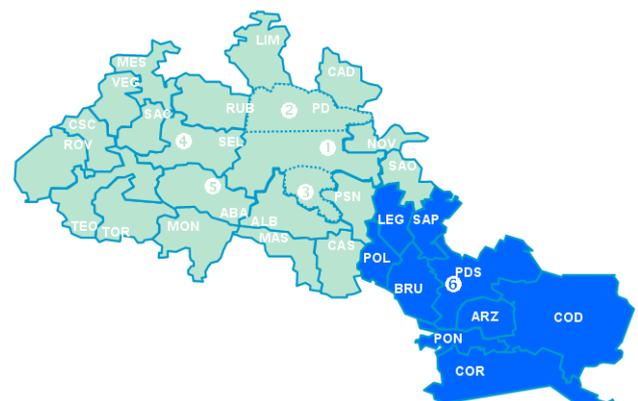
- Abano Terme
- Cervarese Santa Croce
- Mestrino
- Montegrotto Terme
- Rovolon
- Rubano
- Saccolongo
- Selvazzano Dentro
- Teolo
- Torreglia
- Veggiano

Distretto Socio-sanitario n°6

| POPOLAZIONE | Superficie | densità |
|--------------------|-------------------|----------------|
| 64884 | 230,78 | 281 |

Comuni di:

- Arzergrande
- Brugine
- Codevigo
- Corbezzola
- Legnaro
- Piove di Sacco
- Polverara
- Pontelongo
- S. Angelo di Piove



3.1.2 – Identificazione del personale da dedicare ai NCP.

Nel progetto precedentemente presentato alla Regione Veneto l'azienda ULSS16 dichiarava di mettere a disposizione in ogni distretto un nucleo specifico di cure palliative così composto:

- 1) medico palliativista (sovradistrettuale) con funzioni di consulenza al letto del paziente ricoverato, su segnalazione dei reparti ospedalieri (tramite il Se.c.c.), al fine di stabilirne l'eleggibilità alle cure palliative domiciliari, e di consulenza ai medici di cure palliative per i casi più complessi
- 2) medici (di medicina generale) esperti in cure palliative per ogni distretto con funzioni di tutor e di consulenza per i colleghi che ne facessero richiesta. Il MMG curante del paziente rimane responsabile clinico dei pazienti assistiti a domicilio.
- 3) un responsabile di cure primarie con delega da parte del direttore del distretto con funzioni di organizzazione, gestione operativa, individuazione dei bisogni (UVMD)
- 4) infermieri dedicati alle CP: dalle 8.00 alle 20.00 da lunedì a venerdì e dalle 7.30 alle 12.30 il sabato con accessi programmati nelle ore diurne dei giorni festivi in grado di gestire NPT, idratazione, PEG, Pompa elastomerica, cateteri centrali.
- 5) psicologo con formazione sulle cure palliative
- 6) assistente sociale (del comune) nei casi complessi
- 7) operatori addetti all'assistenza forniti su richiesta dal comune in base al regolamento comunale

Oltre a questo è previsto, nei percorsi delle Cure Palliative, il coinvolgimento dei medici della Continuità assistenziale e delle Associazioni di volontariato.

La direzione sanitaria ha previsto nel corso del 2010 di individuare, su base motivazionale e curricolare, tali figure, di programmare per loro un percorso di formazione, e di avviare l'attività di tali figure all'interno dei NCP entro la fine del 2010:

a) medico palliativista (sovradistrettuale)

Il progetto prevede che a livello sovradistrettuale sia identificato un medico palliativista, che diventi punto di riferimento per la rete dei NCP, con funzioni di consulenza clinica per i medici e per gli operatori sanitari impegnati nell'assistenza e di consulenza al letto del paziente ricoverato, su segnalazione dei reparti ospedalieri (tramite il Se.c.c.), al fine di stabilirne l'eleggibilità alle cure palliative domiciliari.

Nel 2009 l'ULSS 16 ha messo a disposizione, a livello sperimentale, un medico palliativista che su richiesta dell'ospedale, svolgesse per i residenti una valutazione al letto del paziente ricoverato con i seguenti scopi:

- condividere con i colleghi ospedalieri i tempi e le modalità della presa in carico del paziente (domiciliarità o residenzialità);
- fungere da tramite con il MMG, con il NCP e con tutta la UVMD

- informare i pazienti sui servizi territoriali e sulle modalità assistenziali;
- effettuare colloqui con i famigliari, per informarli sull'approccio e sulle modalità operative degli hospice/cure palliative

Tale percorso Ospedale-Territorio è attivo da ottobre 2009 in AOP per la dimissione protetta (ADI/Hospice) delle persone affette da patologie oncologiche/in cure palliative. Nel Servizio di Continuità delle Cure (SE.c.c) viene identificato lo snodo di collegamento tra servizi ospedalieri e territoriali. In ogni caso la decisione se assistere la persona a domicilio o in hospice viene presa a seguito di una valutazione multidimensionale (UVMD), tenendo conto di tutti gli aspetti sia socio-assistenziali che di esigenze e desideri del malato, possibilmente quando questi è ancora in carico all'ospedale. Al primo semestre 2010 sono state eseguite 123 visite di consulenza in ospedale.

b) medici esperti in cure palliative

Il progetto prevede, per soddisfare quanto richiesto dalla Legge 7/2009, l'individuazione, da parte della direzione di medici di medicina generale esperti di cure palliative dei diversi distretti. La selezione avviene su base motivazionale e curriculare. Tali medici andranno a far parte delle equipe di Cure Palliative territoriali (NCP).

Nel corso del 2010, è stata predisposta, condivisa ed inviata a tutti i medici di medicina generale operanti nell'ULSS 16, una lettera di richiesta di disponibilità alla partecipazione al progetto. Tra tutti i medici che hanno espresso una disponibilità a svolgere attività di cure palliative, sono stati individuati per ogni area territoriale i medici di cure palliative, con motivazione chiara ed esplicita ad assistere malati terminali, conoscenza adeguata dei problemi specifici legati alla patologia oncologica, attitudine al lavoro in équipe. Tale scelta si è basata sulla disponibilità personale ad aderire al progetto, sulla valutazione delle esperienze pregresse sul campo (ADI Cure Palliative, ecc..) e delle esperienze formative specifiche, che è stato chiesto di documentare. È stato fissato al 30 Agosto 2010 il termine ultimo per inviare le adesioni. Al momento è stata valutata la documentazione fornita ed è in fase di definizione la suddivisione dei medici nelle diverse equipe.

In particolare il medico di medicina generale esperto in cure palliative deve facilitare l'integrazione del MMG (che resta il responsabile clinico del paziente) con il NCP stesso:

- Effettuando la prima visita al domicilio insieme al curante e all'infermiere.
- Partecipando all'UVMD insieme al MMG, al coordinatore (caposala) SIAD, l'infermiere esperto in Cure Palliative SIAD, assistente sociale e responsabile cure primarie del Distretto.
- Fornendo assistenza telefonica o domiciliare al collega o a gli infermieri.
- Partecipando agli incontri periodici di valutazione dei percorsi assistenziali
- Collaborando, con gli altri "nodi" della rete (Oncologia- Ospedale. C.A- Distretto) per "fare sistema".

Gli accessi domiciliari dei medici esperti in cure palliative dovranno essere monitorati a livello di sistema informativo.

Almeno in fase iniziale, per garantire continuità con l'organizzazione precedente, nel distretto 6 (Pieve di Sacco – ex ULSS 14) viene mantenuta la figura del medico palliativista già presente in quel territorio.

c) responsabile di cure primarie

In linea con quanto definito dalla LR 7/2009, che attribuisce le funzioni di UVMD al NCP, il modello proposto dall'ULSS 16 prevede che all'interno del NCP di ogni area territoriale sia compreso anche un medico di distretto/responsabile di cure primarie (non dedicato). Qualora infatti la valutazione del medico di cure palliative evidenzia la necessità di presa in carico da parte del NCP, risulta fondamentale la discussione del caso in UVMD, e la formulazione di un progetto integrato. Tali UVMD dovranno essere fatta in tempi brevi per accelerare il più possibile la presa in carico e ridurre di conseguenza il rischio di ricoveri ospedalieri inappropriati. A livello del sistema informativo di Distretto SID-ADI sarà tracciabile quali UVMD sono state svolte dal NCP.

d) infermieri dedicati alle Cure Palliative:

È prevista la presenza di Infermieri esperti nelle Cure palliative in ogni zona di competenza, in numero variabile secondo le dimensioni del bacino d'utenza del Distretto. La direzione (tramite il servizio assistenza) ha provveduto ad identificare su base motivazionale e curriculare, infermieri da dedicare alle cure palliative per i diversi distretti (tra quelli che operano nei servizi di assistenza infermieristica domiciliari che hanno fatto formazione specifica).

e) psicologo con esperienza in cure palliative

La direzione sta provvedendo al conferimento di incarichi per psicologo nell'ambito delle Cure Palliative. Viene richiesta la Laurea Specialistica in Psicologia Clinica e Requisiti di Formazione/Esperienza in ambito oncologico / cure palliative / fine vita. Il profilo di attività richieste (come da DGR 2989/2000) riguardano:

- sostegno psicologico e relazionale al malato e ai familiari;
- sostegno psicologico e supervisione relazionale al personale addetto alle Cure Palliative domiciliari e residenziali
- partecipazione alla selezione / supervisione dei volontari, attivi nell'équipe;
- contributo nella formazione del personale d'assistenza.

Inizialmente, per far fronte ai bisogni di tutti i NCP la figura dello psicologo avrà valenza sovradistrettuale.

Per garantire al paziente oncologico uniformità nel supporto psicologico ed equità nell'accesso al servizio, verranno cooptate nel progetto anche eventuali risorse psicologiche che le associazioni di volontariato offrono alla cittadinanza; ad esempio dall'associazione CEAV (Cancro E Assistenza Volontaria) onlus, che nel 2010-2011 porterà avanti un progetto di supporto psicologico a domicilio per i pazienti oncologici e le loro famiglie.

3.1.3 Formazione del personale dedicato alle cure palliative.

È stato stilato un progetto formativo, e sono in fase di definizione i dettagli del percorso di formazione, integrato, aperto ai medici ed infermieri che andranno a costituire i NCP. Per queste figure la formazione prevista è sia di tipo residenziale che sul campo (frequenza in hospice).

Nel disegno del percorso formativo, saranno previsti momenti di interdisciplinarietà e momenti differenziati per figura professionale. E' necessario inoltre prevedere nel momento formativo,

almeno per i malati oncologici, un collegamento tra le figure che svolgeranno assistenza a domicilio e quelle che assistono questi pazienti all'interno dei servizi di oncologia.

Il progetto formativo prevede, successivamente, la definizione di un percorso formativo a maggior diffusione, che coinvolga sia il personale dell'ospedale, sia quello che opera nel territorio, con l'obiettivo di diffondere cosa sono le cure palliative, quali siano i principi fondamentali, e come sia strutturata/organizzata la rete dei servizi ed i NCP. Tale percorso potrà essere in parte residenziale, in parte a distanza. È auspicabile un forte collegamento con l'attività della commissione aziendale contro il dolore, che sta già lavorando alla costruzione di linee guida e percorsi di formazione, a livello interaziendale (IOV, Azienda Ospedaliera, ULSS 16).

3.1.4 Organizzazione del Nucleo di Cure Palliative

Il servizio medico/Infermieristico dei NCP è organizzato per essere attivo dal lunedì al venerdì per 12 ore giornaliere.

L'attivazione del NCP può avvenire da parte dell'Ospedale o su segnalazione dei Medici di Cure Primarie al Distretto, come indicato nei percorsi di presa in carico evidenziati oltre.

La copertura notturna e festiva, 7 giorni su 7, dal punto di vista infermieristico, sarà garantita dal servizio di reperibilità infermieristica presente nei servizi di assistenza domiciliare. Si è ipotizzato anche, per assicurare una adeguata copertura notturna e festiva da parte di personale medico, di rivedere l'organizzazione della turnistica di medici di Continuità Assistenziale, prevedendo la presenza in ogni turno di un MCA con esperienza in cure palliative.

3.2 Definizione dei percorsi di presa in carico

Per quanto riguarda la definizione e la condivisione dei percorsi di presa in carico dei pazienti in cure palliative, è stato istituito un "tavolo tecnico" con il mandato di definire tali percorsi all'interno della rete dei servizi territoriali. In quest'ambito è stato costituito un gruppo di lavoro ristretto, costituito da rappresentanti medici ed infermieristici di Distretti, Medici di medicina generale e di continuità assistenziale, servizio assistenza, hospice/NCP, e direzione sanitaria, e da rappresentanze di IOV ed Azienda Ospedaliera, che ha prodotto un documento condiviso.

Per quanto riguarda i percorsi di attivazione del NCP il gruppo ha esaminato innanzitutto quali fossero eventuali percorsi già in atto o in fase di definizione, al fine di tenere un taglio operativo. Sono stati identificati e costruiti una serie di percorsi che riguardano:

- Ospedale-Territorio (dimissione protetta)
- Territorio-Ospedale (ammissione protetta)
- Attivazione del NCP a partenza dal territorio

Questi percorsi andranno condivisi con le rappresentanze della medicina generale e con le direzioni delle altre due aziende presenti nel territorio dell'ULSS 16, per poi essere oggetto di delibera.

È auspicabile anche un forte collegamento con l'attività della commissione aziendale contro il dolore, che ha iniziato la produzione e la diffusione di linee guida (interaziendali) sulla gestione delle diverse tipologie di paziente con dolore, e ha sviluppato delle proposte per garantire la continuità della terapia analgica tra ospedale e territorio e viceversa.

3.2.1 Percorsi Ospedale-Territorio.

Per ridurre un ricorso agli Hospice negli ultimi giorni di vita ed aumentare l'utilizzo delle cure palliative a livello domiciliare, l'ULSS 16, come è stato evidenziato in precedenza, ha messo a disposizione un medico palliativista che su richiesta dell'ospedale, svolgesse per i residenti una valutazione al letto del paziente ricoverato. È stato così definito un percorso Ospedale-Territorio, che è stato proposto dal gruppo interaziendale sulla dimissione protetta (coordinato dal dott. Maurizio Molinari), e che da ottobre 2009 è attivo in AOP per la dimissione protetta (ADI/Hospice) delle persone oncologiche/cure palliative e che identifica nel Servizio di Continuità delle Cure (SECC), lo snodo di collegamento tra servizi ospedalieri e territoriali. Si propone di estendere tale procedura anche alle altre strutture presenti nel territorio, eventualmente adattandola alle singole esigenze.

In ogni caso la decisione se assistere la persona a domicilio o in hospice viene presa a seguito di una valutazione multidimensionale (UVMD) , tenendo conto di tutti gli aspetti sia socio-assistenziali che di esigenze e desideri del malato, possibilmente quando questi è ancora in carico all'ospedale. Per favorire e per velocizzare la comunicazione potranno essere sperimentati anche nuovi strumenti (UVMD con videoconferenza, UVMD breve).

3.2.2 Percorsi Territorio-Ospedale

Un protocollo Territorio-Ospedale per l'ammissione protetta in casi selezionati di malati oncologici o in cure palliative non esiste e va costruito. Uno dei punti di partenza potrebbe essere il percorso del Triage sociosanitario ULSS 16 iniziato nel 2006 (solo per l'OSA) dedicato anche alle persone con dolore cronico oncologico e/o nella fase terminale che accedono al Pronto Soccorso. Verrà costituito un gruppo di lavoro per la definizione di tale percorso.

3.2.3 Attivazione del NCP a partenza dal territorio

Per l'attivazione del NCP a partenza dal territorio, verrà sviluppata una Centrale Operativa a livello distrettuale, integrata con l'attività dei Medici di Continuità Assistenziale..

Nell'ambito dei SIAD oggi il Punto Unico di Accoglienza, definito anche Centrale Operativa del Distretto, è attivo in cinque distretti. Il gruppo è costituito da infermieri case manager e dal Responsabile delle Cure primarie. Il modello assistenziale si basa sul "Prendersi Cura" di persona famiglia/Care giver. La metodologia di lavoro utilizzata è il lavoro in team per progetto. In sintesi questa "centrale operativa":

- Raccoglie tutte le segnalazioni di richiesta di assistenza a domicilio e dimissione protetta dall'ospedale;
- Organizza la fase di valutazione e presa in carico
- Attiva percorsi assistenziali;
- Accoglie la richiesta della persona/famiglia /MMG, la valuta ed individua la risposta più appropriata;

- Fornisce informazioni di base sull'offerta di servizi sanitari, socio sanitari, assistenziali e sociali presenti sul territorio sia domiciliari che residenziali;

Tutti gli infermieri che operano all'interno del Punto Unico attualmente hanno compiuto percorsi formativi sulle Cure Palliative. Si è reso necessario individuare all'Interno del Punto Unico un Infermiere esperto in Cure palliative che oltre a conoscere i percorsi organizzativi e assistenziali per la persona con problemi oncologici, inguaribile e/o terminale avrà il compito di estendere la conoscenza e l'utilizzo di percorsi e strumenti agli altri Infermieri. Inoltre si sta valutando la possibilità di apertura del Punto Unico estensiva al Pomeriggio per garantire una continuità informativa con i professionisti del NCP e favorire l'accessibilità al Servizio alla persona assistita/famiglia /care-giver.

La segnalazione di una persona eleggibile per percorso Cure Palliative può avvenire attraverso: MMG, Infermiere, Famiglia/care-giver, Ass. Sociale al Punto Unico di Distretto, mediante comunicazione telefonica, e-mail, accesso al Punto Unico. Va prevista una modalità di raccolta e passaggio delle informazioni tramite strumenti informatizzati.

L'Infermiere del Punto Unico dedicato alle Cure Palliative organizza una valutazione a domicilio con il Medico MMG, Medico del NCP, Infermiere del NCP per valutazione dei bisogni del paziente e della sua famiglia con particolare attenzione alla loro consapevolezza della malattia, l'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato e per dare informazione e orientare la famiglia sui servizi della rete. Una volta che il paziente viene preso in carico dal NCP viene identificato, per quanto riguarda la gestione infermieristica, l'infermiere referente del caso. Questo infermiere partecipa anche alla UVMD in cui si elaborerà il piano di assistenza del paziente.

Durante il periodo assistenziale per il paziente con Percorso di Cure Palliative, si propone che l'incontro tra Infermieri e MMG e/o Medico NCP avvenga a almeno una volta alla settimana. Saranno inoltre previsti momenti di confronto tra tutto il team che assiste questi pazienti per trasmettere le informazioni utili a garantire la continuità dell'assistenza al fine di migliorare la qualità della presa in carico e analizzare con l'aiuto di indicatori gli esiti.

Durante tutto il percorso assistenziale gli infermieri del Punto Unico svolgono attività di supporto informativo /organizzativo. Al punto Unico dovrà essere disponibile, in attesa che venga informatizzato tale processo, la lista di tutti i soggetti in Cure Palliative, da condividere con la Continuità Assistenziale.

3.2.4 Continuità della terapia farmacologica

Al momento i farmaci di uso ospedaliero sono disponibili anche nel territorio, e in particolare nell'ambito delle cure palliative domiciliari. Il monitoraggio dell'utilizzo di farmaci per la terapia del dolore è anche uno degli obiettivi fondamentali nella valutazione di efficacia del presente progetto.

È auspicabile un forte collegamento del progetto di riorganizzazione delle cure palliative, con l'attività della commissione aziendale contro il dolore, che ha iniziato la produzione e la diffusione di linee guida (interaziendali) sulla gestione delle diverse tipologie di paziente con dolore.

3.3 Informatizzazione

Per quanto riguarda l'adeguamento del Sistema Informativo distrettuale alla nuova rete delle cure palliative le azioni previste nel corso del progetto sono:

- Informatizzazione della scheda ingresso agli Hospice (in fase di completamento).
- Integrazione del progetto di presa in carico da parte del NCP nel Sistema Informativo Aziendale, andando a integrare il SID-ADI (registrazione degli accessi domiciliari) ed il SID-UVMD (registrazione delle UVMD nell'ambito del NCP).
- Sviluppo di una lista consegne informatizzata per i pazienti seguiti dal NCP (da condividere con i medici di continuità assistenziale e gli infermieri reperibili nelle ore notturne e nei fine settimana)

Oltre a questo è stato previsto lo sviluppo di un sistema che permetta, grazie all'integrazione di flussi informativi diversi, il monitoraggio di indicatori, alcuni dei quali previsti dalla DGR 1608/08, quali la mortalità a domicilio, le giornate di presa in carico da parte del NCP e il consumo di oppiacei.

Oltre a questo è previsto lo sviluppo di un portale per le Cure Palliative, dedicato sia agli operatori sanitari che alla collettività, che permetta:

- Formazione/aggiornamento a distanza con metodiche di e-learning
- Consulenza a distanza del NCP per gli operatori dell'ospedale e del territorio
- Diffusione alla popolazione di informazioni sui servizi e dei diritti del malato a fine vita
- Fornire informazioni o indicazioni per via telematica ai care-giver dei pazienti in cure palliative

3.4 Elaborazione e diffusione della carta dei diritti del malato ed informazione alla cittadinanza

La ULSS 16, come da indicazioni regionali, nell'ambito della riorganizzazione dei servizi di cure palliative e per la lotta al dolore, ha deciso di dotarsi di una carta dei diritti della persona con dolore e della persona in condizioni di fine vita.

È stata condotta nel 2010 una analisi delle carte dei diritti presenti in quest'ambito a livello nazionale ed internazionale e sono state identificati i punti principali che andranno a costituire la carta dei diritti.

È stato quindi costituito un tavolo di lavoro al quale è prevista la partecipazione di: direzione sanitaria, URP, Coordinamento dei Distretti Sociosanitari, medici di medicina generale, palliativisti, infermieri che operano nell'ambito delle cure palliative, e rappresentanze del volontariato e delle associazioni dei pazienti, nonché rappresentanze di Azienda ospedaliera e IOV. A questo gruppo verrà dato mandato di confrontarsi sul materiale prodotto e di approvare una proposta di "carta dei diritti", che sarà oggetto di delibera.

Per quanto riguarda l'informazione alla cittadinanza il progetto prevede:

- Diffusione della carta dei diritti del malato a fine vita, tramite materiale informativo e tramite il sito internet aziendale.

- Diffusione alla popolazione di informazioni aggiuntive sui servizi per le cure palliative per via telematica tramite il sito internet aziendale ed il portale (vedi sopra).

4. Risultati attesi

Gli Obiettivi di Salute e organizzativi del progetto sono

1. Miglioramento della presa in carico del paziente in cure palliative da parte di equipe di cure palliative
2. Miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione delle cure palliative nel territorio
3. Messa in rete di tutte le risorse ospedaliere e territoriali disponibili nell'ambito delle cure di fine vita
4. Presa in carico precoce del paziente al termine della terapia curativa con attivazione di percorsi di presa in carico ospedale – territorio
5. riduzione ricoveri inappropriati a fine vita
6. aumento della mortalità extraospedaliera (domicilio / strutture protette) -
7. Controllo adeguato del dolore e degli altri sintomi, nell'ambito delle cure palliative
8. Soddisfazione dell'utenza.

Per valutare il raggiungimento di tali obiettivi, sono stati definiti una serie di indicatori.

1. N° di decessi a domicilio/strutture extraospedaliere o in ospedale sui pazienti in cure palliative e confronto con i decessi prima e dopo l'avvio del progetto.
2. N° di ricoveri negli ultimi 90 giorni di vita per i pazienti in cure palliative
3. N° di consulenze ospedaliere del palliativista rispetto al n° di pazienti segnalati
4. Tempi di permanenza nelle strutture residenziali per le cure palliative (prima e dopo l'avvio del progetto).
5. Consumo di farmaci per la terapia antalgica
6. Distribuzione diretta di farmaci per la terapia antalgica nel territorio

4.1 Riduzione dei ricoveri inopportuni

In particolare il progetto si pone come obiettivo strategico una riduzione dei ricoveri inopportuni, intesi come ricoveri ordinari in reparti di area medica avvenuti negli ultimi 90 giorni di vita per i pazienti deceduti per neoplasia. L'osservatorio regionale sulle cure palliative, difatti, ha individuato questi ricoveri come inopportuni, stimando mediamente un costo per ricovero pari a 3798 euro.

Nella ULSS 16 di Padova dal 2005 al 2008 vi sono stati in media 1220 decessi / anno per neoplasia, senza particolari trend di aumento o di riduzione. Il 66% di questi soggetti sperimenta almeno un ricovero negli ultimi 90 giorni di vita.

Una riduzione del 5% di tali ricoveri inopportuni, con lo sviluppo della rete dei NCP potrebbe portare ad un risparmio superiore ai 200.000 euro. Se tale obiettivo fosse pertanto raggiunto, sarebbe possibile reinvestire almeno una parte di queste risorse per la sostenibilità della rete dei NCP.

PAZIENTI ONCOLOGICI CON RICOVERO NEI 90 GIORNI PRECEDENTI IL DECESSO

| ANNI | N. deceduti con patologia oncologica (a) | N. PAZIENTI (a1) | % ricorso al RICOVERO (a1)/(a) | N. RICOVERI (b) | Ricoveri per Paziente (b)/(a1) | GG. DEG. (c) | D.M. (c)/(b) |
|--------------------|--|------------------|--------------------------------|-----------------|--------------------------------|---------------|--------------|
| 2005 | 1.189 | 810 | 68,12% | 1.254 | 1,55 | 14.720 | 11,74 |
| 2006 | 1.223 | 853 | 69,75% | 1.310 | 1,54 | 14.896 | 11,37 |
| 2007 | 1.291 | 750 | 58,09% | 1.114 | 1,49 | 12.930 | 11,61 |
| 2008 | 1.178 | 828 | 70,29% | 1.248 | 1,51 | 15.545 | 12,46 |
| Totale | 4.881 | 3.241 | 66,40% | 4.926 | 1,52 | 58.091 | 11,79 |
| <i>Valori Medi</i> | <i>1.220</i> | <i>810</i> | | <i>1.232</i> | | <i>14.523</i> | |

Filtri:

- 1) Deceduti per patologie oncologiche (ICD9-CM 140-239 per anni 2005-2007 e ICD10 C00-D48);
- 2) Ricoveri ordinari;
- 3) Ammissione in ospedale nei 90 gg. Precedenti il decesso;
- 4) Reparti di area medica.

5. Criticità incontrate nel primo anno di attività

Un punto critico del territorio dell'ULSS 16 è sicuramente l'estrema complessità. Una delle sue caratteristiche peculiari è infatti la presenza, nello stesso territorio di tre aziende sanitarie (AULSS 16, Azienda Ospedaliera di Padova e Istituto Oncologico Veneto), nonché una presenza molto forte del Privato Preaccreditato e del Privato. Tutti questi servizi devono essere interconnessi tra loro (ospedaliero/territoriale) in una logica di rete. Ai fini del progetto tale complessità ha determinato sicuramente un rallentamento nello sviluppo del progetto, necessari a raggiungere una condivisione dei contenuti a livello interaziendale.

Un secondo punto critico è dovuto al fatto che il bacino d'utenza dell'intera Azienda ULSS copre complessivamente quasi 1/9 di quello totale regionale, con una densità di popolazione tra le più alte in Italia. Questo ha comportato una certa difficoltà a reperire le figure professionali adeguate a svolgere l'attività di NCP.

Oltre a questo il sesto distretto (Piove di Sacco) è stato aggiunto all'ULSS 16 solo a partire dal 1 gennaio 2010 e presenta modalità organizzative diverse dagli altri cinque. Si è dovuta garantire una certa continuità organizzativa con la gestione precedente

Allegato 1 –Progetto presentato in regione nel 2009

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA U.L.S.S. 16 PADOVA

Progettazioni negli ambiti di competenza dei finanziamenti ex art. 11, comma 1, L.R. 7/2009

Area A - Sviluppo delle reti di cure palliative per l'adulto

| TITOLO DEL PROGETTO: LE CURE PALLIATIVE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO TERMINALE: NUOVI PERCORSI DI INTEGRAZIONE TRA L'OSPEDALE E IL TERRITORIO | | | |
|---|---|----------------------------------|---|
| OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI | 2009 | 2010 | 2011 |
| 1. Miglioramento della presa in carico del paziente in cure palliative da parte di equipe di cure palliative | | | |
| 2. Miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione delle cure palliative nel territorio | | | |
| 3. Messa in rete di tutte le risorse ospedaliere e territoriali disponibili nell'ambito delle cure di fine vita | | | |
| 4. Presa in carico precoce del paziente al termine della terapia curativa con attivazione di percorsi di presa in carico ospedale – territorio | | | |
| 5. riduzione ricoveri inappropriati a fine vita | | | |
| 6. aumento della mortalità extraospedaliera (domicilio / strutture protette) - | | | |
| 7. Controllo adeguato del dolore e degli altri sintomi, nell'ambito delle cure palliative | | | |
| 8. Soddisfazione dell'utenza. | | | |
| CRITERI E AZIONI | 2009 | 2010 | 2011 |
| Ai sensi dell'art.2 della L.R.7/2009 ogni A.ULSS deve provvedere alla costituzione di un Nucleo di Cure Palliative (di seguito NCP) per area distrettuale. Documentandone le ragioni, qualora le dimensioni di un distretto fossero contenute o risultasse più conveniente organizzativamente, è possibile provvedere alla costituzione di NNCP interdistrettuali o aziendali | Riprogrammazione della rete dei nuclei di cure palliative | Attuazione di quanto programmato | Valutazione degli indicatori (vedi sotto) |
| In attesa della definizione di standard di personale e di funzionamento (ai sensi dell'art. 4, comma 1, L.R 7/2009) i NNCP devono essere composti da | L'ULSS16 mette a disposizione in ogni distretto un <u>nucleo specifico di cure palliative</u> | | |

| | | | |
|---|--|-------------|---------------------------|
| <p>quanto previsto all'art. 10 comma 3, L.R. 7/2009, quale soglia di garanzia di risorse al servizio per i cittadini. Il personale impegnato va inteso ordinariamente a tempo pieno, preferibilmente con una specifica e documentata formazione ed esperienza in cure palliative. Sono possibili coperture di quanto previsto anche con incarichi secondo frazioni non inferiori al 50% del debito orario settimanale previsto contrattualmente per ciascuna figura professionale (pari quindi ad almeno 19 ore settimanali per il medico e lo psicologo, e 18 ore settimanali per le altre figure professionali). Se le dimensioni del territorio di competenza del NCP sopravanzano il bacino indicato (100.000 abitanti), la quota minima di personale andrà integrata in misura proporzionale. Lo stesso criterio si applica qualora i NNCP fossero a bacino interdistrettuale o aziendale. Se attuata una soluzione organizzativa interdistrettuale o aziendale, a tutela delle stesse condizioni d'accesso e disponibilità del servizio, è necessario documentare come s'intende recuperare in tempo di assistenza diretta il maggior onere orario per lo spostamento del personale, derivante da un'unica sede di servizio per un territorio non coincidente con quello di un distretto.</p> <p>Il personale va inteso al netto di quello impegnato per l'assistenza in hospice, qualora operante, essendo quest'ultimo definito ai sensi della normativa vigente per l'autorizzazione al funzionamento della struttura residenziale</p> | <p>così composto:</p> <p>1) <u>medico palliativista</u> (sovradistrettuale) con funzioni di</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulenza al letto del paziente ricoverato, su segnalazione dei reparti ospedalieri (tramite il Se.c.c.), al fine di stabilirne l'eleggibilità alle cure palliative domiciliari. • Consulenza clinica per i casi più complessi <p>-Tre medici (di medicina generale) <u>esperti in cure palliative per ogni distretto con funzioni di tutor e di consulenza per i colleghi che ne facessero richiesta. Il MMG curante del paziente rimane responsabile clinico dei pazienti assistiti a domicilio.</u></p> <p>-<u>un responsabile di cure primarie</u> con delega da parte del direttore del distretto con funzioni di organizzazione, gestione operativa, individuazione dei bisogni.(UVMD)</p> <p>-<u>infermieri dedicati alle CP:</u> dalle 8.00 alle 20.00 da lunedì a venerdì e dalla 7.30 alle 12.30 il sabato con accessi programmati nelle ore diurne dei giorni festivi in grado di gestire NPT, idratazione, PEG, Pompa elastomerica, cateteri centrali.</p> <p>-<u>psicologo che dovrà avere una formazione sulle cure palliative e svolgerà il suo lavoro in ambito domiciliare distrettuale</u></p> <p>-<u>assistente sociale (del comune)</u> nei casi complessi</p> <p>-<u>operatori addetti all'assistenza</u> forniti su richiesta dal comune in base al regolamento comunale</p> <p>Oltre a questo il NCP coinvolgerà i <u>medici della Continuità assistenziale</u> che saranno forniti dell'elenco dei pazienti in cure palliative seguiti dall'equipe, ed il <u>volontariato.</u></p> | | |
| Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì | Programmazi one | Attivazione | Verifica degli indicatori |
| Ai sensi dell'art.6, comma 2, L.R.7/2009, la descrizione di protocolli di acceso facilitato al | Attivazione di protocolli di <u>dimissione protetta</u> , con | | Attivazione di protocolli |

| | | |
|---|---|--|
| <p>sistema d'offerta dell'Azienda, nonché alle strutture private accreditate, per i malati assistiti dal NCP, qualora abbisognino di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP. In particolare, vanno facilitati gli accessi ai servizi ospedalieri, nonché gli eventuali ricoveri che si rendessero necessari</p> | <p>consulenza del palliativista nei reparti ospedalieri (in tutta la rete dei servizi del territorio ULSS)</p> <p>L'esito della consulenza viene inviato al distretto dal Servizio di Continuità delle Cure (SECC) che provvede anche alla registrazione nel Sistema Informativo. Il Distretto si fa carico di organizzare nel più breve tempo possibile la UVMD.</p> | <p>di <u>ammissione protetta</u> (coinvolgimento di Triage Socio-sanitario / letti di osservazione breve/ day hospital)</p> |
| <p>Ai sensi dell'art.7, comma 1, L.R. 7/2009, la previsione di un piano di riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri per i malati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita, ritenuti inopportuni, con una parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP</p> | | <p>Verifica degli indicatori sui ricoveri ospedalieri negli ultimi 90 giorni di vita per i malati oncologici presi in carico</p> |
| <p>L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08</p> | | <p>Sviluppo della carta dei diritti del malato a fine vita e diffusione della stessa</p> |
| <p>L'integrazione nel progetto del sistema informativo per le cure palliative, ai sensi della DGR 1608/08 e dei criteri d'accesso all'hospice, ove operante, secondo la DGR 3318/08</p> | <p>Informatizzazione della scheda ingresso agli Hospice</p> | <p>Integrazione del progetto nel Sistema Informativo Aziendale</p> <p>Verifica degli indicatori</p> |
| <p>L'attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP per quanto di competenza, facendo così convergere, nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la gestione dell'assistenza</p> | | <p>Il NCP partecipa attivamente alle UVMD come da protocollo presente nel progetto.</p> <p>La UVMD identifica il case-manager.</p> |

| Aspetti di particolare innovazione: | | | |
|--|-------------|---|-------------|
| | 2009 | 2010 | 2011 |
| <p>Istituzione di un servizio attivo anche nei giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica. Il servizio può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale, sebbene in presenza di NNCP distrettuali</p> | | <p>Accessi infermieristici in pronta disponibilità notturna e festiva (lista consegne dei pazienti seguiti dal NCP)</p> <p>Attivazione accessi infermieristici programmati nei festivi e prefestivi</p> | |
| <p>Definizione di procedure volte a garantire un supporto decisionale, da parte di medici con competenza in cure palliative, al servizio di Continuità Assistenziale, nelle fasce orarie di</p> | | <p>Integrazione nella rete di Cure Palliative dei medici della Continuità assistenziale (lista consegne dei pazienti seguiti</p> | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| assenza del servizio attivo del NCP. Il supporto è destinato alla tutela della domiciliarità dell'assistenza ai malati, nonché al contenimento dei ricoveri inopportuni ospedalieri. Il supporto può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale, sebbene in presenza di NNCP distrettuali | | dal NCP) Eventuali percorsi preferenziali di accesso alle strutture residenziali dedicate alle cure palliative per i pazienti seguiti a domicilio dal NCP. | |
| La previsione di una consulenza del NCP presso le strutture del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliera e residenziali | Definizione e attivazione del protocollo di consulenza del palliativista in ospedale | Verifica degli indicatori | |
| La disponibilità di tutti i farmaci, ordinariamente ad uso ospedaliero, che si rendessero necessari per l'erogazione di cure palliative a domicilio o in hospice | | Procedure semplificate per l'accessibilità a tali farmaci nel territorio (eccetto per antitumorali) | |
| Formazione / Aggiornamento del personale impegnato nelle cure palliative | Definizione dei percorsi formativi | Formazione di secondo livello per MMG e INF dedicati al NCP | Formazione di base estesa al personale operante nel territorio |
| Sviluppo di un Portale per le Cure Palliative, dedicato sia agli operatori sanitari che alla collettività, che permetta: <ul style="list-style-type: none"> - Formazione/aggiornamento a distanza con metodiche di e-learning - Consulenza a distanza del NCP per gli operatori dell'ospedale e del territorio - Diffusione alla popolazione di informazioni sui servizi e dei diritti del malato a fine vita - Fornire informazioni o indicazioni per via telematica ai care-giver dei pazienti in cure palliative | | <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo del portale - Diffusione delle informazioni sul portale nella rete dei servizi dell'Azienda ULSS 16 - Diffusione delle informazioni sul portale alla popolazione dei comuni del territorio dell'ULSS 16 | |

INDICATORI:Indicatori Principali:

7. N° di decessi a domicilio/strutture extraospedaliere o in ospedale sui pazienti in cure palliative e confronto con i decessi prima e dopo l'avvio del progetto.
8. N° di ricoveri negli ultimi 90 giorni di vita per i pazienti in cure palliative (confronto prima e dopo l'avvio del progetto)
9. N° di consulenze ospedaliere del palliativista rispetto al n° di pazienti segnalati
10. Tempi di permanenza nelle strutture residenziali per le cure palliative (prima e dopo l'avvio del progetto).

FINANZIAMENTO RICHIESTO:

| Piano Finanziario Indicativo | | | |
|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2009 | 2010 | 2011 |
| Spese per il Personale | 250.000 | 250.000 | 250.000 |
| Attrezzature / Sistema Informativo | 30.000 | 78.000 | 78.000 |
| Materiale di Consumo | 10.000 | 30.000 | 30.000 |
| Attività di Formazione | 10.000 | 50.000 | 50.000 |
| Totale: | 300.000 | 408.000 | 408.000 |

| |
|-----------------------------------|
| AZIENDA ULSS 17, MONSELICE |
|-----------------------------------|

NUCLEO CURE PALLIATIVE TERRITORIALE INTERDISTRETTUALE NCPI**PROGETTO SPERIMENTALE AZIENDA ULSS17**

1 novembre 2010 – 30 giugno 2011

Abstract

Il nucleo di cure palliative è costituito da un team multidisciplinare e multi professionale con competenze sanitarie, psicologiche, sociali e spirituali che prende in carico il malato terminale oncologico e non (es. SLA) ed offre risposte adeguate ai bisogni emergenti.

Il nucleo di cure palliative declina la sua presenza nell'attivazione di competenze diverse che devono essere in grado di collaborare in maniera coordinata ed efficiente, sostenendo modelli assistenziali complessi articolati in più livelli e legati fra di loro in un unico percorso assistenziale.

Il progetto sperimentale prevede quattro punti cardinali:

1. Accoglienza in team
2. Presa in carico con referenza certa ed unica per gli ammalati e le loro famiglie
3. Continuità delle cure
4. Accompagnamento

L'assessment multidimensionale è finalizzato a esplorare con metodo transdisciplinare sette aree:

1. Esame dello stato clinico
2. Verifica delle funzioni mentali
3. Analisi della percezione del dolore
4. Analisi delle capacità funzionali e residue
5. Analisi dell'ansia e dell'angoscia dell'utente, della famiglia e del team.
6. Analisi della sostenibilità familiare e sociale
7. Analisi della sostenibilità etica ed economica

Obiettivo

“FARE TUTTO QUELLO CHE C'È DA FARE QUANDO NON C'È PIÙ NIENTE DA FARE”

Fornire risposte adeguate ai bisogni di pazienti che non rispondono più a terapie causali affrontando dinamicamente i problemi del “Fine Vita”.

Sotto obiettivi

Migliorare le conoscenze e le prassi per una qualità del morire e della presenza attiva del Team per chi rimane.

1. Sostenere e qualificare l'assistenza domiciliare.

2. Facilitare l'utilizzo della rete territoriale delle cure palliative (NCPI, Hospice, ambulatori dedicati alla terapia del dolore e oncologici).

Metodologia

Il progetto si è sviluppato in due fasi: nella prima (luglio-ottobre 2010) è stato messo a punto il modello organizzativo centrato sulla rete.

Nella seconda fase (novembre 2010- 30 giugno 2011) sarà applicato il modello concordato per essere sperimentato sul campo.

Relazioni funzionali prioritarie

- Medici e pediatri di famiglia
- Medici Continuità assistenziale
- Specialisti della terapia antalgica
- Oncologi
- Direttori UOC ospedaliere
- Personale dei distretti
- Servizi sociali dei Comuni e dell'Azienda
- Associazioni di volontariato

Utenti da prendere in carico

Il progetto prevede la presa in carico sia di pazienti considerati per patologia neoplastica con sopravvivenza pari o inferiore ai tre mesi, sia di pazienti affetti da altre patologie non guaribili e che possono trovare giovamento dall'intervento del NCPI nella fase preterminale.

Requisiti per le cure domiciliari

L'utente eleggibile alle Cure Palliative Domiciliari può essere assistito a casa se vengono soddisfatti contemporaneamente i seguenti requisiti:

1. Gruppo familiare e team operatori idoneo a sostenere il carico assistenziale
2. Ambiente abitativo idoneo per spazi, servizi, riscaldamento
3. Livello di complessità e di intensità di cure compatibili con il setting domiciliare
4. Consenso alle cure del malato e della famiglia

Modalità di attivazione del NCPI

1. Dal domicilio (famigliari, MMG, PLS, Operatori Socio Sanitari, Volontari)
2. Dalle UOC Ospedaliere per Dimissione protetta
3. Dagli ambulatori oncologici e di terapia del dolore
4. Dalle residenze protette (RSA, Hospice)

Strumenti utilizzati per l'attivazione

- Modulo attivazione ADI
- SVAMA
- Modulistica ospedaliera (per dimissioni protette e day hospital)
- Ricetta del SSN

Sede operativa di raccolta domanda

- Centrali ADI della UOC Cure Primarie

Presa in carico della domanda e valutazione dell'assessment

- Coordinatore del NCPI, medico dell'UOC Cure Primarie e Coordinatore Infermieristico di riferimento (o suo delegato)

Strumenti di valutazione

| | |
|--|---|
| Esame dello stato clinico | SVAMA Sanitaria, Diario clinico domiciliare |
| Verifica delle funzioni mentali | MMSE, SVAMA cognitiva (SPMSQ) |
| Analisi delle capacità funzionali e residue | Barthel , Karnofsky performance status |
| Analisi della sostenibilità economica | SVAMA sociale |
| Analisi della sostenibilità familiare e sociale | SVAMA, questionario di autovalutazione sul carico assistenziale |
| Analisi della percezione del dolore | VAS, NRS, VRS, STAS |
| Analisi dell'ansia e di altri sintomi dell'utente e della famiglia | STAS |

Tempistica

- ❖ Dal ricevimento della domanda alla valutazione domiciliare sono previste 24h
- ❖ Dalla valutazione domiciliare all'UVMD sono previste 48h

Sarà, inoltre, compito del NCPI

- ✓ promuovere e facilitare Incontri con i Servizi Aziendali e con le Strutture Accreditate individuati, per la definizione delle singole possibilità/percorribilità d'accessi per arrivare alla stesura definitiva e pubblicizzazione di 1 unico protocollo di accesso facilitato alle strutture Aziendali ed Accreditate;
- ✓ formulare analisi conseguenti l'attivazione del Nucleo stesso in termini di minori ricoveri inopportuni con parallela proiezione di riconversione delle risorse ospedaliere recuperabili;
- ✓ formulare proposte per la fornitura di consulenza presso le struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali;
- ✓ L'istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato e i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica.



LA DIMENSIONE ORGANIZZATIVA ATTUALE

TEAM NCP

Responsabile Nucleo Cure Palliative: Dott. Trimarchi Antonino
 Coordinamento Gruppo di Progetto Segreteria Distrettuale

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|--|--|
| <p>n. 8 MEDICI MMG/MCA dedicati</p> <p>per complessive n. 20 ore settimanali</p> | <p>n. 2 Medici collaboranti della UOC Cure Primarie</p> <p>per complessive n. 4 ore settimanali</p> | <p>n. 1 Psicologa incaricata in condivisione ad altro progetto</p> <p>per complessive n. 10 ore settimanali</p> | <p>n. Assistente sociale</p> <p>(in attesa di comunicazioni dal Direttore Sociale)</p> | <p>n. 1 Supervisore Coordinatore Dipartimentale</p> <p>per 126 ore complessive</p> | <p>n. 2 Infermieri coordinatori</p> <p>per 304 ore complessive</p> | <p>n. 11 Team Infermieri territoriali</p> <p>per complessive n. 40 ore settimanali</p> | <p>n. 1 Amministrativo incaricato</p> <p>per complessive n. 36 ore settimanali</p> |
|--|---|---|---|--|--|--|--|

| Criteri d'innalzamento della qualità dei servizi | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|------|------|-------------|------|------|------|------|------|------|------|
| azioni | Ott. 2010 | Nov. | Dic. | Gen 2011 | Feb. | Mar. | Apr. | Mag. | Giu. | Lug. | Ago. |
| Stesura del Piano Aziendale per il trattamento sistematico del dolore acuto e cronico | | | | | | | | | | X | |
| Revisione della modulistica relativa al dolore in uso nelle UO, con la collaborazione dei referenti medici e infermieristici, sullo stato di attuazione della registrazione dell'NRS nella documentazione clinica | | | | | X | | | | | | |
| Adeguamento dell'assetto Aziendale secondo le soluzioni organizzative più convenienti, individuate dal costituito Gruppo di Coordinamento Aziendale per le Cure Palliative e la lotta al Dolore | | | X | | | | | | | | |
| Verifica di congruità sull' andamento delle attività di offerta della rete Cure Palliative Aziendali | | | | | | | | | X | | |
| Studio fattibilità dell'attivazione di un servizio infermieristico attivo(almeno 4 ore al giorno) nei giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica | | X | | | | | | | | | |
| Proposta di istituzione del servizio attivo | | X | X | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|---|---|---|--|---|--|
| Sperimentazione dell'istituzione del servizio attivo | | | | X | X | | | | | | |
| Studio di una proposta volta a garantire un supporto decisionale, da parte di medici con competenza in cure palliative, al servizio di Continuità Assistenziale nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo del NCP, ed ai Reparti Ospedalieri | X | | | | | | | | | | |
| Verifica di fattibilità della proposta individuata (reperibilità medica palliativa) | | | | X | X | X | | | | | |
| Istituzione reperibilità medica palliativa | | | | | | | | | | X | |
| Previsione di una consulenza del NCP presso le struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliera e residenziali | X | | | | | | | | | | |
| Stesura Protocollo d'intesa definito e strutturato della consulenza | | | | | | X | | | | | |
| Applicazione del Protocollo | | | | | | X | | | | | |
| Istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato e i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica | | | | X | X | | | | | | |
| Individuazione del/dei supervisori e modalità attuative | | | | | X | X | | | | | |
| Inizio supervisioni | | | | | | X | X | | | | |
| Valutazione degli esiti delle supervisioni e conseguenti proposte di miglioramento | | | | | | | | X | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|
| Acquisizione degli elementi relativi all'Azienda 17 per la previsione di un piano di riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri per i malati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita, ritenuti inopportuni, con una parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a domiciliare | | X | X | | | | | | | | |
| Criteri d'innalzamento della qualità dei servizi | | | | | | | | | | | |
| azioni | Ott. | Nov. | Dic. | Gen. | Febb | Mar | Apr | Mag | Giu | Lug | Agosto |
| Analisi delle possibili proiezioni di rientro a seconda del modello da adottarsi | | | | | | X | | | | | |
| Rilevazione dei risultati conseguenti l'attivazione del NCPI in termini di minori ricoveri inopportuni con parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate | | | | | | | | | X | | |
| Acquisizione di tecnologie utili ad alleviare sintomi dolorosi, mantenere le funzioni vitali (respiratorie, cardiovascolari, intestinali) nell'ottica della qualità della vita | | | | | | X | X | X | | | |
| Stesura e deliberazione del Piano di Riduzione degli ultimi Ricoveri ospedalieri | | | | | | | | | | X | |

ALLEGATO __A__ Dgr n.

del

pag. 231/317

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| Attuazione del Piano di Riduzione dei Ricoveri | | | | | | | | | | | | X |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

**AZIENDA ULSS 18, ROVIGO****CONTESTO DI PARTENZA**

Nell'Azienda ULSS 18 il sistema per le Cure Palliative era composto da:

- Una SOC Terapia del Dolore e Cure Palliative presso l'Ospedale di Rovigo, con una dotazione di 3 medici esperti in cure palliative, che garantisce la funzione di consulenza e responsabilità clinica ed organizzativa anche per l'hospice di Lendinara.
- Un hospice con 8 posti letto presso il Centro Servizi "Casa Albergo" di Lendinara, con il quale esiste un rapporto in convenzione.
- Una SOC Assistenza Primaria, che garantisce l'assistenza domiciliare infermieristica attiva dal Lunedì al Venerdì dalle ore 7,00 alle ore 18,00, il Sabato ed i festivi dalle ore 8,00 alle ore 14,00, reperibilità il Sabato ed i festivi dalle ore 14,00 alle ore 20,00.

Dai flussi regionali ADIMED è emerso che il numero di pazienti trattati a domicilio, che dovrebbe aggirarsi attorno ai 45 pazienti/giorno, è largamente inferiore all'attesa.

La disponibilità da parte dell'Ente gestore dell'hospice a collaborare anche ad un progetto di Assistenza Domiciliare, consentirebbe di realizzare un sistema per le Cure Palliative in grado di garantire una presa in carico globale del malato oncologico terminale, sia esso assistito in ospedale, in hospice o a domicilio, utilizzando l'esperienza maturata e consolidata nel tempo da parte delle professionalità esistenti sul territorio, opportunamente integrate ed incrementate.

SVILUPPO DEL PROGETTO ANNI 2010 – 2011**CRITERI A CARATTERE VINCOLANTE****1. COSTITUZIONE NUCLEO CURE PALLIATIVE (NCP) PER AREA DISTRETTUALE**

Il NCP è stato costituito con Decreto del Direttore Generale n. 708 del 28.09.2010. Considerata la presenza nel territorio dell'Azienda ULSS 18 di n. 2 distretti omogenei sia dal punto di vista territoriale che demografico, il NCP ha carattere interdistrettuale e prevede una collaborazione interistituzionale fra la SOC Terapia del Dolore e Cure Palliative aziendale, la Direzione dei Distretti e la Casa Albergo per Anziani di Lendinara (RO) che gestisce l'hospice, con la quale è già in essere una convenzione per l'assistenza in hospice, approvata con provvedimento di questa Azienda n. 180 del 15/03/2006, per un periodo di anni 5, con decorrenza 15/03/2006. La sede è stata individuata presso l'Hospice di Lendinara (RO), in maniera da favorire l'integrazione professionale e funzionale con il personale ivi operante e facilitare i percorsi di presa in carico integrata. Inoltre, tale sede si trova in posizione baricentrica rispetto ai due presidi ospedalieri dell'Azienda. La responsabilità tecnico professionale del NCP è stata posta in capo al Direttore della SOC Cure Palliative aziendale mentre gli aspetti organizzativi afferiscono alla SOC Direzione Distretti Socio Sanitari.

2. CONSEGUIMENTO PERSONALE PREVISTO DALL'ART.10 COMMA 3

In base al soprarichiamato Decreto del Direttore Generale n. 708 del 28.09.2010 la

dotazione di personale del NCP, al netto di quello impegnato nell'assistenza in hospice, risulta

così costituita:

- n. 2 Medici esperti in cure palliative, dei quali 1 a tempo pieno ed uno part time, uno dei quali con funzioni anche di responsabilità gestionale ed organizzativa;
- n. 6 Infermieri Professionali, di cui uno con funzioni di coordinamento;
- n. 4 Operatori Socio-Sanitari;
- n. 1 Psicologo

3. SERVIZIO MEDICO ED INFERMIERISTICO

Il Servizio Medico è attivo dalle ore 8,00 alle ore 20,00 dal lunedì al venerdì, festivi esclusi, comprensivo di reperibilità.

Il Servizio Infermieristico è attivo dalle ore 7,00 alle ore 19,00 dal Lunedì al Venerdì

4. DEFINIZIONE PROTOCOLLI DI ACCESSO FACILITATO AL SISTEMA DI OFFERTA DELL'AZIENDA

Sono già attive delle procedure di accesso facilitato all'hospice e nella convenzione con l'Ente gestore dell'hospice sono state individuate le procedure per l'accesso alla struttura ospedaliera, sia per il ricovero che per l'effettuazione di visite e/o accertamenti specialistici. Tutti i trattamenti palliativi sono eseguibili dal personale del NCP, in ospedale qualora non eseguibili in hospice o a domicilio.

Entro la prima metà del 2011 tali procedure saranno inserite in un protocollo generale di accesso facilitato all'intero sistema di offerta dell'Azienda, nonché alle strutture private accreditate, sia ospedaliere che residenziali extraospedaliere e saranno oggetto di un decreto del Direttore Generale.

5. STESURA, DELIBERAZIONE E PUBBLICIZZAZIONE DELLA CARTA DEI DIRITTI DEL MALATO A FINE VITA

Con la costituzione del NCP, entro la prima metà del 2011, sarà predisposta, deliberata e pubblicizzata la Carta dei Diritti del malato a fine vita, ai sensi della DGR 3318/2008.

6. ADOZIONE SISTEMA INFORMATIVO PER LE CURE PALLIATIVE

Entro la fine del 2011 il sistema informativo aziendale sarà adeguato per il supporto del progetto per le cure palliative ai sensi della DGR 1608/2008

7. ATTRIBUZIONE DELLE FUNZIONI DI UVMD AL NCP

Il Regolamento per il funzionamento del NCP, allegato al decreto del Direttore Generale n.708 del 28.09.2010, all'art.5 prevede che il NCP sia attivato dal Medico di Medicina Generale curante o dal medico del reparto ospedaliero che ha in carico l'assistito tramite il modulo prestampato utilizzato per l'Assistenza Domiciliare. Le richieste di attivazione, corredate dalla Scheda di Valutazione Sanitaria S.Va.M.A., unitamente alla Scheda di Valutazione Cognitivo-Funzionale e alla Scheda di Valutazione Sociale, forniscono una serie di notizie di carattere sanitario e socio-economico e permettono di effettuare, seguendo un criterio multi dimensionale, una valutazione funzionale, sociale e clinica di ogni assistito. Tali richieste saranno valutate dall'équipe NCP, composta da medico di Cure Palliative, Infermiere Coordinatore, Psicologo e MMG/PLS curante, la quale avrà anche il compito di indicare un programma di assistenza e/o terapeutico-riabilitativo individuale di massima, utilizzando come strumento operativo la Scheda S.Va.M.A. e provvederà a notificare l'avvenuta presa in carico del paziente al Distretto di residenza. L'équipe potrà essere integrata dall'Assistente Sociale del Comune di residenza dell'assistito, da rappresentanti del volontariato o altri a seconda del progetto assistenziale individuato, assumendo in tal modo le funzioni della U.V.M.D.

8. DISPONIBILITA' DEI FARMACI DI USO OSPEDALIERO

Attualmente l'hospice utilizza farmaci che vengono erogati dall'Azienda ULSS tramite la Farmacia Ospedaliera. Anche i pazienti in Assistenza domiciliare usufruiranno di farmaci forniti dalla Farmacia Ospedaliera.

CRITERI D'INNALZAMENTO DELLA QUALITA' DEI SERVIZI**1. STESURA, DELIBERAZIONE ED ATTUAZIONE DI UN PIANO DI RIDUZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI 90 GIORNI DI VITA, CON PARALLELA RICONVERSIONE DELLE RISORSE OSPEDALIERE RECUPERATE IN RISORSE DESTINATE AL NCP**

Da un'indagine condotta dal Coordinamento Regionale per le Cure Palliative e per la Lotta al Dolore in collaborazione con il Registro Tumori del Veneto è stato inoltre evidenziato che nell'Azienda ULSS 18 è stimabile un 34% di ricoveri inopportuni in area oncologica, con un costo complessivo quantificabile in € 1.546.796, il 21% dei quali determinato da strutture ospedaliere private accreditate o extraaziendali. Lo sviluppo della rete aziendale per le Cure Palliative determinerà una riduzione dei ricoveri inopportuni, soprattutto verso le strutture private accreditate, con una conseguente riduzione dei costi per l'assistenza ospedaliera che

potranno essere riconvertiti in risorse da destinare al NCP per la prosecuzione dell'attività al termine dei 3 anni di finanziamento regionale.

Il sistema informativo aziendale per le Cure Palliative consentirà, tramite un opportuno monitoraggio degli indicatori, di quantificare la riduzioni dei costi ospedalieri ottenuti.

Il piano di riduzione sarà elaborato e deliberato non appena disponibili i dati aggiornati all'anno in corso, comunque entro la fine del 2011.

2. ISTITUZIONE SERVIZIO ATTIVO

Il servizio attivo nei giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica è effettuato in collaborazione con il Servizio Infermieristico Domiciliare dalle ore 8,00 alle ore 14,00.

3. ISTITUZIONE REPERIBILITA' MEDICA PALLIATIVA

Non viene prevista l'istituzione di una reperibilità medica palliativa ma la collaborazione ed il supporto con il Servizio di Continuità Assistenziale, già presente sul territorio durante le fasce orarie di assenza del medico palliativista.

4. ISTITUZIONE PROCEDURE PER GARANTIRE UN SUPPORTO CLINICO AL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Nel corso del 2011 il Servizio di Continuità Assistenziale sarà coinvolto nei percorsi assistenziali dei malati in Cure Palliative, mediante un percorso di formazione specifico, l'individuazione di modalità efficaci di informazione sui pazienti e di supporto agli interventi specifici, con la collaborazione ed il supporto attivo dei medici palliativisti del NCP.

5. CONSULENZA PRESSO LE STRUTTURE DEL SISTEMA DI OFFERTA

Viene già garantita dai medici della SOC Terapia del Dolore e Cure Palliative, componenti del NCP.

6. ISTITUZIONE SUPERVISIONE PERIODICA DEL PERSONALE

Attualmente viene già garantita per il personale operante nell'hospice. In virtù dell'accordo di collaborazione con l'Ente gestore dell'hospice, cui spetterà la selezione del personale per il NCP, escluso il personale medico, tale supervisione verrà estesa anche al personale di Assistenza Domiciliare.

DECRETO

DEL DIRETTORE GENERALE

- Dott. Adriano Marcolongo -

nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale del Veneto

n. 253 del 31.12.2007

OGGETTO: Costituzione del Nucleo Cure Palliative dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo e approvazione regolamento.

Presenti i :

DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dr. Iginio Eleopra

DIRETTORE SANITARIO Dr. Giovanni Pilati

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI -----

SOC Gestione Risorse in Convenzione

Il Direttore della SOC Gestione Risorse in Convenzione riferisce:

Il D.L. n. 450 del 28 dicembre 1998, convertito dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39 recante: "Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000", nel dare disposizioni per la realizzazione di nuove strutture per pazienti terminali, prevede che le regioni e le province autonome assicurino l'integrazione e il coordinamento delle stesse strutture con le attività di assistenza domiciliare e con le altre attività sanitarie presenti nel territorio.

Ai sensi dell'art. 1, comma 1 di tale decreto legge, con D.M. 28 settembre 1999 il Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le

Province Autonome, ha adottato il previsto Programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da garantire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della vita e di quella dei loro familiari.

Con D.P.C.M. 20 gennaio 2000 è stato approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento recante i requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative.

Da ultimo, la Legge 15 marzo 2010, n. 38, recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato.

Secondo il dettato normativo, le «cure palliative» costituiscono 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.

Per «terapia del dolore» deve intendersi, invece, l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore.

Ciò detto in ordine al quadro normativo nazionale, la Regione Veneto ha sviluppato un ampio disegno normativo per lo sviluppo delle cure palliative e la lotta al dolore, al fine soprattutto di garantire un *continuum* di cure nelle varie fasi assistenziali e il coordinamento delle attività sanitarie, dall'ospedale al domicilio, impegnandosi ad attivare una rete assistenziale per i malati terminali.

In particolare, a seguito delle indicazioni contenute nella Legge n. 26.2.1999, n. 39, sono state adottate le DGR 2989/2000, Atto d'indirizzo per le Aziende Socio Sanitarie per la costituzione di una rete di servizi, sia domiciliari che residenziali, e di nuclei di cure palliative, la DGR n. 309/2003, che prevede la costituzione presso le Aziende ULSS e Ospedaliere dei Comitati Aziendali per il dolore, con compiti di promozione della lotta al dolore e di valutazione delle cure antalgiche, sia a livello ospedaliero che domiciliare, nonché la DGR n. 71/2006, che istituisce l'Osservatorio regionale per le Cure Palliative e la lotta al dolore.

Ulteriormente, con Legge Regionale 19 marzo 2009, n. 7, recante "Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore", la Regione Veneto ha inteso garantire adeguate cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita, volte ad assicurare agli stessi ed ai loro familiari una migliore qualità della vita, nonché l'accessibilità a trattamenti antalgici efficaci disciplinando il sistema di tutela delle persone con dolore.

In particolare, il provvedimento legislativo regionale prevede:

- l'impegno delle aziende sanitarie e sociosanitarie alla costituzione di nuclei di cure palliative, di seguito denominati N.C.P., specificandone competenze e compiti, come équipe in grado di governare la rete dei servizi di cure palliative, a livello di singolo distretto e,

- qualora particolari condizioni lo rendessero più vantaggioso, a livello interdistrettuale (art. 2 L.R. n. 7/2007);
- la fissazione di standard di personale e di risorse per consentire un adeguato funzionamento dei nuclei, a garanzia dell'accessibilità alle cure per tutti i cittadini della Regione;
 - la specificità dell'hospice come struttura della rete di cure palliative e la necessità di prevederne la disponibilità secondo criteri di equa distribuzione dei posti letto e accessibilità per i cittadini;
 - la necessità di una particolare tutela dei malati suscettibili di cure palliative lungo tutto il percorso di cura;
 - la promozione di progetti in grado di produrre una reale riconversione dall'attuale sistema di cura fondato sull'offerta ospedaliera verso quello extraospedaliero, maggiormente appropriato rispetto ai desideri ed alle condizioni dei malati;
 - la costituzione di un centro regionale di coordinamento che possa sostenere l'evoluzione del sistema regionale dei servizi, ne possa giudicare i risultati e ne promuova la competenza. A supporto dell'attività del centro viene costituita una commissione composta da esperti in cure palliative e lotta al dolore;
 - la continuità con una tradizione di impegno, soprattutto sostenuta dall'Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore;
 - gli oneri finanziari derivanti dall'applicazione della legge medesima.

Inoltre, la DGR n. 1090/08 contiene l'introduzione del dolore come V parametro vitale e la creazione di una rete di referenti locali per la promozione della lotta al dolore, con l'obiettivo di sensibilizzare e diffondere la cultura della lotta alla sofferenza inutile, mentre con la DGR n. 1608/2008 è stato approvato il documento "Indicatori per le cure palliative" ed istituito il Sistema informativo regionale per le cure palliative.

Nel citato provvedimento regionale il NCP è definito quale "strumento organizzativo indicato dalla DGR n. 2989/00 per la gestione delle cure palliative" nel quale operano almeno le seguenti figure professionali: medico esperto in cure palliative, medico di medicina generale, infermiere, psicologo e assistente sociale. Il NCP ha funzioni di Valutazione Multidimensionale e può avere organizzazione distrettuale, sovradistrettuale o aziendale.

Ulteriormente, il NCP opera per fare in modo che l'erogazione delle cure al paziente avvenga nella sua casa o in hospice, secondo i suoi desideri, ed opera per limitare i ricoveri ospedalieri inappropriati. Garantisce la tempestiva attivazione delle cure al paziente nonché la continuità delle cure fra i diversi livelli assistenziali.

Ciò detto, in applicazione della summenzionata normativa regionale, questa Azienda intende costituire il Nucleo per le Cure Palliative, di seguito denominato NCP, in grado di garantire la presa in carico globale del malato oncologico terminale, sia esso ricoverato in ospedale, in hospice o in regime di assistenza domiciliare, provvedendo a disciplinare il funzionamento del NCP medesimo con apposito Regolamento aziendale, secondo lo schema allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale.(All. A).

Considerata la presenza nel territorio dell'Azienda ULSS 18 di n. 2 distretti omogenei sia dal punto di vista territoriale che demografico, il NCP avrà carattere interdistrettuale e prevederà una collaborazione interistituzionale fra la SOC Terapia del Dolore e Cure Palliative aziendale, la Direzione dei Distretti e la Casa Albergo per Anziani di Lendinara (RO) che gestisce l'hospice, con la quale è già in essere una convenzione per l'assistenza in hospice, approvata con provvedimento di questa Azienda n. 180 del 15/03/2006, per un periodo di anni 5, con decorrenza 15/03/2006.

La sede del NCP viene individuata presso l'Hospice di Lendinara (RO), in maniera da favorire l'integrazione professionale e funzionale con il personale ivi operante e facilitare i percorsi di presa in carico integrata. Inoltre, tale sede si trova in posizione baricentrica rispetto ai due presidi ospedalieri dell'Azienda.

La responsabilità tecnico professionale del NCP sarà posta in capo al Direttore della SOC Cure Palliative aziendale mentre gli aspetti organizzativi afferiranno alla SOC Direzione Distretti Socio Sanitari.

In attesa della definizione di standard di personale e di funzionamento, ai sensi dell'art. 4 comma 1 della L.R. n. 7/2009, il NCP deve essere composto, secondo quanto previsto dall'art. 10 comma 3 della medesima L.R. 7/2009, da un'équipe multiprofessionale formata da un medico esperto in cure palliative, infermieri professionali, operatori socio-sanitari ed uno psicologo in grado di garantire una presa in carico ed una assistenza globale del malato oncologico terminale, sia esso ricoverato in ospedale che in hospice o anche a domicilio. Ciò quale soglia minima di garanzia di risorse al servizio per i cittadini.

Attualmente la dotazione organica del personale prevista dall'art. 4 della convenzione con la Casa Albergo per Anziani di Lendinara, approvata con il citato decreto n. 180/2006, risulta composta da:

- n. 1 medico esperto in Cure Palliative per 12 ore settimanali fino a 4 pazienti, presenza aumentata di 1,5 ore settimanali per ciascun paziente trattato oltre i 4;
- n. 6 Infermieri Professionali, ivi inclusa l'attività di coordinamento;
- n. 4 addetti all'assistenza;
- n. 1 psicologo con impegno orario di 14 ore settimanali;

- n. 1 Assistente Sociale con impegno orario di 6 ore settimanali;
- n. 1 Educatore con impegno orario di 6 ore settimanali;
- n. 1 Fisioterapista con impegno orario di 6 ore settimanali;
- n. 1 Assistente Spirituale con impegno orario di 5 ore settimanali

Per la popolazione attualmente residente nell'Azienda ULSS 18 il NCP dovrebbe disporre della seguente dotazione organica:

- n. 2 Medici esperti in cure palliative, dei quali 1 a tempo pieno ed uno part time, uno dei quali con funzioni anche di responsabilità gestionale ed organizzativa, con copertura oraria 8 – 20 dal lunedì al venerdì, festivi esclusi, comprensiva di reperibilità;
- n. 6 Infermieri Professionali, di cui uno con funzioni di coordinamento, con copertura oraria dal lunedì al venerdì 7 – 19;
- n. 4 Operatori Socio-Sanitari, con copertura oraria quotidiana dal lunedì al venerdì 7 – 19;
- n. 1 Psicologo

Il NCP così costituito andrà ad integrare il personale operante presso l'Hospice in maniera tale da dare luogo ad una unica équipe territoriale che assista i malati terminali, sia a domicilio che in hospice, costituita dalle seguenti figure professionali:

- n. 2 Medici esperti in cure palliative a tempo pieno, uno dei quali con funzioni anche di responsabilità gestionale ed organizzativa, con copertura oraria 8 – 20 dal lunedì al venerdì, festivi esclusi, comprensiva di reperibilità;
- fino a 12 Infermieri Professionali equivalenti, di cui uno con funzioni di coordinamento, con copertura oraria quotidiana 24h/24 per il servizio residenziale, dal lunedì al venerdì 7 – 19 per il servizio domiciliare;
- fino a 8 Operatori Socio-Sanitari equivalenti, con copertura oraria quotidiana 7-21 per il servizio residenziale, dal lunedì al venerdì 7 – 19 per il servizio domiciliare;
- n. 1 Psicologo per un massimo di 38 ore settimanali.

Sarà inoltre disponibile l'Assistente Sociale, l'Educatore, il Fisioterapista e l'Assistente Spirituale, come previsto dall'art.4 delle vigente convenzione per l'Hospice.

In fase di costruzione del progetto assistenziale individuale il NCP adotterà la metodologia valutativa della UVMD, utilizzando come strumento la SVAMA e la scheda di accesso in hospice. Per questo motivo il NCP sarà integrato dal MMG curante e potrà avvalersi del contributo dell'Assistente Sociale del Comune di residenza dell'Assistito, di personale riabilitatore od educatore o da rappresentanti di associazioni di volontariato dedicate, a seconda delle necessità.

I requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi sono definiti in applicazione del DPCM del 20/1/2000.

Per quanto sopra esposto, si propone:

- di procedere alla costituzione del Nucleo per le Cure Palliative dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo con sede presso l'Hospice della Casa Albergo per Anziani di Lendinara (RO);
- di attribuire la responsabilità tecnico professionale del NCP in capo al Direttore della SOC Cure Palliative di questa Azienda;
- di stabilire che gli aspetti organizzativi afferiscano alla SOC Direzione Distretti Socio Sanitari;
- di individuare, a regime, in relazione alla popolazione attualmente residente nell'Azienda ULSS 18, la dotazione organica del NCP;
- di approvare il Regolamento per il funzionamento del Nucleo di Cure Palliative dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo.

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto che il Direttore della struttura proponente, competente dell'istruzione dell'argomento in questione, ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

Richiamata la normativa nazionale: L. n. 39/1999, D.M. 28 settembre 1999 del Ministro della Sanità, D.P.C.M. 20 gennaio 2000 e la L. n. 38/2010;

Vista la Legge Regionale n. 7 del 19/03/2009, recante “Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore”;

Viste le D.G.R.V. n° 2989/2000, 751/2000, 309/2003, 71/2006, 1090/2008, 1608/2008 e 4254/2009;

Richiamato il decreto n. 180 del 15/03/2006, con il quale è stata approvata la convenzione con la Casa Albergo per Anziani di Lendinara per l’assistenza in hospice;

Sentito il parere favorevole dei Direttori Sanitario e Amministrativo, ai sensi dell’art. 3 del D.Lgs. n° 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni e del Direttore dei Servizi Sociali, ai sensi dell’art. 16 della L.R. n° 56/94,

DECRETA

1. di costituire il Nucleo per le Cure Palliative dell’Azienda ULSS 18 di Rovigo, individuando la sede presso l’Hospice della Casa Albergo per Anziani di Lendinara (RO);
2. di attribuire la responsabilità tecnico professionale del Nucleo per le Cure Palliative in capo al Direttore della SOC Cure Palliative di questa Azienda.
3. di stabilire che gli aspetti organizzativi afferiscano alla SOC Direzione Distretti Socio Sanitari;
4. di stabilire, altresì, che, a regime, in virtù della integrazione con il personale operante nell’hospice di Lendinara, in relazione alla popolazione attualmente residente nell’Azienda ULSS 18 ed in base al numero di utenti da assistere il NCP dovrebbe disporre della seguente dotazione organica:
 - 2 Medici esperti in cure palliative a tempo pieno, uno dei quali con funzioni anche di responsabilità gestionale ed organizzativa, con copertura oraria 8 – 20 dal lunedì al venerdì, festivi esclusi, comprensiva di reperibilità;
 - fino a 12 Infermieri Professionali, di cui uno con funzioni di coordinamento, con copertura oraria quotidiana 24h/24 per il servizio residenziale, dal lunedì al venerdì 7 – 19 per il servizio domiciliare;
 - fino a 8 Operatori Socio-Sanitari, con copertura oraria quotidiana 7-21 per il servizio residenziale, dal lunedì al venerdì 7 – 19 per il servizio domiciliare;
 - 1 Psicologo per un massimo di 38 ore settimanali.

Sarà inoltre disponibile l’Assistente Sociale, l’Educatore , il Fisioterapista e l’Assistente Spirituale, come previsto dall’art.4 delle vigente convenzione per l’Hospice.

5. di approvare il Regolamento per il funzionamento del Nucleo di Cure Palliative dell’Azienda ULSS 18 di Rovigo, secondo lo schema allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale – All. A.

6. di stabilire che con successivo separato atto sarà approvato lo schema di convenzione con la Casa Albergo per Anziani di Lendinara per lo sviluppo del programma aziendale delle cure palliative.

Il Responsabile del procedimento: dr.ssa Elisabeth Girardi

**REGOLAMENTO
PER IL FUNZIONAMENTO DEL NUCLEO DI CURE PALLIATIVE (NCP)
DELL'AZIENDA ULSS 18 - ROVIGO**

ART. 1 - Definizione, composizione generale e compiti

Le cure palliative nell'Azienda ULSS 18 sono garantite tramite un nucleo dedicato, il quale si articola in un'equipe multiprofessionale composta da un medico esperto in cure palliative, infermieri professionali, operatori socio-sanitari ed uno psicologo in grado di garantire una presa in carico ed una assistenza globale del malato oncologico terminale, sia esso ricoverato in ospedale che in hospice o anche a domicilio.

Il Nucleo di Cure Palliative (NCP) può essere integrato dal MMG o PLS curante e può avvalersi del contributo dell'Assistente Sociale del Comune di residenza dell'assistito, di personale riabilitatore od educatore o da rappresentanti di associazioni di volontariato dedicate, a seconda delle necessità.

In sostanza il NCP:

- a) individua il bisogno del malato e della sua famiglia;
- b) provvede alle modalità di intervento e di assistenza adeguate all'evoluzione della patologia, secondo efficacia e nel rispetto della dignità della persona;
- c) gestisce la rete per le cure palliative, formata dai servizi domiciliari, ambulatoriali e residenziali (hospice) presenti sul territorio aziendale, nel rispetto dei desideri del malato e della continuità delle cure;
- d) fornisce consulenza a tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie che ospitano temporaneamente o stabilmente malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita.

ART.2 – Destinatari dell'intervento del Nucleo di Cure Palliative

Sono destinatari dell'intervento del NCP i malati oncologici in fase terminale, individuabili sulla base della presenza contemporanea dei seguenti tre criteri:

- Terapeutico: assenza, esaurimento od inopportunità di trattamenti specifici volti alla guarigione o al rallentamento della malattia

- Sintomatico: presenza di sintomi invalidanti con una riduzione del performance status inferiore a 50, secondo la scala di Karnofsky
- Temporale: previsione di sopravvivenza inferiore a 3 mesi.

Il criterio terapeutico è verificato di norma dall'oncologo, mentre i criteri clinici e prognostici sono analizzati dal NCP.

ART.3 - Sede

Il NCP viene previsto come unico per tutta l'Azienda ULSS ed assume carattere interdistrettuale. La sua sede viene individuata presso l'Hospice "Casa del Vento Rosa" di Lendinara.

ART.4 – Dotazione organica, orario di attività e dotazione strumentale

A regime, in virtù della integrazione con il personale operante nell'hospice di Lendinara, in relazione alla popolazione attualmente residente nell'Azienda ULSS 18 ed in base al numero di utenti da assistere, il NCP dovrebbe disporre:

- 2 Medici esperti in cure palliative a tempo pieno, uno dei quali con funzioni anche di responsabilità gestionale ed organizzativa, con copertura oraria 8 – 20 dal lunedì al venerdì, festivi esclusi, comprensiva di reperibilità;
- fino 12 Infermieri Professionali equivalenti, di cui uno con funzioni di coordinamento, con copertura oraria quotidiana 24h/24 per il servizio residenziale, dal lunedì al venerdì 7 – 19 per il servizio domiciliare;
- fino a 8 Operatori Socio-Sanitari equivalenti, con copertura oraria quotidiana 7-21 per il servizio residenziale, dal lunedì al venerdì 7 – 19 per il servizio domiciliare
- 1 Psicologo per un massimo di 38 ore settimanali.

Sarà inoltre disponibile l'Assistente Sociale, l'Educatore, il Fisioterapista e l'Assistente Spirituale, come previsto dall'art.4 delle vigente convenzione per l'Hospice.

Per l'attività domiciliare e gli spostamenti del personale sul territorio aziendale, il NCP sarà dotato di almeno n.3 automezzi.

ART.5 – Modalità di attivazione

Le richieste di attivazione del NCP sono effettuate tramite il modulo prestampato utilizzato per l'Assistenza Domiciliare e potranno essere formulate dal Medico di Medicina Generale curante o dal medico del reparto ospedaliero che ha in carico l'assistito.

Tali richieste vanno inoltrate alla sede del NCP corredate dalla Scheda di Valutazione Sanitaria S.Va.M.A.. Tale scheda, completata dalla Scheda di Valutazione Cognitivo-Funzionale e dalla Scheda di Valutazione Sociale fornisce una serie di notizie di carattere sanitario e socio-economico e permette di effettuare, seguendo un criterio multi dimensionale, una valutazione funzionale, sociale e clinica di ogni assistito.

Tutte le richieste saranno valutate dall'équipe NCP, composta da medico di Cure Palliative, Infermiere Coordinatore, Psicologo e MMG/PLS curante, la quale avrà anche il compito di indicare un programma di assistenza e/o terapeutico-riabilitativo individuale di massima, utilizzando come strumento operativo la Scheda S.Va.M.A. e provvederà a notificare l'avvenuta presa in carico del paziente al Distretto di residenza. Tale equipe potrà essere integrata dall'Assistente Sociale del Comune di residenza dell'assistito, da rappresentanti del volontariato o altri a seconda del progetto assistenziale individuato.

ART.6 – Collaborazione Azienda ULSS 18 – “Casa Albergo” di Lendinara

La Casa Albergo per Anziani di Lendinara, ad integrazione di quanto già previsto nello specifico accordo per la gestione dell'Hospice, mette a disposizione, per quanto di interesse, gli spazi di cui al Centro di Cure Palliative (hospice), completi di arredi e di attrezzature tecniche.

La Casa Albergo di Lendinara mette, inoltre, a disposizione del NCP il personale infermieristico, di assistenza socio-sanitaria e lo psicologo di cui all'art. 4, già a regime secondo lo standard previsto per l'hospice ed a progressivo incremento fino al completo regime in base al numero di assistiti per l'Assistenza Domiciliare.

Il personale impiegato, nei cui confronti si attueranno specifiche iniziative formative, in accordo con il Responsabile del NCP, dovrà essere in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente.

Per tutti i pazienti presi in carico dal NCP, sia in regime di ricovero in hospice che in Assistenza Domiciliare, l' Azienda ULSS garantisce, assumendone i relativi oneri:

- il supporto professionale di medici esperti in cure palliative, di cui uno con funzioni di responsabilità;

- prestazioni specialistiche, ambulatoriali o domiciliari e presso la struttura residenziale, quando le stesse non necessitano di particolari dotazioni strumentali;
- prestazioni specialistiche di laboratorio e di diagnostica strumentale presso le strutture dell' Azienda ULSS;
- la continuità dell'assistenza medica notturna, festiva e prefestiva tramite il servizio di Continuità Assistenziale e la continuità infermieristica tramite il Servizio Infermieristico della SOC Assistenza Primaria;
- l'effettuazione dei trasporti primari e di urgenza secondo quanto disposto dalla circolare n.1645/20M11 del 07.05.1999;
- almeno 3 automezzi per gli spostamenti del personale del NCP sul territorio
- la fornitura gratuita dei farmaci e dei presidi sanitari necessari.

ART. 7 – Percorsi assistenziali

Verrà costituito un Gruppo di Lavoro che entro 12 mesi dalla entrata in vigore del presente Regolamento dovrà elaborare i protocolli ed i percorsi di cura ed assistenza e di accesso facilitato ai servizi ospedalieri e distrettuali nonché di ricovero, sia ospedaliero che in hospice, dei malati presi in carico. Tale Gruppo di Lavoro dovrà anche definire le modalità di rapporto con il Centro di Riferimento Regionale di Cure Palliative e Terapia Antalgica Pediatrica

Tale Gruppo di Lavoro sarà così composto:

- 1 medico della SOC Terapia del Dolore e Cure Palliative
- 1 medico della SOC Assistenza Primaria
- 1 MMG
- 1 PLS
- 1 medico del Servizio di Continuità Assistenziale
- il coordinatore infermieristico dell'hospice
- 1 rappresentante della "Casa Albergo" di Lendinara
- 1 medico di distretto con funzioni di coordinamento

ART.8 – Indicatori di attività del NCP

- n. malati in carico per anno
- n. nuovi malati presi in carico per anno
- n. malati assistiti in hospice per anno
- n. malati assistiti in Assistenza Domiciliare per anno
- n. malati deceduti totali per anno
- n. malati deceduti in hospice per anno
- n. malati deceduti a domicilio per anno
- n. malati deceduti in ospedale per anno
- n. giorni di assistenza in hospice per anno
- n. giorni di assistenza a domicilio per anno
- n. accessi domiciliari infermieristici per anno
- n. accessi domiciliari del personale di assistenza per anno
- n. accessi domiciliari MMG/PLS per anno

- n. accessi domiciliari medico CP per anno
- n. ricoveri in ospedale per anno
- n. giorni di ricovero in ospedale per anno

I dati necessari alla rilevazione di tali indicatori saranno trasmessi, ciascuno per la propria competenza, alla direzione dei Distretti dell'Azienda ULSS 18 con cadenza mensile.

ART.9 - Carta dei diritti del malato a fine vita

Viene prevista la Carta dei diritti del malato a fine vita, disposta ai sensi della D.G.R. 1609/2008, "Approvazione del documento:Tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita e dei malati con dolore."

ART.10 – Sistema informativo per le cure palliative

Il Sistema Informativo regionale per le cure palliative, di cui alla DGRV n. 1608/2008, è concepito per raccogliere dati che, per ogni realtà operante, descrivano la struttura, i processi assistenziali, l'esito delle cure e dell'assistenza prestate, nonché l'attività di formazione continua. Per ogni indicatore proposto l'attribuzione di uno standard sarà oggetto di una successiva valutazione. Fanno eccezione gli indicatori ministeriali definiti con DMS n. 43 del 22 febbraio 2007.

Il Sistema Informativo dovrà essere coerente e integrato con il fascicolo sanitario in uso nell'Azienda ULSS.

Pareri favorevoli, per quanto di competenza:

IL DIRETTORE GENERALE

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.to Iginio Eleopra

f.to Adriano Marcolongo

IL DIRETTORE SANITARIO f.to Giovanni Pilati

IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI f.to Carlo Scapin

IL FUNZIONARIO VERBALIZZANTE

f.to Patrizia Davi'

AZIENDA ULSS 19, ADRIA

Progetti 2010 – 2011 per lo sviluppo delle reti di cure palliative dell'adulto.

Contributo economico ai sensi della L.R. 7/2009, art. 11.

**OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI
PER I PAZIENTI IN CURE PALLIATIVE**

- Migliorare l'organizzativo dell'assistenza alle persone in cure palliative;**
- Fornire un'assistenza qualitativamente efficace mantenendo le persone nel proprio ambito familiare e domiciliare;**
- Garantire il sostegno e la preparazione dei caregivers nelle pratiche assistenziali;**
- Garantire a domicilio interventi assistenziali multiprofessionali con i soggetti della rete integrati tra di loro;**
- Ridurre la durata ed il numero dei ricoveri ospedalieri dei pazienti terminali;**
- Aiutare familiari e pazienti al decesso a domicilio;**
- Garantire a domicilio i vantaggi sanitari, sociali e psicologici.**

| CRITERI DI PROGETTAZIONE | 2010 | 2011 |
|---|---|--|
| A) Criteri a carattere vincolante | | |
| <p>1. Ai sensi dell'art. 2 della L.R. 7/2009, costituzione di un nucleo di Cure Palliative (di seguito NCP) per area distrettuale. Qualora le dimensioni di un distretto fossero contenute o risultasse più conveniente organizzativamente, è possibile provvedere alla costituzione di NNCP interdistrettuali o aziendali, documentandone le ragioni;</p> | <p>Aggiornamento del "nucleo cure palliative" per le necessità del Team.</p> <p>Decreto Azienda Ulss 19 n.320 del 05.05.2010.</p> | <p>Aggiornamento del "nucleo cure palliative" per le necessità emergenti nella prosecuzione del progetto.</p> |
| <p>2. Conseguimento di quanto previsto all'art. 10 comma 3, L.R. 7/2009. Il personale impegnato va inteso a tempo pieno, preferibilmente con una specifica e documentata formazione ed esperienza in cure palliative. Sono possibili coperture documentate e motivate di quanto previsto anche con incarichi, secondo frazioni non inferiori al 50% del debito orario settimanale previsto contrattualmente per ciascuna figura professionale (pari quindi ad almeno 19 ore settimanali per il medico e lo psicologo, e 18 ore settimanali per le altre figure professionali). Se le dimensioni del territorio di competenza del NCP sopravanzano il bacino indicato (per 100.000 abitanti), la quota minima di personale andrà integrata in misura proporzionale. Lo stesso criterio si applica qualora i NNCP fossero a bacino interdistrettuale o aziendale.</p> <p>Il personale va inteso al netto di quello impegnato per l'assistenza in hospice, qualora attivato, essendo definito ai sensi della normativa vigente per l'autorizzazione al funzionamento della struttura residenziale;</p> | <p>Previste le seguenti figure professionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 ore settimanali infermiere di distretto - 18 ore settimanali al medico -6 ore settimanali di psicologo | <p>A regime con le seguenti figure dedicate:</p> <p>82 ore settimanali di infermieri suddivise in:</p> <ul style="list-style-type: none"> -2 infermieri a tempo pieno per l'assistenza domiciliare -10 ore settimanali di infermiere per terapia antalgica. 28 ore settimanali di psicologo 28 ore settimanali di medico 2 OO.SS.SS.: -1 a tempo pieno -1 a 18 ore settimanali. |

| | | |
|--|--|--|
| 3. Servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì con orario almeno di 12 ore giornaliere. | Servizio attivo dal lunedì al venerdì | Servizio attivo sulle 12 ore |
| 4. Ai sensi dell'art. 6, comma 2, L.R. 7/2009, la definizione scritta e deliberata di protocolli di accesso facilitato al sistema d'offerta dell'Azienda, nonché alle strutture private accreditate, per i malati assistiti dal NCP, qualora abbisognino di approfondimento diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP. In particolare vanno facilitati gli accessi ai servizi ospedalieri, nonché gli eventuali ricoveri che si rendessero necessari; | Avvio dei percorsi di facilitazione al sistema "offerta Azienda Ulss 19". | Messa a regime dei percorsi/protocolli di facilitazione. |
| 5. Stesura, deliberazione e pubblicizzazione della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR 1609/08; | Redatte procedure: -comunicazione con i pazienti a fine vita -carta dei diritti di fine vita. Deliberazione delle stesse. | Revisione delle procedure per le necessarie modifiche ed integrazioni. |
| 6. Adozione del sistema informativo per le cure palliative ai sensi della DGR 1608/08 e dei criteri d'accesso all'hospice, ove attivato, ai sensi della DGR 3318/08. | Previsto un sistema informativo per le cure palliative e iniziale attivazione. | Adozione del sistema informativo ai sensi della DGR 1608/08 |
| 7. Attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP per quanto di competenza, facendo convergere nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la gestione dell'assistenza. | Messa a regime del sistema funzioni UVMD al NCP. | Continuità del sistema organizzativo ed integrazioni. |
| 8. Disponibilità secondo criteri definiti e deliberati, di tutti i farmaci di uso ospedaliero che si rendessero necessari per l'erogazione di cure palliative; | Messa a regime. | Continuità messa a regime. |
| B) Criteri d'innalzamento della qualità dei servizi | 2010 | 2011 |
| 1. Ai sensi dell'art. 7, comma 1, L.R. 7/2009, la stesura, deliberazione e attuazione di un piano di riduzione degli ultimi ricoveri ospedalieri per i malati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita, ritenuti opportuni, con una parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP; | Attivazione servizio ospedaliero e della medicina di continuità assistenziale (guardia medica) | Istituzione servizio attivo extraospedaliero |

| | | |
|---|--|--|
| 2. Istituzione di un servizio attivo (per almeno 4 ore al giorno) i giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica. Il servizio può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale; | Attivo recapito telefonico festivo e notturno | Come per il 2010 |
| 3. Istituzione di una reperibilità medica palliativa per i malati nelle fasce orarie (diurne e notturne) di assenza dal servizio | Attiva reperibilità telefonica | Come per il 2010 |
| 4. Istituzione di procedure per garantire un supporto clinico al servizio di Continuità Assistenziale, da parte di medici con competenza un cure palliative, nelle fasce orarie di assenza del servizio attivo del NCP. Il supporto può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale. <i>NB: i punti 3 e 4 sono tra loro alternativi.</i> | Istituzione di procedure operative | Applicazione procedure |
| 5. Consulenza strutturata, definita e deliberata del NCP presso le strutture del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali; | Attivo per nucleo stati vegetativi in struttura residenziale protetta | Estensione ai ricoveri ospedalieri con medesima prassi descritta per il 2010 |
| 6. Istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato e i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica (anche in forma interdistrettuale o aziendale); | Supervisione ed aiuto del personale assistenziale, su malati e loro familiari. | Attivazione dei gruppi di auto-mutuoaiuto. |

AZIENDA ULSS 20, VERONA**PROGETTO ESECUTIVO****SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE****ai sensi della L.R. 7/2009 e della L. 38/2010****biennio 2010-2011****1.0 - OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI****1.1 - Premesse**

L'obiettivo generale dell'Azienda nel prossimo biennio 2010-2011 è di sviluppare ulteriormente la propria rete di cure palliative, per garantire ad almeno il 65% dei deceduti per patologia neoplastica ogni anno di ricevere un'adeguata assistenza secondo un approccio palliativo. La protezione della qualità di vita residua dovrà essere l'impegno prioritario di tutti i professionisti della salute, con il supporto di una specifica rete di servizi con particolare competenza, in grado di gestire i malati con maggiore gravità e complessità clinico-assistenziale e di essere il riferimento per l'unità di cura intesa in senso più ampio del malato e della sua famiglia.

Gli obiettivi specifici possono essere così riassunti:

- completare l'operatività dei nuclei di cure palliative nei Distretti 3 e 4 e istituire i suddetti nuclei anche nei Distretti 1 e 2;
- ampliare la fascia oraria di operatività del servizio medico e infermieristico ad almeno 12 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e assicurare un servizio attivo di cure palliative di almeno 4 ore giornaliere nei giorni prefestivi e festivi;
- istituire una reperibilità telefonica notturna, prefestiva e festiva di medici palliativisti, rivolta ai Medici curanti e ai Medici del Servizio di Continuità Assistenziale;
- maggiore coinvolgimento dei Medici del Servizio di Continuità Assistenziale e dei Medici di Medicina Generale, anche attraverso l'utilizzo di specifici Accordi Aziendali incentivati;
- ridurre il numero di ricoveri ospedalieri, seguiti dal decesso, negli ultimi 20 giorni di vita, con analogo riduzione dei ricoveri negli ultimi 90 giorni di vita;
- promuovere la misurazione del dolore e degli altri sintomi principali al 100% dei pazienti in carico, con l'utilizzo di scale validate;
- procedere nella stesura, deliberazione e pubblicizzazione della Carta dei diritti del malato a fine vita;

2.0 - LA SITUAZIONE ATTUALE

Da molti anni l'Azienda ha impegnato ingenti risorse per sviluppare l'assistenza ai pazienti oncologici in fase avanzata o terminale, sia incrementando l'assistenza domiciliare che attivando i due Hospice di Cologna Veneta e Marzana, secondo quanto previsto dalle indicazioni normative nazionali e la programmazione regionale.

Si è ottenuto ad un progressivo aumento del numero di pazienti assistiti, anche per il significativo ruolo affidato agli Hospice, che affiancano e sostengono il sistema di cure domiciliari.

2.1 - I DATI

Tab. 1 - Malati in fase avanzata di malattia o a fine vita, ai quali sono state offerte cure palliative nel 2009

| Malati | Oncol. | Neurol. | Cardiol. | Pneumol. | Altri | Totali |
|---------------------------------|---------------|----------------|-----------------|-----------------|--------------|---------------|
| In assistenza al 1/1/09 | 126 | 17 | 20 | 4 | 160 | 327 |
| Nuovi assistiti del 2009 | 655 | 108 | 172 | 24 | 153 | 1.112 |
| Totali | 781 | 125 | 192 | 28 | 313 | 1.439 |

Tab. 2 - Numero dei malati assistiti deceduti nel 2009 e luogo di decesso

| | CASA | HOSPICE | OSPEDALE | ALTRO | TOTALE |
|---------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|---------------|
| TOTALE | 161 | 321 | 127 | 0 | 609 |

Tab. 3 - Tipologia assistenziale per i deceduti assistiti con cure palliative nel 2009

| | Solo Ambulatorio | Solo cure palliative domiciliari | Solo hospice | Mista (Ambulatorio e/o cure palliative domiciliari e/o hospice) | Totale |
|---------------|-----------------------------|---|---------------------|--|---------------|
| Totale | 0 | 408 | 160 | 41 | 609 |

Tab. 4 - Dati di assistenza

| Tempo medio di cura In giornate | Tempo medio di assistenza | Numero medio di ricoveri in ospedale | Numero medio di giorni di ricovero in ospedale |
|--|--------------------------------------|---|---|
| 107 | 0,53 | 0,49 | 6,11 |

Tab. 5 – L'attività dei 2 Hospice

| Hospice | N. malati ricoverati | N. gg. ricovero | T medio occupaz.p.l. | Indice % occupaz.p.l. | Distribuzione tempi ricovero | | | TOTALE |
|---------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------|--------------------|---------------|
| | | | | | 1 - 7 | 8 - 30 | > 31 | |
| Cologna Veneta | 125 | 2002 | 15,8 | 78 | 56 | 54 | 15 | 125 |
| Marzana | 260 | 4489 | 17,3 | 87 | 104 | 115 | 43 | 262 |

2.2 - LE ATTIVITA' SVOLTE

- È stata attivata la Unità operativa semplice dipartimentale (UOSD) di cure palliative, affidata ad un medico anestesista proveniente dalla U.O. di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale di S. Bonifacio. Tale medico è stato individuato perché da molti anni aveva sviluppato una specifica professionalità nell'ambito della terapia del dolore, sia gestendo l'ambulatorio di terapia del dolore per esterni, sia come consulente per i due Hospice di Cologna Veneta e Marzana. L'U.O. ha il compito di garantire:

- omogeneità di trattamento in cure palliative erogate a domicilio, con i criteri e le modalità del lavoro in équipe;
- il necessario raccordo con le strutture ospedaliere di riferimento, nell'ottica della continuità assistenziale;
- la presenza di personale specialistico ed esperto in cure palliative nelle singole équipe distrettuali e negli Hospice;
- la responsabilità clinica delle attività degli Hospice;
- le attività ambulatoriali di cure palliative e l'attività di day-hospice;

I nuclei di cure palliative saranno quindi ricompresi nell' Unità Operativa Cure Palliative, consolidando un'organizzazione complessiva delle cure palliative sia domiciliari che residenziali. Con tale scelta si viene a creare un'unica rete territoriale di cure palliative, con un'unica regia, assicurando omogeneità d'interventi, razionalizzazione delle risorse, condivisione dei problemi e uniformità dei progetti formativi. Non ultimo, sarà così assicurata la effettiva continuità nei progetti assistenziali per i pazienti, all'interno di un circuito di offerta domicilio-Hospice-domicilio.

- In attesa di procedere alla progressiva attivazione dei nuclei di cure palliative in ognuno dei 4 Distretti, secondo la modalità di lavoro e la composizione prevista dalla L.R. 7/2009, si sono coinvolti tutti gli operatori impegnati nell'assistenza domiciliare in un programma di informazione sugli obiettivi regionali ed aziendali, di sensibilizzazione e formazione sulle cure palliative. Nei mesi di settembre e ottobre 2009 si è svolto un corso di formazione sulle cure palliative, in due edizioni, che ha coinvolto 30 infermieri dipendenti dell'ULSS e degli Enti convenzionati per l'assistenza domiciliare; il corso si è avvalso dell'esperienza dei Medici che operano nei due Hospice di Cologna Veneta e Marzana;
- Si è implementata l'assistenza infermieristica domiciliare, ampliando la fascia oraria di operatività del Servizio, ora attivo dalle 8 alle 18 dal lunedì al venerdì in tutti i Distretti e garantendo l'assistenza infermieristica anche nella mattinata dei giorni prefestivi e festivi. Tale scelta è stata suggerita dalla constatazione che il sistema domiciliare presentava evidenti e comprensibili difficoltà nel tardo pomeriggio e nel fine settimana. Questa scelta ha comportato una profonda riorganizzazione dell'attività espletata con gli infermieri dipendenti e un significativo aumento sia dei piani assistenziali affidati agli Enti convenzionati per l'assistenza infermieristica, che del numero di accessi a domicilio effettuati complessivamente;
- Le UVMD dei 4 Distretti hanno intensificato i rapporti con le UU.OO ospedaliere, riducendo i tempi di valutazione e di presa in carico del paziente; è stato rafforzato il coinvolgimento assistenziale da parte dei medici di medicina generale, sia garantendo un maggiore apporto infermieristico nell'assistenza, sia attraverso varie modalità di sensibilizzazione e formazione nell'ambito delle cure palliative e di lotta al dolore;
- si è sperimentata nel Distretto 4 una prima forma di lavoro con il nucleo di cure palliative, come prefigurato dalla L.R. 7/2009. Sono state quindi incrementate le risorse mediche assegnate all'Hospice di Cologna Veneta, al fine di costituire un'équipe di medici che si occupi dell'assistenza palliativistica sia in Hospice che a domicilio. Attualmente l'équipe è composta da un medico di medicina generale a 18 ore settimanali, un medico specialista ambulatoriale oncologo a 12 ore settimanali e un medico di continuità assistenziale a 14 ore settimanali; questi medici, sia per la loro formazione professionale che per l'esperienza acquisita in Hospice, garantiscono la necessaria competenza nel nucleo di cure palliative.
- È stato acquistato un ecografo portatile con sonda dedicata per il posizionamento del catetere venoso centrale (CVC); tale strumentazione si è rivelata di particolare utilità per l'applicazione della metodica sia a pazienti in Hospice che a domicilio, evitando i disagi causati dallo spostamento dei pazienti presso le strutture ospedaliere unicamente per

- l'applicazione del CVC. Per l'anno 2009 sono stati così applicati n. 135 CVC.
- è a regime l'attività di consulenza e verifica per la nutrizione artificiale sia per pazienti in assistenza domiciliare che ospiti in strutture residenziali, da parte di specialisti gastroenterologi; viene altresì effettuato il monitoraggio delle stomie e il cambio delle sonde gastrostomiche;

2.3 - LE ATTIVITA' IN CORSO DI ATTUAZIONE

- Dal 1 novembre 2010 sarà attivato il nucleo di cure palliative nel Distretto 3, integrando l'equipe con i medici palliativisti che operano presso l'Hospice di Marzana, per i quali è previsto un incremento orario dedicato.
- Dal 1 novembre sarà attivato il primo contratto di 24 ore settimanali SAI per psicologo, con particolari competenze professionali nelle cure palliative, che lavorerà nei due NCP dei Distretti 3 e 4;
- L'attività formativa vede il coinvolgimento degli infermieri dei servizi domiciliari, per i quali sarà svolto nei mesi di ottobre e novembre 2010 un corso teorico con stage pratico, accreditato ECM. Nei mesi di ottobre e novembre 2010, verrà inoltre effettuato un corso sulla lotta al dolore, rivolto ai referenti sul dolore di tutte le UU.OO dell'ospedale e dei servizi territoriali, con l'istituzione di gruppi di lavoro per la predisposizione di strumenti operativi comuni nelle seguenti aree:
 - Il paziente oncologico e le cure palliative
 - Il bambino con dolore
 - Il dolore nel paziente critico
 - L'anziano e il dolore
 - Il dolore post operatorio

Ad integrazione della formazione professionale degli infermieri, si sta concludendo un corso teorico-pratico per la gestione e sostituzione delle sonde gastrostomiche a domicilio e in strutture residenziali.

3.0 - PROGETTO 2010-2011

Le linee di azione del presente progetto identificano le modalità e i tempi di realizzazione di quanto previsto dalla L.R. 7/2009 e nel rispetto dei **criteri a carattere vincolante**, meglio dettagliati nella nota n. 462720 del 1-9-2010 della Direzione Regionale Piani e Programmi socio-Sanitari. In particolare:

- la costituzione di un nucleo di cure palliative in ognuno dei 4 Distretti dell'Azienda;
- la progressiva disponibilità delle figure professionali indicate dalla L.R.7/2009 per ognuno dei 4 NCP, con l'obiettivo di garantire la disponibilità di medici palliativisti con rapporto di lavoro dipendente al termine del processo di progressiva attuazione dei nuclei, compatibilmente con quanto sarà previsto dalla normativa in materia di personale e l'ottenimento delle necessarie autorizzazioni all'assunzione in supero al turn over delle unità

- di personale necessario;
- garantire l'operatività del servizio medico e infermieristico per 12 ore giornaliere dal lunedì al venerdì;
- la definizione entro il 2011 di protocolli di accesso facilitato al sistema di offerta ospedaliera, sia per l'Ospedale di S. Bonifacio che per gli Ospedali dell'Azienda Ospedaliera integrata di Verona;
- la stesura definitiva e deliberata della Carta dei diritti del malato a fine vita, già predisposta e allo stato di bozza provvisoria;
- risultano invece già operative le azioni riguardanti l'adozione del sistema informativo e dei criteri di accesso in Hospice, l'attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP e la disponibilità di tutti i farmaci di uso ospedaliero per l'erogazione di cure palliative sia a domicilio che in Hospice o altra struttura non ospedaliera

Per quanto riguarda i **criteri di innalzamento della qualità dei servizi**, questa Azienda intende sviluppare le seguenti azioni:

1 - Piano di riduzione dei ricoveri ospedalieri negli ultimi 90 giorni di vita, con parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate ai NCP: la costituzione e la piena operatività dei nuclei in tutti i 4 Distretti renderanno possibile un progressivo intervento in questo ambito, per il quale sarà necessario il coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliera integrata di Verona. Gli obiettivi che si intendono concordare e realizzare sono i seguenti:

- riduzione del 20 % dei ricoveri, seguiti dal decesso, negli ultimi 20 giorni di vita
- ulteriore riduzione del 3 % dei ricoveri negli ultimi 90 giorni di vita

2 – attualmente è già presente un servizio attivo infermieristico nella mattinata dei giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica. La piena operatività dei 4 NCP renderà possibile organizzare un servizio attivo anche per il medico palliativista, da svolgersi a rotazione tra i medici coinvolti nell'attività.

3 – a decorrere da novembre 2010, sarà garantita nei Distretti 3 e 4 una reperibilità telefonica notturna, prefestiva e festiva da parte di un medico palliativista, rivolta agli infermieri dei servizi domiciliari e al Servizio di Continuità Assistenziale. Con i 4 NCP a regime, tale reperibilità sarà estesa in tutti i 4 Distretti.

4 – attualmente è possibile assicurare una consulenza di terapia antalgica e cure palliative per le strutture residenziali del Distretto 4. Con i 4 NCP, si garantirà tale consulenza presso le strutture residenziali di tutta l'ULSS, che è dotata di 2.400 p.l.

5 – la supervisione del personale sarà attivata progressivamente, avvalendosi di un supervisore esterno.

3.1 - LA COSTITUZIONE DEI NUCLEI DI CURE PALLIATIVE DEI 4 DISTRETTI**DISTRETTO 1**

| | Attuale costi | con | Azioni anno | 1° ore | Costo azioni 1° anno | Azioni anno | 2° ore | Costo azioni 2° anno |
|---------------|---|-----|---|---------|----------------------|---|---------|----------------------|
| Palliativista | // | | N° 18 medico palliativista dipendente | 18 ore | € 40.000 | Ulteriori n. 18 ore medico palliativista dipendente | 18 ore | € 40.000 |
| Infermieri | n. 4.940 ore di assistenza (infermieri dipendenti + convenzionati), | di | Ulteriore incremento 750 ore convenzione assistenza infermieristica | 750 ore | € 21.000 | Ulteriore incremento 750 ore convenzione assistenza infermieristica | 750 ore | € 21.000 |
| | € 133.380 | | | | | | | |
| Psicologo | // | | N° 18 psicologo palliativista SAI | 18 ore | € 43.300 | Ulteriori n. 18 ore psicologo palliativista SAI | 18 ore | € 43.300 |
| operatori | // | | | | | n. 2 operatori dipendenti | | € 65.000 |

DISTRETTO 2

| | Attuale costi | con | Azioni anno | 1° ore | Costo azioni 1° anno | Azioni anno | 2° ore | Costo azioni 2° anno |
|---------------|--|-----|---|---------|----------------------|---|---------|----------------------|
| Palliativista | // | | N° 18 medico palliativista dipendente | 18 ore | € 40.000 | Ulteriori n. 18 ore medico palliativista dipendente | 18 ore | € 40.000 |
| Infermieri | n. 4.056 ore di assistenza (infermieri dipendenti + convenzionati) | di | Ulteriore incremento 750 ore convenzione assistenza infermieristica | 750 ore | € 21.000 | Ulteriore incremento 750 ore convenzione assistenza infermieristica | 750 ore | € 21.000 |
| | € 109.512 | | | | | | | |
| Psicologo | // | | N° 18 psicologo | 18 ore | € 43.300 | Ulteriori n. 18 ore psicologo | 18 ore | € 43.300 |

| | | | | | | | |
|-----------|----|--|----------------------|--|--|------------------------------|----------|
| | | | palliativista SAI | | | palliativista SAI | |
| operatori | // | | | | | n. 2 operatori dipendenti | € 65.000 |

Distretto 3

| | Attuale costi | con | Azioni anno | 1° | Costo azioni 1° anno | Azioni anno | 2° | Costo azioni 2° anno |
|---------------|--|-------------------------------|--|----|----------------------------|--|----|----------------------------|
| Palliativista | N° 24 MMG palliativisti | ore | | | | Ulteriori n. 12 ore MMG palliativista | | € 19.600 |
| Infermieri | € 39.200 n. 4.212 ore di assistenza (infermieri dipendenti convenzionati) | ore di + convenzionati) | Ulteriore incremento 750 ore convenzione assistenza infermieristica | | € 21.000 | Ulteriore incremento 750 ore convenzione assistenza infermieristica | | € 21.000 |
| Psicologo | € 113.724 N° 12 settimanali | ore | Ulteriori n. 6 ore psicologo palliativista SAI | | € 14.400 | Ulteriori n. 18 ore psicologo palliativista SAI | | € 43.300 |
| operatori | € 28.800 // | | | | | n. 2 operatori dipendenti | | € 65.000 |

DISTRETTO 4

| | Attuale costi | con | Azioni anno | 1° | Costo azioni 1° anno | Azioni anno | 2° | Costo azioni 2° anno |
|---------------|--|-------------------------------|--|----|----------------------------|--|----|----------------------------|
| Palliativista | N° 12 MMG/SAI | ore | Ulteriori n. 4 ore medico SAI | | € 10.600 | Ulteriori n. 6 ore medico SAI | | € 15.900 |
| | N° 18 ore medico UOSD cure palliative | | | | | | | |
| Infermieri | € 59.600 n. 5.096 ore di assistenza (infermieri dipendenti convenzionati) | ore di + convenzionati) | Ulteriore incremento 750 ore convenzione assistenza infermieristica | | € 21.000 | Ulteriore incremento 750 ore convenzione assistenza infermieristica | | € 21.000 |
| Psicologo | € 137.592 N° 12 | ore | Ulteriori n. 6 ore psicologo | | € 14.400 | Ulteriori n. 18 ore psicologo | | € 43.300 |

| | | | | |
|--------------------|------------------|----------------------|------------------|---------------------------------------|
| | settimanali | palliativista SAI | | palliativista SAI |
| operatori | € 28.800 | | | n. 2 operatori € 32.500 dipendenti |
| COSTI | € 650.608 | | + € | + € |
| INCREMENTATIVI | | | 290.000 | 600.200 |
| TOTALE | € 650.608 | | € 940.608 | € |
| PROGRESSIVO | | | | 1.540.808 |

3.2 - OPERATIVITA' DEL SERVIZIO DEI NUCLEI DI CURE PALLIATIVE

L'implementazione delle risorse infermieristiche disponibili, consentirà di organizzare il lavoro degli infermieri, in modo tale da assicurare l'assistenza infermieristica nella seguente modalità:

| | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato | Domenica |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Assistenza infermieristica | 8.00- 20.00 | 8.00- 20.00 | 8.00- 20.00 | 8.00- 20.00 | 8.00- 20.00 | 8.00- 12.00 | 8.00- 12.00 |
| Reperibilità infermieristica | H24 | H24 | H24 | H24 | H24 | H24 | H24 |

Anche attraverso l'attività formativa in programma e l'individuazione degli infermieri più orientati e preparati nel campo delle cure palliative, sarà possibile, all'interno del pool infermieristico dell'ADI, identificare gli infermieri che saranno dedicati in via esclusiva a tale attività.

Per quanto riguarda l'attività dei medici palliativisti dei nuclei di cure palliative, il funzionamento è già articolato nell'arco di 8 ore giornaliere per i Distretti 3 e 4, dove sono in corso di piena attivazione i NCP. L'avviamento di tutti i 4 NCP dei Distretti, consentirà di articolare il servizio medico per essere attivo nell'arco delle 12 ore giornaliere, dal lunedì al venerdì.

3.3 - ATTIVITA' DEI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA

Attualmente, nella presa in carico dei pazienti in fase avanzata/terminale, viene utilizzato quanto previsto per l'assistenza domiciliare integrata, con l'elaborazione di un piano di assistenza individuale che prevede un numero programmato da 4 a 8 accessi da parte del medico di medicina generale.

Rilevando come il codice 6, previsto dal vigente Accordo regionale per la Medicina Generale, può essere ritenuto un'ulteriore risorsa per elevare l'impegno ed i risultati assicurati dal medico di medicina generale, compatibilmente con le risorse disponibili aziendali, si ritiene di prevedere tale possibilità con la seguente articolazione:

| | 1° anno | 2° anno |
|-------------------------|-----------|-----------|
| n. mesi assistenza/anno | 160 | 320 |
| Costo | € 120.000 | € 240.000 |

Per quanto riguarda il Servizio di Continuità Assistenziale, risulta opportuno un coinvolgimento maggiore dei medici, sia con attività formativa, sia prevedendo la partecipazione alle riunioni del NCP, con la relativa partecipazione alla presa in carico del paziente a fine vita. Sarà quindi valutato in sede di contrattazione aziendale le modalità di partecipazione e verifica di quanto concordato, prevedendo altresì specifici indicatori. Tali medici saranno incentivati con le modalità che saranno contrattate in sede di aggiornamento degli Accordi aziendali del 2011 e 2012, con una stima di spesa pari ad € 30.000 per anno.

3.4 - IL SISTEMA DI REPERIBILITA'

La reperibilità telefonica delle principali figure che compongono il NCP risulta di indiscutibile necessità per una rete di cure palliative realmente efficiente. Il progetto prevede una progressiva intensificazione del ricorso a tale possibilità, realizzabile unicamente quando saranno pienamente operativi tutti i 4 NCP e si sarà provveduto all'utilizzo in tali nuclei di medici palliativisti con rapporto di dipendenza. In particolare:

| | attuale | Costo 1° anno | Costo 2° anno |
|--|----------------------------|---------------|--------------------------|
| Reperibilità telefonica medico palliativista, sia per i 2 Hospice che per infermieri e Servizio C.A. | € 9.000 (Distretti 3 e 4) | € 18.000 | |
| Reperibilità infermieristica dedicata | | | € 34.000 (n. 2 per ULSS) |
| Reperibilità medico palliativista, nelle fasce | | | € 36.000 (n. 2 per ULSS) |

orarie di assenza del
servizio attivo

TOTALE € 9.000 € 18.000 € 70.000

3.5 - ALTRI COSTI PROGETTUALI

La piena capacità operativa del progetto necessita di alcune ulteriori spese di funzionamento, che possono essere così riassunte:

| | 1° anno | 2° anno |
|---|-----------------|-----------------|
| Ulteriore acquisizione di n. 4 FIAT Panda a noleggio per 2 anni | € 34.182 | € 34.182 |
| Predisposizione, stampa e diffusione della Carta dei diritti del malato a fine vita | € 3.000 | |
| Supervisione periodica del personale | € 3.000 | € 3.000 |
| Attivazione day-Hospice presso l'Hospice di Marzana e Cologna Veneta | € 5.000 | € 5.000 |
| Iniziative di formazione per medici e infermieri | € 5.000 | € 5.000 |
| TOTALE | € 50.182 | € 47.182 |

4.0 - RIEPILOGO QUADRO ECONOMICO

| | Costi anno corrente | Costi 1° anno | Costi 2° anno |
|---|---------------------|--------------------|--------------------|
| Costituzione NCP | 650.608 | 940.608 | 1.540.808 |
| Codice 6 medici m.g. | | 120.000 | 240.000 |
| Incentivo referenti continuità assistenziale | | 30.000 | 30.000 |
| Sistema della reperibilità | 9.000 | 18.000 | 70.000 |
| Altri costi progettuali | | 50.182 | 47.182 |
| TOTALE | € 659.608 | € 1.158.790 | € 1.927.990 |
| GENERALE | | | |

Il Direttore Generale

ALLEGATO __A__ Dgr n.

del

pag. 262/317

Dr.ssa Maria Giuseppina Bonavina

Referente per il Piano Aziendale

Dr. Roberto Borin

Direttore Distretto 4

AZIENDA ULSS 21, LEGNAGO

PROTOCOLLO DI ATTIVAZIONE
“NUCLEO CURE PALLIATIVE”
E DI SVILUPPO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE



INDICE pag. 1

CRITERI VINCOLANTI

| | |
|--|----|
| PREMESSA | 2 |
| OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI | 3 |
| COMPITI NCP | 4 |
| DOTAZIONE ORGANICA | 4 |
| PERCORSO D'ASSISTENZA | 7 |
| ORARI DI ATTIVITA' | 8 |
| INDICATORI | 9 |
| CARTA DEI DIRITTI DEI MALATI | 9 |
| HOSPICE | 9 |
| ACCESO FACILITATO AL SISTEMA D'OFFERTA | 10 |
| DISPONIBILITÀ DI FARMACI | 10 |

INNALZAMENTO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI

| | |
|---|----|
| PIANO DI RIENTRO RICOVERI OSPEDALIERI INOPPORTUNI | 10 |
| POSTI LETTO PER SOLLIEVO E/O URGENZA SOCIALE | 10 |
| SUPERVISIONE PERIODICA | 10 |

| Rev. | Descrizione modifica | Data |
|------|----------------------|------------|
| 01 | Nuova emissione | 22/09/2010 |

| | |
|--------------------------------|-------------|
| Redatto da: Vaccari Ferdinando | ___/___/___ |
| Approvato da: | |

| |
|----------|
| PREMESSA |
|----------|

L'azienda ULSS 21 comprende un territorio abitato da 153.522 persone al 31/12/2008.

Nell'anno 2009 si sono verificati 1492 decessi nel territorio aziendale, 724 femmine, 768 maschi, 800 persone sono decedute in ospedale (249 con neoplasia), 692 in abitazione (151 con neoplasia).

Tra le cause di morte le neoplasie sono state responsabili di circa il 27% dei decessi (sono esattamente 400 le persone decedute nel periodo affette da neoplasia).

In base ai dati della letteratura circa il 70% dei pazienti che muoiono per neoplasia ha necessità di cure palliative.

La letteratura scientifica e l'esperienza dei servizi di cure palliative confermano che i malati prediligono condurre le fasi finali della loro vita presso il proprio domicilio, circondati dagli affetti familiari e dalla solidarietà dei conoscenti.

Oltre ai pazienti affetti da neoplasia in stato avanzato, le Cure Palliative sono un supporto appropriato per pazienti affetti da patologie inguaribili che necessitano di un adeguato controllo del dolore e di supporto psicosociale.

Con CURE PALLIATIVE si intende "una serie di interventi terapeutici ed assistenziali volti alla cura attiva, totale, di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. L'obiettivo è la migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie; fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi, e in generale dei problemi psicologici, relazionali, sociali".

Da studi statistici nella popolazione oncologica della regione veneto emerge un consistente ricorso al ricovero (31 %) negli ultimi 90 giorni di vita, tempo medio di ricovero di 14,5 giorni, spesso con decesso in ospedale del malato (78,6 %)

Applicando questi dati statistici regionali alla realtà aziendale ULSS 21 si stima il numero medio di decessi annuali per neoplasia in 400, il numero di ultimi ricoveri entro tre mesi dalla morte in 124 per una degenza totale di 1798 giorni.

E' possibile migliorare l'assistenza ai malati neoplastici terminali superando una condizione di inappropriata clinica, assistenziale, economica e soprattutto, umana

"indagine condotta dall'Osservatorio Regionale Cure Palliative e lotta al dolore in collaborazione con il Registro Tumori del Veneto su campione del 51,3% della popolazione regionale nel periodo 1/1/2000 – 31/12/2003 e valutati al 31/12/2006"

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI

costituzione di un nucleo specificatamente dedicato alle cure palliative “NCP” e di una rete di cure palliative (servizi domiciliari, ambulatoriali, residenziali) in grado di far fronte alle fasi più delicate dell’assistenza ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita nonché di assicurare l’accessibilità a trattamenti antalgici efficaci per sostenere la lotta al dolore per area distrettuale (art.2 della L.R.7/2009) questo tipo di assistenza è stato definito LEA prioritario

L’obiettivo delle cure palliative è garantire la migliore qualità di vita possibile per i malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per le loro famiglie.

Le cure palliative sono attivamente offerte all’unità di cura malato-famiglia tramite un nucleo specificatamente dedicato.

Un’assistenza di buona qualità deve offrire ai malati la possibilità di trascorrere la maggior parte della vita prevalentemente in famiglia o, se ciò non è possibile, in strutture adeguate a rispondere ai loro bisogni.

Target

- A. Pazienti in stato di terminalità neoplastica (sopravvivenza presunta non superiore a tre mesi con punteggio del test di Karnofsky uguale o inferiore a 40%, assenza, inadeguatezza, inefficacia o inopportunità di terapie specifiche, presenza di sintomi invalidanti);
- B. Pazienti affetti da una patologia cronico–degenerativa in stato di terminalità, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita (solo su indicazione e supporto specialistico, previa valutazione in UVMD per la presa in carico).

L’azienda ULSS garantisce, come criterio minimo ed irrinunciabile di tutela, le cure palliative almeno ai malati terminali e neoplastici

Definizione NCP

Le vigenti normative, tutelano e garantiscono al malato nella fase terminale l’accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore.

Il Distretto socio-sanitario, nella sua funzione di struttura aziendale designata ad organizzare le risposte più adeguate ai diversi bisogni socio-sanitari dei cittadini, ha il compito di organizzare e gestire l’assistenza, nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 29.11.2001.

In particolare, in ottemperanza alle vigenti normative, viene garantito al malato nella fase terminale l’accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore da parte del Distretto con una valutazione multidimensionale e multiprofessionale.

Il Nucleo per le Cure Palliative realizza la valutazione e la presa in carico dell’assistito con le stesse tecniche e strumenti dell’U.V.M.D.

Pertanto, per quanto sopra e per quanto stabilito dalla deliberazione giunta L.R. 7/2009, si costituisce il Nucleo per le Cure Palliative (di seguito denominato NCP) formato dal MMG dell'assistito preso in carico, 2 medici di medicina generale esperti in cure palliative, 1 psicologo, 1 medico dell'UOC Cure Primarie del distretto, 6 infermieri, 1 assistente sociale, 1 medico specialista oncologo, 1 medico specialista algologo, 1 medico internista esperto in cure palliative. Presiede 1 medico dell'UOC Cure Intermedie.

COMPITI NCP

referente unico per l'accesso alle Cure Palliative: valutazione dei bisogni, elaborazione del piano di cura, gestisce la rete per la cure palliative e i rapporti con i MMG, verifica periodica, formazione del personale, sostegno psicologico a malato e famiglia, consulenza per le strutture residenziali, stimolo e sostegno per personale d'assistenza e alle associazioni di volontariato, studio di procedure efficienti per la fornitura tempestiva dei presidi.

al NCP è attribuita la funzione di UVMD per quanto di competenza, facendo così convergere, nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la gestione dell'assistenza

II NCP

- opera secondo i criteri e le modalità del lavoro in equipe;
- valuta in maniera multiprofessionale e multidimensionale i bisogni dell'assistito;
- pianifica in maniera integrata e personalizza l'assistenza;
- eroga interventi con intensità adeguata;
- effettua valutazioni d'esito dell'assistenza;
- gestisce i rapporti con i MMG e con le altre strutture della rete.

L'offerta delle cure palliative non può prescindere da alcuni requisiti organizzativi e funzionali prioritari ed irrinunciabili:

- tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione
- consenso alle cure da parte del malato
- consenso della famiglia alla presa in carico
- ottimale terapia del dolore
- certificata competenza professionale da parte del personale coinvolto nell'assistenza.

DOTAZIONE ORGANICA

il NCP è composto da quanto previsto all'art. 10 comma 3, L.R. 7/2009, in attesa della definizione di standard di personale e di funzionamento (ai sensi dell'art. 4, comma 1, L.R. 7/2009), quale soglia di garanzia di risorse al servizio dei cittadini. Le dimensioni del territorio di competenza del NCP sopravanzano il bacino indicato (100.000 abitanti), e quindi la quota minima di personale andrà gradualmente integrata in misura proporzionale. A garanzia e tutela delle stesse condizioni d'accesso e disponibilità del servizio, per recuperare in tempo di assistenza diretta il maggior onere orario per lo spostamento, il personale infermieristico e gli operatori socio-sanitari opereranno da tre sedi di servizio per un territorio che da nord a sud disegna un poligono di 70 km nella distanza più lunga e 50 km in quella più larga

Medico esperto in cure palliative (20 + 20 ore settimanali)*Medici di Medicina Generale esperti in cure palliative*

2 medici di MG (Dott. Andrea Bruno Tegani e Dott.ssa Giuditta Motta)

con master in cure palliative, frequenza a corsi teorici e/o esperienza clinica diretta nell'area delle cure palliative

- consulenza clinica per gli operatori sanitari impegnati nell'assistenza, e in modo particolare per il MMG;
- supervisione e formazione continua del personale addetto alle cure palliative;
- relazione con i servizi ospedalieri, per il passaggio del paziente dalla fase di trattamento a quella palliativa e per eventuali ricoveri programmati.

Il medico internista esperto in cure palliative di cui sopra, fa parte del NCP in via sperimentale fino all'inserimento di uno - due medici esperti in Cure Palliative full-time.

Per quanto riguarda i medici specialisti esperti in cure palliative, in mancanza di percorsi formativi istituzionalmente riconosciuti, è sufficiente il conseguimento di master in cure palliative, la frequenza a corsi teorici e/o esperienza clinica diretta nell'area delle cure palliative

Medico internista esperto in cure palliative

Dott. Benvenuto Borese o suo delegato

Medico di distretto esperto in organizzazione (5 ore settimanali)*Medico UOC Cure Intermedie*

Dott. Ferdinando Vaccari (Responsabile U.V.M.D) o suo delegato

Medico UOC Cure Primarie

Dr.ssa Luisa Andreetta

- tutela metodologica nell'orientamento dei problemi
- tutela di un'equa accessibilità alle risorse del servizio
- valutazione economica del servizio
- valutazione complessiva dell'efficacia del servizio
- relazione con le strutture dell'Azienda ULSS e con le strutture specialistiche

Psicologo (20 ore settimanali)

Dott.ssa Alessia Busatto

- sostegno psicologico e relazionale al malato
- sostegno psicologico e relazionale ai familiari;

- supervisione psicologico clinico relazionale al personale d'assistenza

3 Infermieri

Infermieri di riferimento:

Bovolone e Zevio: Dolci Monica, Storti Carla

Legnago: Visentin Roberto, Dal Cortivo Cristina

Nogara e Cerea: Tamborra Alice, Malvisi Rossana

- assistenza infermieristica;
- addestramento e supervisione degli operatori addetti all'assistenza;
- addestramento e supervisione dei congiunti per l'assistenza continua al malato;
- educazione sanitaria al malato e ai familiari.

Assistente Sociale (5 ore settimanali)

Dott.ssa Luisa Tedaldi

- analisi delle problematiche relative all'eventuale necessità di sostegno economico e sociale del malato e della sua famiglia;
- valutazione sulla necessità di tutela dei membri deboli del nucleo familiare.

Operatori Socio Sanitari (20 ore settimanali per ognuno dei due operatori)

Le prestazioni erogate scaturiscono dalla collaborazione con i servizi sociali dei singoli comuni i quali partecipano attivamente alle UVMD sia per la valutazione che per la presa in carico

- formazione ed aiuto al paziente ed alla famiglia nell'igiene personale, ambientale e comfort
- formazione ed addestramento all'uso di presidi ed ausili
- collegamento e supervisione con altri operatori socio-assistenziali e/o volontari per il sostegno nelle attività quotidiane

Servizio amministrativo (15 ore settimanali)

Segreteria

Ufficio Amministrativo Distrettuale

Sig.ra Paola Carmignola tel. 0442/632191 e

Sig.ra Annalisa Chiaramonte 0442/632950;

fax 04442632710

Medici specialisti

Ruolo di consulenza su richiesta del MMG e/o del Medico Palliativista direttamente presso le UUOO o utilizzando le finestre informative di comunicazione aziendali

Medico oncologo

Dr Bonetti o suo delegato;

- consulenza specialistica;
- supervisione e formazione.

Medico antalgista

Dr. Dall'Ara o suo delegato;

- consulenza specialistica.
- supervisione e formazione

Coinvolgimento del Volontariato

Qualora siano presenti ed attive nel territorio aziendale organizzazioni non profit, caratterizzate in particolare dalla presenza di volontari, possono essere coinvolte nella rete delle Cure Palliative, allo scopo di sostenere dal punto di vista organizzativo l'equipe del NCP e/o di fornire sostegno nelle attività quotidiane al malato e ai suoi familiari.

Medico di Medicina Generale dell'assistito

- compiti previsti ai sensi della DGR 5273/98
- responsabilità clinica diretta di pazienti assistiti a domicilio, ad esclusione di quelli in regime di ospedalizzazione domiciliare
- referenza clinica per gli operatori sanitari domiciliari.
- Il medico di medicina generale assicura la propria disponibilità ad assistere h 12 il proprio paziente e garantisce una disponibilità telefonica h 12 alla famiglia fornendo il proprio numero di cellulare.
- Al momento della presa in carico, il medico di medicina generale garantisce almeno 1 accesso alla settimana.

Nota: il M.M.G., su richiesta, può partecipare alle attività del nucleo cure palliative, anche per pazienti non propri iscritti, con obbligo di periodica frequenza ed a titolo gratuito.

compiti previsti ai sensi della DGR 5273/98 per il Medico di Medicina Generale dell'assistito

Il Medico di Assistenza Primaria che aderisce al progetto di gestione dei malati terminali a domicilio, oltre ai normali compiti già previsti per la gestione dei casi di assistenza domiciliare, si impegna, in accordo con l'Azienda ULSS, a garantire:

- il ruolo di care e di case-manager;
- gli accessi domiciliari secondo i criteri previsti nel piano di assistenza e/o a sua valutazione secondo il bisogno del paziente e/o della famiglia;
- la cura della propria formazione sulle cure palliative e la partecipazione ad almeno una iniziativa di formazione ogni due anni su questi temi;
- l'applicazione delle linee guida, definite da gruppi collaborativi costituiti dalle Aziende ULSS con i Medici di Assistenza Primaria, fatte proprie dal Comitato aziendale, e relative all'assistenza dei pazienti di cui trattasi - la comunicazione con il malato grave e la sua famiglia, l'educazione del malato e della famiglia, il controllo del dolore oncologico, ecc.;
- per quanto di propria competenza, l'alimentazione corretta del sistema informativo, la compilazione degli strumenti valutativi in uso, la definizione e ridefinizione dinamica del piano assistenziale, le verifiche periodiche del raggiungimento degli obiettivi assistenziali relativi al paziente ed alla famiglia, la corretta gestione delle terapie concordate e degli accertamenti (anche in funzione della difficoltà di eventuale trasporto del paziente) e la collaborazione con l'equipe distrettuale per la valutazione sugli esiti dell'assistenza (ricovero in ospedale, miglioramento, mantenimento, decesso);
- la disponibilità di un orario di contattabilità fissa giornaliera per le comunicazioni con l'equipe di cure domiciliari, ordinariamente individuata al di fuori dell'orario dello studio e del normale orario di ricevimento delle richieste di visita domiciliare.

PERCORSO D'ASSISTENZA

Preso in carico dell'assistito

- 1) Qualunque attore della rete può presentare all'Ufficio Amministrativo ADI la scheda segnalazione del paziente/scheda di dimissione protetta. Qualora la scheda includa tra le motivazioni della richiesta patologia oncologica in fase avanzata e proponga ADI D e/o ADI D oncologica, deve essere accompagnata da scheda STAS e Karnofsky (compilate dal MMG referente o dal medico ospedaliero);
- 2) Il personale infermieristico ADI ricevuta la segnalazione dall'Ufficio Amministrativo ADI, previa autorizzazione del Medico delle Cure primarie, effettua una visita a domicilio (possibilmente col MMG) o in reparto ospedaliero il prima possibile per la verifica dei bisogni e delle necessità assistenziali. La cartella domiciliare deve essere integrata con la scala di misurazione del dolore (aggiornata quotidianamente dal familiare caregiver o dal paziente stesso, adeguatamente istruito dall'IP) e con la scheda SDS compilata già al primo contatto, e aggiornata settimanalmente dall'IP dedicato.
- 3) Il medico palliativista si reca a domicilio del paziente, prima o dopo la UVMD, su specifica segnalazione o richiesta del MMG, possibilmente assieme al MMG stesso.
- 4) Viene effettuata la valutazione multidimensionale (UVMD) presso la sede ADI di Legnago (per il Punto Sanità di Legnago), il martedì e il venerdì indicativamente dalle 12.30 alle 14.30; a Nogara (per i punti sanità di Nogara e Cerea) e a Bovolone (per i punti sanità di Bovolone e Zevio) il lunedì e il giovedì con lo stesso orario. La DGR 5273 del 29.12.98 fa riferimento all'Unità Operativa Distrettuale, ora UVMD, per la presa in carico dell'assistito. Si ribadisce l'importanza di tale indicazione anche per gli ammalati neoplastici, sia per garantire una referenza unica per il malato e la sua famiglia, sia per mantenere l'unità della gestione del paziente.
- 5) L'UVMD decide il Piano Assistenziale Individualizzato per consentire un'assistenza 24 su 24 per 7 giorni alla settimana, che prevede gli interventi di equipe, la presa in carico del MMG in collaborazione con il nucleo di cure palliative e/o ADI ed il responsabile del caso, la trasmissione del PAI al referente dei medici di Continuità Assistenziale, l'orario di reperibilità del medico di Cure Palliative, la disponibilità medica h 12 del MMG, la disponibilità del medico di continuità assistenziale
- 6) Per i profili di ADI Oncologica dal momento della presa in carico, il medico di medicina generale garantisce almeno 1 accesso alla settimana, assicura la propria disponibilità ad assistere h 12 il proprio paziente e garantisce una disponibilità telefonica h 12 alla famiglia fornendo il proprio numero di cellulare al servizio ADI. Per questi profili l'Infermiere garantisce almeno 1 accesso/settimana.
- 7) **N.B. Solo dopo la valutazione e la presa in carico tramite l'UVMD sarà comunicata la proposta di piano assistenziale alla famiglia, in quanto è da considerare come un contratto stipulato e quindi da onorare.**
- 8) Durante la riunione periodica del NCP (il martedì a Legnago e il giovedì a Bovolone o Nogara) vengono rivalutati i soggetti in assistenza per cui siano emersi nuovi bisogni o difficoltà nella gestione.

Preso in carico per necessità individuate in ospedale

- attivazione della procedura di "dimissione protetta" (**allegato A1**)
- formulazione della idoneità sociale-ambientale da parte dell'assistente sociale distrettuale;
- individuazione dei bisogni assistenziali infermieristici da parte dell'Infermiere del nucleo cure palliative.

In caso di difficoltà significative da parte del MMG nell'attivare e mantenere l'assistenza al paziente in fase terminale, al fine di garantire l'equità del trattamento e pari diritto all'accesso alle cure, sarà il NCP a prendere in carico l'assistito secondo le modalità definite in UVMD (svolta in presenza del MMG stesso).

| |
|--------------------|
| ORARI DI ATTIVITA' |
|--------------------|

medico palliativista

4 ore al dì variabilmente gestibili a seconda di UVMD, visite domiciliari, altro, generalmente h 9 -13

contattabilità telefonica da parte del MMG

Distretto di Legnago dott. Andrea Bruno Tegani : 3386717975

Distretti di Bovolone, Zevio e Cerea-Nogara dott.ssa Giuditta Motta : 3386717964

servizio infermieristico

8.00 – 13.00 dal lunedì al venerdì

Il servizio ADI è attivo dalle ore 7.30 alle 19.30 per 5 giorni su 7. Il sabato e la domenica gli infermieri programmano gli accessi domiciliari dalle ore 8 alle ore 12. Dalle ore 12 alle ore 20 è reperibile un infermiere per tutto il territorio dell'Aulss per bisogni non differibili.

psicologo

4 ore al dì variabilmente gestibili a seconda di UVMD, accessi domiciliari, altro, generalmente h 9 -13

contattabilità telefonica da parte del MMG e dei familiari/pazienti

dott.ssa Alessia Busatto : 3386718001

servizio amministrativo

9.00 – 12.00 dal lunedì al venerdì

| |
|------------|
| INDICATORI |
|------------|

| |
|---|
| Adeguamento del sistema informativo in uso al sistema informativo per le cure palliative DGRV 1608/08 |
|---|

SISTEMA INFORMATIVO

L'attività del NCP dovrà essere costantemente monitorata al fine di ottemperare al debito informativo aziendale così come richiesto dalla Regione Veneto con la nota del 19.06.08 prot n° 3320129/50.000700000. In particolare verranno registrati:

- il numero dei pazienti in carico;

- il luogo di decesso (domicilio, ospedale, hospice, altre strutture);
- il numero dei ricoveri;
- il tempo di attesa per l'inizio dell'assistenza domiciliare;
- il numero delle giornate di cura e il numero di giornate in cui vi è stato l'accesso di almeno un operatore.

Si è concordato di condividere gli indicatori di struttura, di processo e di esito con le altre aziende sanitarie della regione veneto. Saranno utilizzati almeno un set minimo di indicatori omogenei dopo il vaglio di una commissione tecnica regionale e tenendo presente la DGRV 1608/08.

Vedi anche **allegato A4**

CARTA DEI DIRITTI DEI MALATI

“tutela dei diritti dei malati inguaribili ed a fine vita e dei malati con dolore” DGRV 1609/08

allegato A2

HOSPICE

DGR 3318/08

formalizzazione criteri d'accesso all'hospice ed utilizzo della scheda regionale per la valutazione di accessibilità all'hospice

accordi di accesso presso hospice di altre aziende sanitarie limitrofe in base ad una valutazione di priorità dettata dalle condizioni cliniche e sociali

allegato A2A, A2B

protocolli di ACCESO FACILITATO AL SISTEMA D'OFFERTA dell'Azienda

qualora i malati assistiti dal NCP abbiano bisogno di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi, non eseguibili direttamente dal personale del NCP, trovano corsie dedicate. In particolare, sono facilitati gli accessi ai servizi ospedalieri, nonché gli eventuali ricoveri che si rendessero necessari per le specialità di più frequente riscontro

allegato A3A, A3B, A3C, A3D, A3E

DISPONIBILITÀ DI FARMACI, ordinariamente ad uso ospedaliero, che si rendono necessari per l'erogazione di cure palliative a domicilio

Accordo e protocollo di lavoro con la farmacia ospedaliera

Allegato A5

INNALZAMENTO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI

PIANO DI RIENTRO DAI RICOVERI OSPEDALIERI INOPPORTUNI

previsione, progettazione e attivazione di un piano di riduzione dei ricoveri ospedalieri per i malati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita, ritenuti inopportuni con una parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP. art.7, comma 1, L.R. 7/2009

allegato A4

POSTI LETTO PER SOLLIEVO E/O URGENZA SOCIALE

Accordo con i centri servizio presenti nel territorio aziendale per l'individuazione di alcuni posti letto (max 5) dedicati alle cure palliative, presso uno – due centri servizio, affidati ai MMG e/o palliativista, previsti come accoglienza temporanea di sollievo per la rete d'assistenza o in caso di urgenza sociale

allegato A6**SUPERVISIONE PERIODICA**

Accordo con UOC Oncologia, medici palliativisti, psicologa, MMG responsabile e infermiere referente del caso, altro M.M.G. (su richiesta può partecipare alle attività del nucleo cure palliative, anche per pazienti non propri iscritti, con obbligo di periodica frequenza ed a titolo gratuito), UOC Cure Intermedie e UOC Cure Primarie per socializzare periodicamente tematiche ed aspetti attinenti la conduzione delle cure, la relazione con il malato e i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica. In fase di primo avvio possono essere utilizzati gli spazi e gli orari già definiti per gli incontri UVMD: Legnago (per il Punto Sanità di Legnago), il martedì e il venerdì indicativamente dalle 12.30 alle 14.30; a Nogara (per i punti sanità di Nogara e Cerea) e a Bovolone (per i punti sanità di Bovolone e Zevio) il lunedì e il giovedì con lo stesso orario, con periodicità quindicinale

**PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN DIMISSIONE PROTETTA
DALL'OSPEDALE**

MODALITA' OPERATIVE

| rif. | Responsabile | Modalità Operative | Strumenti utilizzati |
|---------------------------|--|---|---|
| a) assistenza domiciliare | | | |
| | Medico del reparto e/o coordinatore di reparto | <ul style="list-style-type: none"> - Invio segnalazione di dimissione protetta alla COD - compilazione svama sanitaria e cognitivo-funzionale - compilazione modulo prescrizione presidi/ausilii/protesi | <ul style="list-style-type: none"> - Scheda di segnalazione di dimissione protetta - SVAMA sanitaria e cognitivo-funzionale - modulo |
| | Assis. Sociale COD | <ul style="list-style-type: none"> - raccoglie informazioni in reparto - colloquio con paziente e/o familiare - contatta A.S. comune di residenza | <ul style="list-style-type: none"> - SVAMA sociale - Scheda di attivazione UVMD all'ADI |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - compila svama sociale - segnala all'ADI - se necessario partecipa all'UVMD | |
| | ADI | <ul style="list-style-type: none"> - raccoglie informazioni in reparto sui bisogni assist. del paz. - comunica nulla osta della presa in carico al reparto (comunicazione telefonica al reparto di presa in carico del paziente) - partecipa all'UVMD | <ul style="list-style-type: none"> - Scheda regionale sui bisogni assistenziali - Modulo nulla osta presa in carico |
| | COD | <ul style="list-style-type: none"> - convoca UVMD | |
| | U.V.M.D. | <ul style="list-style-type: none"> - riunione dell'UVMD e compilazione del verbale per attivazione ADI e formulazione del piano assistenziale | <ul style="list-style-type: none"> - verbale SVAMA di riunione UVMD |
| | MMG | <ul style="list-style-type: none"> - partecipa all'UVMD - presa in carico del paziente in ADI | |
| | Familiare | <ul style="list-style-type: none"> - partecipa al colloquio con l'Assistente Sociale - inoltra all'Ufficio Amministrativo del Punto Sanità di competenza il modulo di prescrizione ausili. | |
| b) assistenza nelle strutture della rete dei servizi sanitari territoriali e/o socio-assistenziali | | | |
| | Medico del reparto e/o coordinatore di reparto | <ul style="list-style-type: none"> - Invio segnalazione di dimissione protetta alla COD - compilazione svama sanitaria e cognitivo-funzionale | <ul style="list-style-type: none"> - Scheda di segnalazione di dimissione protetta - SVAMA sanitaria e cognitivo-funzionale |
| | Assis. Sociale COD | <ul style="list-style-type: none"> - raccoglie informazioni in reparto - colloquio con paziente e/o familiare - segnala all' A.S. comune di residenza - propone inserimento in struttura alla COD - compila scheda SVAMA - partecipa all'UVMD | <ul style="list-style-type: none"> - Scheda di attivazione UVMD alla COD - SVAMA sociale |

| | | | |
|--|-----------|--|----------------------------------|
| | COD | <ul style="list-style-type: none">- convoca UVMD- formula graduatoria unica di residenzialità- trasmette graduatoria alle strutture residenziali- comunica per iscritto al familiare il punteggio e il profilo | |
| | U.V.M.D. | <ul style="list-style-type: none">- riunione dell'UVMD e compilazione del verbale per inserimento in struttura e formulazione del piano assistenziale- invio del verbale dell'UVMD e del punteggio alla COD per la formulazione della graduatoria unica di residenzialità | - verbale SVAMA di riunione UVMD |
| | Familiare | <ul style="list-style-type: none">- partecipa al colloquio con l'Assistente Sociale- richiede la valutazione UVMD per l'ingresso in una struttura residenziale | |

DIPARTIMENTO DISTRETTO**U.O.C. CURE INTERMEDIE****NUCLEO DI CURE PALLIATIVE****CARTA DEI SERVIZI*****LE CURE PALLIATIVE***

Le cure palliative sono una serie di interventi terapeutici ed assistenziali diretti verso il malato a fine vita (e non solo) e la sua famiglia, che hanno lo scopo di lenire le loro sofferenze. Tali interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali sono finalizzati alla cura attiva, totale e multidisciplinare di tali pazienti, nella consapevolezza che ciò che contraddistingue le ultime fasi della vita di un paziente di questo tipo è caratterizzato da un insieme di disturbi sia fisici (dolore, nausea e vomito, mancanza di appetito, stitichezza, debolezza, mancanza d'aria...), sia psicologici (ansia, sconforto, depressione), nonché sociali e spirituali.

L'obiettivo delle cure palliative è migliorare, per quanto possibile, la qualità della vita di questi malati e delle loro famiglie, agendo sullo stato di "dolore totale" dal momento che non è più possibile intervenire sulla malattia di base.

Un'assistenza di buona qualità dovrebbe infatti permettere ai malati la possibilità di trascorrere il resto della propria vita nel migliore modo possibile, ovvero sia assicurando il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze (art.1, comma 2, L.38/2010).

Un Nucleo per le Cure Palliative

Le cure palliative sono offerte all'unità di cura malato-famiglia tramite un nucleo appositamente dedicato: il Nucleo Cure Palliative (NCP).

Non potendo prescindere dai bisogni assistenziali e dai desideri del malato, che spesso coincidono con la volontà di trascorrere il tempo di fine vita in famiglia e a casa propria, il NCP dell'ULSS 21 mira allo sviluppo di una rete di cure palliative che favorisca la riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati negli ultimi mesi di vita dei malati con riconversione delle risorse ospedaliere verso la domiciliarità delle cure, in linea con l'art. 7, comma 1, L.R. 7/2009. Viene così rafforzato e ampliato il servizio di assistenza domiciliare integrata, ovvero sia l'insieme degli

interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale (MMG), sia quelli delle équipe specialistiche di cure palliative, il cui MMG è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta (art.2, comma 1f, L.38/2010).

Quali prestazioni fornisce?

Il NCP offre un'assistenza a diversi livelli: medico-infermieristico, psicologico e sociale, operando secondo i criteri e le modalità del lavoro in équipe:

- valutazione multidimensionale e multiprofessionale dei bisogni del malato e della sua famiglia, nonché pianificazione integrata e personalizzata dell'assistenza, nell'ambito delle riunioni UVMD;
- erogazione di interventi di intensità adeguata alle esigenze di cura;
- valutazione degli esiti assistenziali;
- gestione della rete per le cure palliative, a garanzia della continuità delle cure;
- consulenza per la formazione e l'aggiornamento al personale sanitario in materia di cure palliative e terapia del dolore.

L'équipe multiprofessionale che lo compone è formata da:

- il MMG del paziente: fornisce l'assistenza medica di cui abbisogna il malato, essendo il diretto responsabile del caso clinico;
- un medico di distretto dell'Unità Operativa Cure Intermedie e/o dell'Unità Operativa Cure Primarie: presiedono alle riunioni periodiche dell'équipe e coordinano le cure ;
- un medico internista esperto in cure palliative: offre consulenze alle varie figure professionali coinvolte;
- due medici di medicina generale esperti in cure palliative: presiedono alle riunioni periodiche dell'équipe e prestano consulenza a richiesta al MMG, talora anche affiancandolo al letto del malato, per la gestione della sintomatologia tipica del malato a fine vita;
- una psicologa: presiede alle riunioni periodiche dell'équipe, presta consulenze a richiesta al MMG, fornisce supporto psicologico al paziente ed ai familiari e sostiene l'équipe;
- sei infermieri specificatamente dedicati alle cure palliative: offrono prestazioni infermieristiche e rilevano periodicamente i bisogni del paziente, con una particolare attenzione alle problematiche della terminalità.

In presenza di situazioni particolarmente complesse, sia per i malati che per i loro familiari, il NCP si avvale del contributo di:

- un medico specialista oncologo: offre consulenze al MMG a richiesta;
- un medico specialista algologo: offre consulenze al MMG a richiesta;
- un'assistente sociale: rileva i bisogni e le difficoltà sociali del paziente e della sua famiglia, riportandole in équipe.

A quali malati si rivolge?

Il Nucleo di Cure Palliative si occupa attualmente di pazienti la cui aspettativa di vita non supera i sei/tre mesi a causa di una patologia neoplastica (per i quali non esistono terapie curative che possano fare regredire o stabilizzare la malattia e/o prolungarne significativamente la vita) e della loro famiglia.

Prossimamente il nucleo si occuperà anche dei malati terminali affetti da patologie cronicodegenerative.

Il dolore nelle Cure Palliative

Il dolore è una sensazione che accompagna quasi sempre le patologie oncologiche, specie in fase terminale, e che si può esacerbare durante molte pratiche quotidiane, anche le più semplici come il lavarsi, al punto da compromettere la qualità di vita del paziente.

Esistono vari tipi di dolore e con diverse intensità, la maggior parte dei quali è dominabile con farmaci o tecniche a portata del MMG. Alle volte invece, quando il dolore si fa eccessivamente intenso e particolarmente complesso, o si cronicizza e non se ne riconosce una causa ben evidente, o ancora sembra resistente agli usuali trattamenti, diviene esso stesso una malattia che necessita di specifici interventi. Riuscire a contenerlo e controllarlo, è ciò che garantisce alla persona un fine vita sereno e che permette di restituire dignità e senso al morire.

Per questi motivi, il NCP collabora anche con specialisti algologi e tramite tecniche e farmaci specifici tenta di risolvere con maggiore efficacia queste problematiche.

TUTELA DEI DIRITTI DEI MALATI IN STATO DI INGUARIBILITA' AVANZATA O A FINE
VITA E DEI MALATI CON DOLORE

AZIENDA ULSS 21 LEGNAGO (VR)

In linea con quanto indicato dalle normative regionali (vedere Allegato A alla Dgr n.1609 del 17/06/2008), l'Azienda ULSS 21 ha assunto e reso attuativa la "*Carta dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita e dei malati con dolore*", al fine di sostenere e garantire, esplicitando le problematiche, i bisogni, i soggetti portatori di bisogni e le azioni possibili, quanto promosso dalle disposizioni di legge. È un dovere istituzionale, nonché un valore etico-sociale, fornire un'adeguata informazione e una chiara comunicazione alla cittadinanza, e non solo ai professionisti che operano nel campo della salute, sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e alle patologie croniche e degenerative (art.4, comma 1, L.38/2010), di cui la Carta dei Diritti rappresenta un primo mezzo di divulgazione.

A tale scopo, si riportano di seguito gli aspetti principali che concernono tali diritti. Eventuali criticità, rilevate periodicamente e in itinere, saranno suscettibili di una revisione con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi e della tutela offerti. I principali attori sono rappresentati dai membri dell'équipe del Nucleo di Cure Palliative, U.O.C. Cure Intermedie, ULSS 21 Legnago.

Il documento si compone di due parti, di cui la prima esplicita gli aspetti inerenti la tutela dei diritti dei malati in stato di inguaribilità o a fine vita, e la seconda gli aspetti della tutela dei diritti dei malati con dolore. Qui di seguito vengono riportati, sottoforma di tabella, gli argomenti specifici per ciascuna delle due sezioni.

PARTE 1

TUTELA DEI DIRITTI DEI MALATI INGUARIBILI E A FINE VITA

| <i>Problema</i> | <i>Bisogni</i> | <i>Soggetti del bisogno</i> | <i>Azioni</i> |
|---|--|-----------------------------|---|
| Sofferenza fisica, psicologica, relazionale ed isolamento sociale del paziente e dei suoi familiari | Espressione del proprio stato di sofferenza. Riconoscimento da parte degli operatori delle varie dimensioni della sofferenza del malato e della sua famiglia. | Pazienti e familiari | Garantire la disponibilità di figure professionali esperte in cure palliative in grado di contenere e/o controllare la condizione di “dolore totale” del paziente. Ciò si realizza attraverso le consulenze mediche e psicologiche fornite dal NCP, nonché visite infermieristiche programmate e continuative a domicilio del paziente in carico al NCP. UVMD, riunioni periodiche di aggiornamento, discussioni d’équipe. |
| Ignoranza sulle opportunità e finalità delle cure palliative e partecipazione al dimensionamento delle cure | Accesso e condivisione delle informazioni circa lo stato di salute e la curabilità. | Pazienti e familiari | Favorire il processo di comunicazione della verità sull’inguaribilità medico-sanitaria nel rispetto del bisogno di informazione espresso dal paziente e dai suoi familiari attraverso la rete MMG e NCP. Fornire informazioni chiare sull’approccio delle cure palliative al paziente e alla famiglia mediante il coinvolgimento attivo del <i>casemanager</i> . |

| | | | |
|---|---|----------------------|--|
| Tutela del malato in caso di perdita delle capacità cognitive | Mantenimento del controllo delle scelte riguardanti la propria persona nel rispetto del principio di autodeterminazione e del consenso informato. | | <p>Coinvolgimento attivo del malato e dei suoi familiari nel processo di cura a seguito di un'attenta analisi dei bisogni di ciascun membro discussa in sede di UVMD, nonché durante le periodiche riunioni d'équipe, e di una corretta educazione sanitaria fornita dai membri del NCP in collaborazione con il MMG, in primis dal personale infermieristico.</p> <p>Dare l'opportunità al paziente di fornire agli operatori incaricati indicazioni anticipate dei suoi desideri di cura, fornendo uno spazio dedicato per la condivisione di informazioni riguardanti il proprio stato di salute e la prognosi patologica, nonché sugli interventi palliativi disponibili attraverso la mediazione del MMG che opera in contatto diretto con il NCP.</p> <p>Raccogliere la testimonianza dei familiari sulle volontà e i desideri del paziente per rispettarne le decisioni di cura prese, attraverso incontri familiari in presenza del MMG e degli operatori del NCP.</p> |
| Difficoltà della famiglia di garantire le cure necessarie al malato | Continuare le cure, per quanto possibile, nel luogo desiderato dal malato | Pazienti e familiari | <p>Sostenere le famiglie che intendono proseguire le cure a domicilio, anche a livello economico, mediante l'intervento dell'Assistente Sociale del NCP e l'attivazione della rete di cure palliative.</p> <p>Coinvolgimento dei familiari di riferimento per il paziente nell'équipe delle cure, attraverso le visite domiciliari e/o la reperibilità telefonica, nonché mediante l'educazione sanitaria per la gestione della malattia fornita direttamente dagli infermieri del NCP.</p> <p>Supporto psicologico e accompagnamento dei familiari lungo il percorso di cura fornito dallo psicologo del NCP, in contatto diretto (visite domiciliari e assistenza telefonica) con i</p> |

| | | | |
|--|---|----------------------|---|
| | | | familiari del paziente. |
| Adeguate riconoscimento delle credenze religiose e dei bisogni spirituali dei pazienti | Espressione della spiritualità personale | Pazienti | Accompagnamento spirituale del paziente ad opera dello psicologo del NCP. Facilitazione dell'incontro dei pazienti con i loro referenti spirituali, in specie per la ritualità del fine vita. |
| Disuguaglianza fra i cittadini nell'accesso alle cure palliative e nel passaggio tra i livelli di cura | Garantire l'erogazione delle cure in condizioni di sicurezza per il malato e i suoi familiari | Pazienti | Dimensionamento del personale e delle risorse strumentali utili allo sviluppo di una rete di cure palliative, ossia attivazione dei servizi domiciliari, ambulatoriali e residenziali, nonché l'assunzione di personale qualificato nel NCP (medici palliativisti, psicologo, ...). Riduzione degli ostacoli procedurali per l'accesso ai programmi di cura con la realizzazione di protocolli di accesso facilitato ai servizi ospedalieri, nonché snellimento delle procedure per la fornitura di farmaci per il trattamento del dolore e per uso palliativo. Consulenza fornita dai medici palliativisti e dallo psicologo nell'attuazione di programmi formativi e di aggiornamento destinati al personale sanitario. |
| Approcci scientifici e relazionali non adeguati ai problemi di salute dei pazienti | Competenza adeguata degli operatori sociali e sanitari | | |
| Discontinuità delle cure offerte | Garanzia, tempestività e continuità delle cure | Pazienti e familiari | Individuazione di un unico referente per la responsabilità delle cure nella figura del MMG che attiva il NCP. |

| | | | |
|---|--|--------------|--|
| | | | <p>Protocolli di accesso facilitato per le prestazioni sanitarie necessarie al paziente.</p> <p>Riunioni periodiche di équipe e consulenza telefonica.</p> |
| Insufficiente conoscenza e solidarietà civile nei confronti della condizione di fine vita | Comprensione dei problemi e dei bisogni delle persone in condizioni di fine vita | Cittadinanza | Azioni di informazione e promozione della sensibilità tramite iniziative specifiche, quali conferenze e convegni aperti, nonché la pubblicizzazione della <i>Carta dei servizi</i> e della <i>Carta di Tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita e dei malati con dolore</i> . |

PARTE 2

TUTELA DEI DIRITTI DEI MALATI CON DOLORE

| <i>Problema</i> | <i>Bisogni</i> | <i>Soggetti del bisogno</i> | <i>Azioni</i> |
|---|---|-----------------------------|---|
| <p>Mancanza o disuguaglianza nell'accesso ai programmi di prevenzione e trattamento del dolore</p> <p>Difficoltà per i cittadini di ottenere la fornitura di farmaci oppioidi per la terapia del dolore</p> | <p>Accedere ai programmi di trattamento del dolore.</p> <p>Accesso alla fornitura di farmaci oppioidi</p> | Cittadini | <p>Prevenire, valutare e curare, per quanto possibile, il dolore nell'attività di assistenza ospedaliera e territoriale, vedi ad esempio l'inserimento in cartella clinica di scale di rilevazione e valutazione del dolore appositamente dedicate e l'educazione al rilevamento del dolore ai pazienti e ai familiari presi in carico dal NCP.</p> <p>Limitare gli ostacoli organizzativi e procedurali per la distribuzione dei farmaci impiegati nei servizi di cure palliative con protocolli di collaborazione specificatamente dedicati tra NCP e Farmacia Ospedaliera.</p> |
| <p>Persistenza del dolore non adeguatamente trattato</p> <p>Disagio socio-relazionale ed isolamento della persona con dolore</p> | <p>Sollievo dal dolore</p> <p>Espressione e riconoscimento da parte degli operatori</p> | Pazienti | <p>Valutazione globale del dolore, anche mediante l'utilizzo di strumenti standardizzati inseriti nella cartella domiciliare integrata, ad uso del personale del NCP, del malato e della sua famiglia.</p> <p>Educazione alla rilevazione del dolore al paziente ad opera dell'infermiere del NCP.</p> <p>Consulenza e visita domiciliare del medico palliativista su richiesta del MMG.</p> <p>Riconoscimento del dolore anche nella sua componente psicologica e sociale attivando, su richiesta del MMG, lo psicologo del NCP.</p> |

| | | | |
|--|---|------------------------------|---|
| | della sofferenza del malato | | |
| Approcci scientifici e relazionali non adeguati ai problemi di salute dei pazienti | Acquisire competenze tecniche ed umane-relazionali per comprendere i bisogni dei pazienti e trattare adeguatamente il loro dolore | Operatori sanitari e sociali | Il NCP fornisce consulenza nella programmazione di corsi di formazione specifica del personale che si prende cura del malato. |
| Scarsa informazione pubblica dei bisogni e dei problemi dei malati con dolore Errata percezione della finalità dei farmaci oppioidi | Allargare la consapevolezza delle condizioni dei malati con dolore Ridurre i pregiudizi sull'uso dei farmaci oppioidi | Cittadini e pazienti | Azioni di informazione e sensibilizzazione sui bisogni dei pazienti con dolore, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato attive sul territorio e campagne di prevenzione. Fornire informazioni chiare sul corretto uso dei farmaci oppioidi e sul delicato tema della sedazione palliativa con la collaborazione dei MMG, più vicini alla cittadinanza. Espressione dei dubbi e informazione sull'utilizzo dei farmaci oppioidi da parte del malato e dei suoi familiari durante le visite domiciliari in presenza dei membri del NCP e del MMG. |

ACCESSO FACILITATO

UOC LUNGODEGENZA

INDICE**1. SCOPO****2. CAMPO DI APPLICAZIONE****3. RIFERIMENTI****4. RESPONSABILITA'****5. CONTENUTO**

- Attività
- Modalità d'accesso

- ALLEGATI**6.1. Allegato 1****6.2. Allegato 2**

| Rev. | Descrizione modifica | Data |
|------|----------------------|------------|
| 01 | Nuova emissione | __/__/____ |

| | |
|---------------|------------|
| Redatto da: | __/__/____ |
| Approvato da: | |

1 SCOPO

Lo scopo della seguente procedura è quello di garantire l'accesso facilitato ai servizi ospedalieri per il malato in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita, date la criticità delle condizioni cliniche in cui versa e la disabilità di cui soffre, qualora abbisogni di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP a domicilio.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le attività che concorrono a realizzare il ricovero nell'Unità Operativa Complessa Lungodegenza – Ospedale “San Biagio”, Bovolone (VR).

3 RIFERIMENTI

Le attività svolte all'interno del Nucleo Cure Palliative vengono effettuate in ottemperanza alla L.R. 7/2009 e alla L.38/2010, rispettivamente:

- Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore.
- Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

4 RESPONSABILITA'

Il Medico di Medicina generale ha la responsabilità della visita medica domiciliare al paziente, dell'appropriatezza della richiesta di ricovero nonché dell'apposizione della sigla NCP a margine dell'impegnativa.

Il Responsabile di U.O.C. Lungodegenza sovrintende a tutte le attività di accettazione e degenza del paziente.

5 CONTENUTO

5.1 Attività

Al momento della decisione del ricovero a seguito di visita domiciliare, il MMG/palliativista compila l'impegnativa (sintetica descrizione della problematica rilevata e trattamento farmacologico in atto) con specifica sigla NCP, biffa la lettera "B" e preavvisa telefonicamente il medico ospedaliero.

L'infermiere dell'ADI, riferimento del paziente (*casemanager*) o il sostituto incaricato, fa pervenire l'impegnativa al reparto (personalmente o attraverso il servizio di posta interna ospedaliera) senza che il paziente debba prenotare al CUP.

Si garantisce al paziente suddetto il ricovero entro le 72 ore successive all'accettazione dell'impegnativa del MMG.

5.2 Modalità di accesso

L'operatore sanitario incaricato all'accettazione dei pazienti che afferiscono al reparto ospedaliero comunicherà giorno e orario stabiliti per il ricovero del paziente del NCP all'ADI di competenza.

L'infermiere dell'ADI riferirà tale data al paziente (o al familiare di riferimento) e al CUP per la registrazione.

Tale procedura garantisce l'accesso diretto e urgente del malato in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita ai servizi offerti dall'U.O.C. di Lungodegenza.

6 ALLEGATI

6.1 Allegato 1 L.R. 7/2009

6.2 Allegato 2 L. 38/2010

ACCESSO FACILITATO

UOC ONCOLOGIA

INDICE

6. SCOPO

7. CAMPO DI APPLICAZIONE

8. RIFERIMENTI

9. RESPONSABILITA'

10. CONTENUTO

- Attività
- Modalità d'accesso
- ALLEGATI

6.1. Allegato 1

6.2. Allegato 2

| Rev. | Descrizione modifica | Data |
|------|----------------------|------------|
| 01 | Nuova emissione | __/__/____ |

| | |
|---------------|------------|
| Redatto da: | __/__/____ |
| Approvato da: | |

1 SCOPO

Lo scopo della seguente procedura è quello di garantire l'accesso facilitato ai servizi ospedalieri per il malato in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita, date la criticità delle condizioni cliniche in cui versa e la disabilità di cui soffre qualora abbisogni di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP a domicilio.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le attività che concorrono a realizzare il percorso di accesso facilitato per ogni visita specialistica o esame strumentale o trattamento palliativo da svolgersi presso U.O.C. di Oncologia Medica – Ospedale “Mater Salutis”, Legnago (VR) o suo distaccamento, Ospedale “San Biagio”, Bovolone (VR).

3 RIFERIMENTI

Le attività svolte all'interno del Nucleo Cure Palliative vengono effettuate in ottemperanza alla L.R.

7/2009 e alla L.38/2010, rispettivamente:

- Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore.
- Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

4 RESPONSABILITA'

Il Medico di Medicina generale ha la responsabilità della visita medica domiciliare al paziente, dell'appropriatezza della richiesta di visita specialistica, esame strumentale e/o trattamento palliativo nonché dell'apposizione della sigla NCP a margine dell'impegnativa.

Il Responsabile di U.O.C. Oncologia Medica sovrintende a tutte le attività di accettazione, di approfondimento diagnostico o di somministrazione di trattamenti palliativi al paziente.

5 CONTENUTO

5.1 Attività

Al momento della verifica della necessità di visita specialistica o di esame strumentale o di trattamento palliativo non eseguibile a domicilio, il MMG compila l'impegnativa con specifica sigla NCP e biffa la lettera "B".

L'infermiere dell'ADI responsabile del paziente (*casemanager*), o il sostituto incaricato, fa pervenire l'impegnativa al reparto o servizio ospedaliero di pertinenza (personalmente o attraverso il servizio di posta interna ospedaliera) senza che il paziente debba prenotare al CUP.

Si garantisce al paziente la visita specialistica in oggetto (altresì in funzione di un eventuale trattamento palliativo) entro le 72 ore successive all'accettazione dell'impegnativa del MMG.

5.2 Modalità di accesso

L'operatore sanitario incaricato all'accettazione dei pazienti che afferiscono al servizio o reparto ospedaliero comunicherà giorno e orario di visita del paziente del NCP all'ADI di competenza.

L'infermiere dell'ADI riferirà la data e l'ora fissate per la visita specialistica al paziente (o al familiare di riferimento) e al CUP per la registrazione.

Tale procedura garantisce l'accesso diretto e urgente del malato in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita ai servizi offerti dall'U.O.C. di Oncologia Medica.

6 ALLEGATI

6.1 Allegato 1 L.R. 7/2009

6.2 Allegato 2 L. 38/2010

ACCESSO FACILITATO

UOC RADIOLOGIA

INDICE**11. SCOPO****12. CAMPO DI APPLICAZIONE****13. RIFERIMENTI****14. RESPONSABILITA'****15. CONTENUTO**

- Attività
- Modalità d'accesso

- ALLEGATI**6.1. Allegato 1****6.2. Allegato 2**

| Rev. | Descrizione modifica | Data |
|------|----------------------|------------|
| 01 | Nuova emissione | __/__/____ |

| | |
|---------------|------------|
| Redatto da: | __/__/____ |
| Approvato da: | |

1 SCOPO

Lo scopo della seguente procedura è quello di garantire l'accesso facilitato ai servizi ospedalieri per il malato in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita, date la criticità delle condizioni cliniche in cui versa e la disabilità di cui soffre qualora abbisogni di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP a domicilio.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le attività che concorrono a realizzare il percorso di accesso facilitato per ogni visita specialistica o esame strumentale da svolgersi presso U.O.C. di Radiologia – Ospedale “Mater Salutis”, Legnago (VR) o suo distaccamento, Ospedale “San Biagio”, Bovolone (VR).

3 RIFERIMENTI

Le attività svolte all'interno del Nucleo Cure Palliative vengono effettuate in ottemperanza alla L.R.

7/2009 e alla L.38/2010, rispettivamente:

- Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore.
- Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

4 RESPONSABILITA'

Il Medico di Medicina generale ha la responsabilità della visita medica domiciliare al paziente, dell'appropriatezza della richiesta di visita specialistica o esame strumentale, nonché dell'apposizione della sigla NCP a margine dell'impegnativa.

Il Responsabile di U.O.C. Radiologia sovrintende a tutte le attività di accettazione e di approfondimento diagnostico del paziente.

5 CONTENUTO

5.1 Attività

Al momento della verifica della necessità di visita specialistica o di esame strumentale in corso di visita domiciliare, il MMG/palliativista compila l'impegnativa con specifica sigla NCP e biffa la lettera "B".

L'infermiere dell'ADI, riferimento del paziente (*casemanager*) o il sostituto incaricato, fa pervenire l'impegnativa al reparto o servizio ospedaliero di pertinenza (personalmente o attraverso il servizio di posta interna ospedaliera) senza che il paziente debba prenotare al CUP.

Si garantisce al paziente la visita specialistica o l'esame strumentale in oggetto entro le 72 ore successive all'accettazione dell'impegnativa del MMG.

5.2 Modalità di accesso

L'operatore sanitario incaricato all'accettazione dei pazienti che afferiscono al servizio o reparto ospedaliero comunicherà giorno e orario di visita del paziente del NCP all'ADI di competenza.

L'infermiere dell'ADI riferirà la data e l'ora fissate per la visita specialistica o l'esame strumentale al paziente (o al familiare di riferimento) e al CUP per la registrazione.

Tale procedura garantisce l'accesso diretto e urgente del malato in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita ai servizi offerti dall'U.O.C. di Radiologia.

6 ALLEGATI

6.1 Allegato 1 L.R. 7/2009

6.2 Allegato 2 L. 38/2010

ACCESSO FACILITATO

UOC RADIOTERAPIA

INDICE

16. SCOPO

17. CAMPO DI APPLICAZIONE

18. RIFERIMENTI

19. RESPONSABILITA'

20. CONTENUTO

- Attività
- Modalità d'accesso
- ALLEGATI
 - 6.1. Allegato 1
 - 6.2. Allegato 2

| Rev. | Descrizione modifica | Data |
|------|----------------------|----------|
| 01 | Nuova emissione | __/__/__ |

| | |
|---------------|----------|
| Redatto da: | __/__/__ |
| Approvato da: | |

1 SCOPO

Lo scopo della seguente procedura è quello di garantire l'accesso facilitato ai servizi ospedalieri per il malato in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita, date la criticità delle condizioni cliniche in cui versa e la disabilità di cui soffre qualora abbisogni di trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP a domicilio.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le attività che concorrono a realizzare il percorso di accesso facilitato per ogni visita specialistica o trattamento palliativo da svolgersi presso U.O.C. di Radioterapia – Ospedale “Mater Salutis”, Legnago (VR).

3 RIFERIMENTI

Le attività svolte all'interno del Nucleo Cure Palliative vengono effettuate in ottemperanza alla L.R. 7/2009 e alla L.38/2010, rispettivamente:

- Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata e per sostenere la lotta al dolore.
- Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

4 RESPONSABILITA'

Il Medico di Medicina generale ha la responsabilità della visita medica domiciliare al paziente, dell'appropriatezza della richiesta di visita specialistica, esame strumentale e/o trattamento palliativo nonché dell'apposizione della sigla NCP a margine dell'impegnativa.

Il Responsabile di U.O.C. Radioterapia sovrintende a tutte le attività di accettazione, di approfondimento diagnostico o di somministrazione di trattamenti palliativi al paziente.

5 CONTENUTO

5.1 Attività

Al momento della verifica della necessità di visita specialistica o di esame strumentale o di trattamento palliativo non eseguibile a domicilio, il MMG compila l'impegnativa con specifica sigla NCP e biffa la lettera "B".

L'infermiere dell'ADI responsabile del paziente (*casemanager*), o il sostituto incaricato, fa pervenire l'impegnativa al reparto o servizio ospedaliero di pertinenza (personalmente o attraverso il servizio di posta interna ospedaliera) senza che il paziente debba prenotare al CUP.

Si garantisce al paziente la visita specialistica in oggetto (altresì in funzione di un eventuale trattamento palliativo) entro le 72 ore successive all'accettazione dell'impegnativa del MMG.

5.2 Modalità di accesso

L'operatore sanitario incaricato all'accettazione dei pazienti che afferiscono al servizio o reparto ospedaliero comunicherà giorno e orario di visita del paziente del NCP all'ADI di competenza.

L'infermiere dell'ADI riferirà la data e l'ora fissate per la visita specialistica al paziente (o al familiare di riferimento) e al CUP per la registrazione.

Tale procedura garantisce l'accesso diretto e urgente del malato in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita ai servizi offerti dall'U.O.C. di Radioterapia.

6 ALLEGATI

6.1 Allegato 1 L.R. 7/2009

6.2 Allegato 2 L. 38/2010

ACCESSO FACILITATO
UOC ANESTESIA - RIANIMAZIONE

INDICE**21. SCOPO****22. CAMPO DI APPLICAZIONE****23. RIFERIMENTI****24. RESPONSABILITA'****25. CONTENUTO**

- Attività
- Modalità d'accesso

- ALLEGATI**6.1. Allegato 1****6.2. Allegato 2**

| Rev. | Descrizione modifica | Data |
|------|----------------------|------------|
| 01 | Nuova emissione | __/__/____ |

| | |
|---------------|------------|
| Redatto da: | __/__/____ |
| Approvato da: | |

1 SCOPO

Lo scopo della seguente procedura è quello di garantire l'accesso facilitato ai servizi ospedalieri per il malato in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita, date la criticità delle condizioni cliniche in cui versa e la disabilità di cui soffre qualora abbisogni di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP a domicilio.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le attività che concorrono a realizzare il percorso di accesso facilitato per ogni visita specialistica o esame strumentale o trattamento palliativo da svolgersi presso U.O.C. di Anestesia-Rianimazione – Ospedale “Mater Salutis”, Legnago (VR) o suo distaccamento, Ospedale “San Biagio”, Bovolone (VR).

3 RIFERIMENTI

Le attività svolte all'interno del Nucleo Cure Palliative vengono effettuate in ottemperanza alla L.R.

7/2009 e alla L. 38/2010, rispettivamente:

- Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore.
- Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

4 RESPONSABILITA'

Il Medico di Medicina generale ha la responsabilità della visita medica domiciliare al paziente, dell'appropriatezza della richiesta di visita specialistica, esame strumentale e/o trattamento palliativo nonché dell'apposizione della sigla NCP a margine dell'impegnativa.

Il Responsabile di U.O.C. Anestesia-Rianimazione sovrintende a tutte le attività di accettazione, di approfondimento diagnostico o di somministrazione di trattamenti palliativi al paziente.

5 CONTENUTO

5.1 Attività

Al momento della verifica della necessità di visita specialistica o di esame strumentale o di trattamento palliativo non eseguibile a domicilio, il MMG/palliativista compila l'impegnativa (sintetica descrizione della problematica rilevata e trattamento farmacologico in atto) con specifica sigla NCP, biffa la lettera "B" e preavvisa telefonicamente lo specialista (0442 622494 dott. DALL'ARA, dott. GHIRARDI)

L'infermiere dell'ADI, riferimento del paziente (*casemanager*) o il sostituto incaricato, fa pervenire l'impegnativa al reparto o servizio ospedaliero di pertinenza (personalmente o attraverso il servizio di posta interna ospedaliera) senza che il paziente debba prenotare al CUP,

Sarà assicurata al paziente la visita specialistica o accertamento diagnostico in oggetto (nonché in funzione di un eventuale trattamento palliativo) entro le 72 ore successive all'accettazione dell'impegnativa del MMG.

5.2 Modalità di accesso

L'operatore sanitario incaricato all'accettazione dei pazienti che afferiscono al servizio o reparto ospedaliero comunicherà giorno e orario di visita del paziente del NCP all'ADI di competenza.

L'infermiere dell'ADI riferirà la data e l'ora fissate per la visita specialistica o l'esame strumentale al paziente (o al familiare di riferimento) e al CUP per la registrazione.

Tale procedura garantisce l'accesso diretto e urgente del malato in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita ai servizi offerti dall'U.O.C. di Anestesia-Rianimazione.

6 ALLEGATI

6.1 Allegato 1 L.R. 7/2009

6.2 Allegato 2 L. 38/2010

Protocollo operativo tra Dipartimento Distretto (U.O. Cure Intermedie e U.O. Cure Primarie) e Direzione Medica Ospedaliera per l'assistenza sanitaria domiciliare del paziente da inserire nella rete delle cure palliative e riduzione di ricoveri inopportuni negli ultimi giorni di vita

Viste le Deliberazione della Regione del Veneto:

- 1) DGR 2989/2000, atto d'indirizzo per le Aziende Socio Sanitarie per la costituzione di una rete di servizi, sia domiciliari che residenziali, e di nuclei di cure palliative;
- 2) DGR 309/2003 Prevede la costituzione, presso le Aziende ULSS e Ospedaliere, dei Comitati Aziendali per il dolore, con compiti di promozione della lotta al dolore e di valutazione delle cure antalgiche, sia a livello ospedaliero che domiciliare;
- 3) DGR 71/2006, che istituisce l'Osservatorio regionale per le Cure Palliative e la lotta al dolore.
- 4) DGR 1090/08 contenente le raccomandazioni per le aziende, con l'introduzione del dolore come V parametro vitale e la creazione di una rete di referenti locali per la promozione della lotta al dolore;
- 5) DGR 1609/08 prevede la definizione in ogni ULSS della carta dei diritti dei malati con dolore o a fine vita.
- 6) Delibera U.L.S.S. 21 n° 1285 del 21/09/1999 istitutiva dell'Assistenza Domiciliare Integrata

Viste le leggi:

Legge regionale n. 7 del 14. 3. 2009

Legge nazionale n. 38 del 15. 3. 2010

PREMESSA

Il presente protocollo tende ad individuare un percorso di collaborazione tra

Dipartimento Distretto (U.O. Cure Intermedie e U.O. Cure Primarie) e Direzione Medica Ospedaliera, tra coloro che hanno promosso e condotto le cure palliative in questa Azienda e coloro che nel territorio, nell'ospedale e nei centri servizio operano quotidianamente per ottenere la migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie, in particolare il controllo del dolore come soglia minima di offerta e la reale riconversione dall'attuale sistema di cura fondato sull'offerta ospedaliera a quello extraospedaliero, maggiormente appropriato rispetto i desideri e le condizioni dei malati. Le persone hanno il diritto di vivere senza sofferenze inutili e di ricevere cure adeguate ai loro problemi di salute e di relazione prevalentemente a domicilio o in strutture residenziali dedicate alle cure palliative, limitando il ricorso al ricovero ospedaliero.

1. Accesso alle cure palliative

L'accesso alle cure palliative può avvenire:

- a) se il paziente è a **domicilio** o in centro servizi

1 su richiesta del MMG (telefonica, fax o mail) utilizzando il modulo UVMD, da inviare alla segreteria dell'Ufficio Amministrativo Distrettuale. il Medico di cure palliative provvederà a visitare il paziente a domicilio preferibilmente assieme al MMG, con il quale concorderà le decisioni terapeutiche

2 viene richiesta l'UVMD, dal MMG o dal Medico di Cure Palliative

b) se il paziente è in ospedale

1 su richiesta di un medico specialista ospedaliero alla COD. L'azienda ULSS 21 di Legnago ha istituito all'inizio del 2002 la centrale operativa distrettuale (COD) dipartimentale collocata presso il Dipartimento Distretti che fa riferimento ai presidi ospedalieri di Legnago, Bovolone e Zevio.

Presso la COD operano due assistenti sociali a tempo parziale e due amministrativi.

L'idoneità di un paziente alla dimissione protetta è comunque condizionata dalla coesistenza di condizioni cliniche e di condizioni socio-assistenziali.

Il Medico di cure palliative in accordo con il MMG provvederà a visitare il paziente in Ospedale e a valutare l'intervento

2 viene richiesta l'UVMD, dal Medico di Cure Palliative o dal MMG

2. Convocazione UVMD

L'attività domiciliare si esplica con una prima visita dove si valuta sia il problema del paziente che la situazione socio assistenziale familiare, allo scopo di prospettare un piano terapeutico e di indirizzare la famiglia verso la rete assistenziale più idonea secondo l'evoluzione della malattia e le risorse familiari. I pazienti vengono seguiti nel tempo tramite controlli domiciliari pianificati attraverso triage telefonico e periodici incontri con i familiari.

Sarà cura del Direttore di Distretto Socio Sanitario convocare l'UVMD.

Saranno organizzate in sedi, giornate ed orari definite:

Legnago il martedì e il venerdì indicativamente dalle 12.30 alle 14.30

Nogara e Bovolone il lunedì e il giovedì dalle 12.30 alle 14.30

i tempi che decorrono dalla richiesta alla convocazione sono di 5 giorni lavorativi.

I componenti dell'UVMD sono: MMG, Medico di Cure Palliative, infermiere di Cure Palliative, Psicologo di Cure Palliative; Presiede il Responsabile di Distretto o suo delegato.

All'UVMD possono inoltre essere invitati su richiesta del Direttore di Distretto: l'assistente sociale del Comune, il medico specialista, altri soggetti ritenuti utili alla definizione del progetto.

Sarà cura del MMG informare il paziente ed i familiari del progetto di assistenza.

Nessun paziente ricoverato in ospedale, che necessita di cure palliative, potrà essere dimesso prima della valutazione in UVMD

3. Definizione del progetto

In sede di UVMD viene definito il

1. Piano Assistenziale Individualizzato che prevede gli interventi di equipe, la presa in carico del MMG in collaborazione con il nucleo di cure palliative e/o ADI
 2. attivazione ADI D dal MMG (oncologica per i pazienti terminali)
 3. definizione del referente del caso
 4. eventuale reperibilità 24 ore dell'infermiere ADI
 5. trasmissione del PAI al referente dei medici di Continuità Assistenziale,
 6. orario di reperibilità del medico di Cure Palliative
 7. disponibilità medica h 12 del MMG
 8. disponibilità medico di continuità assistenziale;
- questo per consentire un'assistenza 24 su 24 per 7 giorni alla settimana.

In sede di UVMD viene inoltre stabilito se i bisogni del paziente si modificano rapidamente e pertanto se e quando il PAI dovrà essere aggiornato dal referente del caso anche su richiesta motivata di uno dei soggetti d'assistenza.

Il referente dovrà aggiornare delle modifiche tutti i componenti dell'UVMD.

4. Cartella domiciliare

Il PAI viene trascritto nella cartella a domicilio, in essa vengono riportati tutti gli

interventi effettuati dal personale sanitario che ha operato, MMG, infermiere ADI / cure palliative, medico cure palliative, psicologo, medici specialistici.

5. Monitoraggio

Segreteria Ufficio Amministrativo Distrettuale fax 0442/622710

Sig.ra Paola Carmignola tel. 0442/622191

Sig.ra Annalisa Chiaramonte tel. 0442/622950

raccoglierà tutti i documenti dall'avvio della prima unità operativa alla conclusione.

Saranno raccolti per ogni utente su software

I vari tempi (di attivazione, di presa in carico, di cura, di assistenza, ecc)

tipologia degli accessi a domicilio

numerosità degli accessi a domicilio

luogo del decesso

diagnosi di ricovero se il decesso è avvenuto in Ospedale

e tutte le altre informazioni registrate nella cartella ADI.

I dati annualmente saranno elaborati e presentati in forma anonima alla Direzione Strategica.

6. Formazione e consulenza

Verrà promossa una formazione periodica da parte del Nucleo Cure Palliative al

personale infermieristico dell'ADI, l'organizzazione sarà concordata con UOC Cure Primarie e garantirà il coinvolgimento di tutti gli operatori.

Per alcuni infermieri sarà inoltre prevista una formazione di secondo livello quale la partecipazione a Master specifici.

Annualmente sarà programmato un evento formativo per i MMG su argomenti concordati tra il referente della formazione dei MMG e la Direzione ULSS.

7. Validità

Il protocollo sarà applicato sperimentalmente per un anno a conclusione del quale saranno valutati:

la numerosità dei pazienti presi in carico,

numero di pazienti con miglioramento significativo del grading del dolore percepito a mezzo VAS o NRS (< 4)

il tipo e numero di farmaci somministrati (dettaglio sul controllo del dolore)

il numero di accessi ospedalieri per paziente

il numero di ricoveri ospedalieri per paziente

il numero di giorni di ricovero ospedaliero negli ultimi 90 giorni di vita

il tipo e numero di prestazioni effettuate

la partecipazione reale di tutti i soggetti

8. Risultati Attesi

Attivazione di interventi terapeutici ed assistenziali volti alla cura attiva, totale, di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici per ottenere la migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie; fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi, e in generale dei problemi psicologici, relazionali, sociali”.

I ricoveri ospedalieri negli ultimi tempi di vita e, in particolare, quelli che si concludono con il decesso, sono ritenuti sostanzialmente inopportuni, quando non francamente inappropriati.

Da studi statistici nella popolazione oncologica della regione veneto emerge un consistente ricorso al ricovero (31 %) negli ultimi 90 giorni di vita, spesso con decesso in ospedale del malato (78,6 %)

L'aspettativa con questo protocollo è una iniziale diminuzione dei decessi in ospedale ed una reale diminuzione degli accessi e dei giorni di ricovero ospedaliero stimata nel 2011 del 20% in meno rispetto al 2009, ed un razionale ed efficace utilizzo dei farmaci.

La valorizzazione di questa diminuzione delle giornate di ricovero inopportuno / inappropriato ottenuta con l'attività del NCP e l'utilizzo continuativo dei farmaci da prontuario ospedaliero costituirà la base di calcolo per l'individuazione e riconversione delle risorse ospedaliere da reimpiegare utilmente per il miglioramento quali - quantitativo dell'assistenza domiciliare ai malati terminali seguiti dal NCP.

Gli indicatori da utilizzare nel 2011 sono quelli su elencati al punto 7 e potranno essere confrontati con gli stessi indicatori del 2010 e del 2009 prima dell'attivazione del nucleo e della rete cure palliative.

| <i>RAPPORTO SINTETICO CURE PALIATIVE 2009</i> | |
|--|--------------|
| A) N. malati, intesi tutti i malati presenti all'01/01/2009 e i nuovi del 2009 | 91 |
| B) N. giorni di cura erogati, intesi il numero di giorni trascorsi dalla data di presa in carico sancita dalla Uvmd nel 2009 o dal 01/01/2009 per malati in carico dal 2008 | 8435 |
| C) Tempo medio di cura : giorni Si calcola con il rapporto fra la somma dei giorni B di cura erogati a tutti i malati / n. malati A | 92,69 |
| D) N. giornate con almeno un accesso, dalla data calcolate a partire dalla presa in carico sancita dalla Uvmd nel 2009 o dal 01/01/2009 per malati in carico dal 2008. | 885 |
| E) N. giorni di cura erogati, intesi il numero di giorni trascorsi dalla data di presa in carico sancita dalla Uvmd nel 2009 o dal 01/01/2009 per malati in carico dal 2008, di pazienti non in Hospice | 4039 |
| F) Tempo medio di assistenza : Si calcola con il rapporto fra il numero di giornate D in cui si è verificato almeno un accesso da parte di un operatore / n. di giornate di cura erogate E, al netto dei giorni di ricovero in hospice (C.I.A.: coefficiente d'intensità assistenziale) | 0,22 |
| G) Numero ricoveri relativi ai malati del punto A) | 131 |
| H) Numero medio di ricoveri intercorrenti in ospedale : G / A | 1,44 |
| I) Numero giornate di ricoveri relativi ai malati del punto A) | 2380 |
| L) Numero medio di giornate di ricoveri intercorrenti in ospedale : I / A | 26,15 |

U.O.C. Cure Intermedie

Legnago, 22.09.2010

Alla CA dott.ssa Francesca Frattini

Responsabile del Servizio Farmaceutico Ospedaliero

ULSS 21, Legnago

Oggetto: percorso condiviso per fornitura farmaci a pazienti oncologici terminali

Nella delibera della Giunta Regionale n 354 del 15/02/2002 e pubblicata sul BUR n 24 del 26/02/2002 relativa alle “misure di razionalizzazione della spesa per l’assistenza farmaceutica nella regione Veneto, all’art. 3 punto b viene stabilito che l’erogazione dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale avviene direttamente da parte dell’Azienda ULSS”.

Viste la L.R. del Veneto 7/2009 e la L. 38/2010 che programmano le reti di cure palliative e i progetti specifici della Regione del Veneto, che suggeriscono alle aziende di rendere disponibili tutti i farmaci di uso ospedaliero per l'erogazione di cure palliative da parte del Nucleo di Cure Palliative a domicilio, in hospice o in altra struttura non ospedaliera,

a seguito degli incontri e degli accordi telefonici intercorsi, si comunica che anche per i pazienti afferenti al NCP in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale si adotterà la possibilità di disporre dei farmaci di uso ospedaliero, analogamente a quanto già in uso per la terapia dei pazienti afferenti al servizio ADI.

Verrà pertanto redatto dal medico di Medicina Generale che ha in cura il paziente e/o dai medici palliativisti del NCP dell'ULSS 21, un apposito modulo di richiesta farmaci ospedalieri per paziente NCP, eventualmente anche correlato da modulo di consenso informato per l'uso di farmaci off-label.

In allegato

– circolare prot n.4627720 del 01.09.2010 della Regione del Veneto

A disposizione per eventuali chiarimenti si porgono
cordiali saluti

U.O.C. Cure Intermedie
Dott. Ferdinando Vaccari

Dipartimento Distretto
Dott. Elvio Pistaffa

Elenco farmaci maggiormente utilizzati in cure palliative:

sedativi-barbiturici-ipnotici:

midazolam 5 mg/ml soluz iniett

lorazepam 0,2% gtt

diazepam 5 mg/ml gtt, 10 mg/2 ml soluz iniett

fenobarbital 100mg cpr

neurolettici:

aloperidolo 2 mg/ml gtt, 10 mg/ml gtt, 5 mg/ml soluz iniett

clorpromazina 40 mg/ml gtt, 100 mg cpr, 25mg cpr, 50 mg/2ml soluz iniett

antistaminici:

prometazina 50 mg/2ml im

anticonvulsivanti:

carbamazepina 200 mg cpr, 400 mg cpr e cpr RM

clonazepam 0,5 mg cpr, 2 mg cpr, 2,5mg/ml gtt

gabapentin 100-300-400 mg cps

oxcarbazepina 300-600 mg cpr div

valproato 200 mg cpr, 500 mg cpr, 200 mg /ml gtt, 300 mg cpr RM, 500 mg cpr RM, 100-250-500-750-1000 mg granulato

antidepressivi:

amitriptilina 40 mg/ml gtt

venlafaxina 37,5-75-150 cps RP

antifibrinolitici ed emostatici:

acido tranexamico 500 mg/5 fl os ev im

etamsilato 250 mg cpr

antibiotici ed antimicotici

antiulcerosi:

inibitori di pompa protonica

ranitidina -75-150-300 cpr, 50 mg/5 ml soluz iniett

miorilassanti:

baclofene 10-25 mg cpr

bisfosfonati

oppioidi (tutte le formulazioni):

codeina-paracetamolo

tramadolo

morfina

fentanyl

oxycodone

idromorfone

buprenorfina

antagonista oppioidi

naloxone 0,4 mg/1 ml soluz iniett

antiemetici:

metoclopramide 10 mg cpr, 10 mg/2ml soluz iniett, 10 mg/10 ml scir, 4 mg/ml gtt os

levosulpiride 25 mg cpr, 25 mg/ml gtt, 25 mg/2 mlsoluz iniett

domperidone 10-20 mg cpr, 10-20 mg bust, 30-60 mg supp., 1 mg/ml sosp orale

corticosteridi iniettivi e orali

antisecretivi:

scopolamina butilbromuro 10 mg cpr, 10 mg supp, 20 mg /ml soluz iniett

scopolamina 1,5 mg cerotto

lassativiantidiarroicidiuretici:

spironolattone 25 -50 mg cps, 100 mg cpr

furosemide 25-500 mg cpr, 20 mg/2ml sol iniett

furosemide- spironolattone 20+50 mg cps

altro:

colestiramina 4 gr bust

paracetamolo 500, 1000 mg cpr, 10 mg/ml sol infus

pilocarpina 5 mg cpr

Elenco farmaci off-label in medicina palliativa :

- scopolamina
- propantelina
- furosemide
- nifedipina
- cortisteroidi per via inalatoria
- clonazepam
- lorazepam
- midazolam
- olanzapina
- risperidone
- farmaci antidepressivi triciclici
- venlafaxina
- metoclopramide
- domperidone
- morfina (uso nella dispnea)
- acido zoledronico
- baclofene
- pilocarpina
- uso di farmaci sottocute -
- uso farmaci nebulizzati
- uso farmaci in sedazione palliativa e terminale

REGOLAMENTO interventi di sollievo

Gli interventi di sollievo qui progettati saranno possibili grazie al forte raccordo con il sistema della residenzialità.

Le accoglienze temporanee programmabili e quelle in situazione di emergenza sono motivate da impedimenti temporanei della persona di riferimento a livello familiare.

La quasi totalità delle case di riposo ha espresso la propria disponibilità ad attivare il servizio; si ritiene una opportunità la diffusione capillare di tale servizio così da permettere la maggior accessibilità possibile per casi di questa complessità

| | |
|---|---|
| <i>3 - INTERVENTI DI SOLLIEVO</i> | |
| <i>3.3 - ACCOGLIENZA TEMPORANEA PROGRAMMATA IN STRUTTURE RESIDENZIALI</i> | |
| OBIETTIVO GENERALE | Supportare le famiglie impegnate nell'assistenza di persone anziane o disabili in condizione di non autosufficienza. |
| OBIETTIVI SPECIFICI | Alleviare temporaneamente il carico assistenziale della famiglia. |
| POPOLAZIONE TARGET | Anziani e disabili <u>non autosufficienti</u> o con impedimento temporaneo del <u>caregiver</u> |
| AZIONI | Accoglienza temporanea in struttura residenziale fino ad un massimo di 30 giorni; eventuale proroga fino ad un massimo di ulteriori 30 giorni previa verifica in UVMD. |
| RISORSE UMANE E MATERIALI | Messa a disposizione presso la struttura, di letti per l'accoglienza temporanea con garanzia degli standard di personale per l'assistenza. Sulla base del finanziamento per il sollievo si possono individuare fino ad un massimo di 15 posti di sollievo; eventuali altri posti vanno concordati con le strutture residenziali. Da prevedere la compartecipazione della famiglia. |
| COSTI | Quota sanitaria e quota alberghiera dal finanziamento per gli interventi di sollievo proveniente dal fondo per la domiciliarità. |
| ACCESSO | Valutazione UVMD |

| | |
|--|--|
| | <p>Criteri di inserimento in graduatoria in base a:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ condizioni socio-assistenziali; (VSOC supporto rete sociale da SVAMA)▪ condizioni economiche (reddito ISEE < euro 15291.91 redditi 2009);▪ fruizione di altri servizi/contributi economici.▪ gravità globale <p>La compartecipazione della famiglia è necessaria solo per interventi in favore di persone con reddito ISEE superiore al minimo</p> |
|--|--|

| |
|------------------------------------|
| AZIENDA ULSS 22, BUSSOLENGO |
|------------------------------------|

PROGETTO
DI SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE
NELL'AZIENDA ULSS 22

(2010 - 2011)

A cura della Direzione dell'U. O. C. Cure Primarie

PREMESSE

L'Azienda ULSS 22 della Regione Veneto copre un territorio abitato da 280.000 persone. Ogni anno si verificano circa 2800 decessi; considerando che l'incidenza dei tumori tra le cause di morte è tuttora molto elevata (circa il 30% dei decessi), possiamo stimare in circa 800/anno le persone che decedono a causa di una neoplasia.

Le stime regionali, che indicano nel 70% circa dei decessi per neoplasia i casi che necessitano di assistenza nella parte finale della malattia con le caratteristiche delle "cure palliative", così come definite dall'Associazione Europea per le Cure Palliative, identificano in circa 560 pazienti i destinatari del progetto nell'ULSS 22, con una prevalenza di 80 pazienti/giorno assistiti in fase terminale (60 giorni).

Per molte di queste persone la fase terminale della propria esistenza comporta problemi assistenziali di peso e complessità notevoli, ai quali la struttura familiare non sempre riesce a far fronte.

Da questo derivano due ordini di conseguenze: da un lato subentrano modifiche dei normali equilibri familiari, con la possibilità che si creino tensioni psicologiche nell'ammalato e nelle persone a lui più vicine; dall'altro aumenta notevolmente il ricorso a ricoveri ospedalieri spesso non giustificati dalla evoluzione clinica della malattia.

Il Distretto socio-sanitario, nella sua principale funzione di struttura deputata ad organizzare la risposta più opportuna ai diversi bisogni socio-sanitari dell'utenza, ha il compito di gestire l'assistenza al malato oncologico, in particolare nella fase terminale della propria malattia.

Per tali motivi l'Azienda ULSS 22 adotta il modello assistenziale delle Cure Palliative (CP) secondo la definizione data dall'OMS nel 1990 e modificata dalla Commissione ministeriale per le Cure Palliative nel 1999. Pertanto le CP:

- affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale
- non accelerano né ritardano la morte
- provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi
- integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza

- aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte
- sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto

FINALITA'

Il progetto, nella sua specificità, si propone di:

- migliorare la qualità della vita del paziente e dei suoi familiari in un momento di criticità
- fornire un livello assistenziale adeguato ai bisogni particolari espressi, inespressi e potenziali della situazione
- ridurre il ricorso improprio al ricovero ospedaliero.

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

DGR n. 2989 del 22/09/00 : "Adempimenti regionali ex Art. 1 del Decreto Legge 28.12.1998 n. 450 convertito dalla Legge n. 26.2.1999, n. 39." Allegato A

DGR n. 3889 del 31/12/2001 (Accordo Regionale per la medicina convenzionata) nella sua parte seconda, capo III punto 8 (Assistenza ai malati oncologici, o affetti da malattie inguaribili, nelle ultime fasi della vita)

DGR n. 1608 del 17/06/2008: Approvazione del documento "Indicatori per le cure palliative". Istituzione del Sistema informatico regionale per le cure palliative.

DGR n. 1609 del 17/06/2008: Approvazione del documento "Tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita e dei malati con dolore".

Legge Regionale n. 7 del 19 marzo 2009: "Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o fine vita e per sostenere la lotta al dolore".

DGR n. 4254 del 29/12/2009: "Progetti esecutivi per lo sviluppo delle reti di cure palliative aziendali per l'adulto, regionale per il bambino e per la lotta al dolore e azioni centrali del Coordinamento Regionale per le Cure Palliative e la lotta al dolore a sostegno dell'applicazione della L.R. 7/2009. Riparto dei contributi regionali per l'anno 2009 ai sensi della L.R. 7/2009.

Legge n. 38 del 15 marzo 2010: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Sono costituiti, nelle tre aree distrettuali, i **Nuclei di Cure Palliative (NCP)**. Ciascun NCP è formato da un medico con esperienza in cure palliative, un medico del Distretto esperto in organizzazione dei servizi, uno psicologo, infermieri (in numero di cinque per l'area distrettuale di Bussolengo e di quattro per le aree distrettuali di Domegliara e Villafranca) preferibilmente con documentata esperienza in CP e operatori socio sanitari dedicati alle cure dei malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita.

In presenza di condizioni particolarmente complesse riferite ai malati o ai loro familiari, il NCP può avvalersi del contributo di assistenti sociali, riabilitatori ed educatori per specifici aspetti di cura e assistenza.

Il NCP ha funzioni di Unità Valutativa Multiprofessionale Distrettuale (UVMD) per tutti gli assistiti presi in carico e pertanto si riunisce, per stabilire e monitorare il piano assistenziale, con il medico di medicina generale (MMG) che ha in cura l'assistito stesso.

Il NCP viene attivato su richiesta del MMG, dell'U. O. ospedaliera che dimette un paziente terminale, della famiglia dell'assistito o del Servizio di assistenza domiciliare distrettuale.

Il NCP:

- a) individua il bisogno del malato e della sua famiglia;
- b) provvede alle modalità di intervento e di assistenza adeguate all'evoluzione della patologia, secondo efficacia e nel rispetto della dignità della persona;
- c) gestisce la rete per le cure palliative nel rispetto dei desideri del malato e della continuità delle cure;
- d) fornisce consulenza a tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie che ospitano temporaneamente o stabilmente malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita.

In particolare:

- il NCP dell'area distrettuale di **Bussolengo** viene attivato **dal 1.11.2010** e l'attività svolta avrà carattere sperimentale per un periodo di sei mesi, al fine di monitorare l'andamento del modello organizzativo e permettere l'adozione delle soluzioni più funzionali per garantire la qualità dell'assistenza al malato terminale nel rispetto della normativa contrattuale degli operatori e delle esigenze di bilancio dell'Azienda.
- I NNCCPP delle aree distrettuali di **Domegliara** e di **Villafranca** entreranno in funzione **dal 1.5.2011** e fino a tale data i malati terminali verranno assistiti con le attuali modalità previste dalla forma assistenziale ADIMED, con la possibilità per gli operatori e per i MMG di avere una consulenza dal NCP di Bussolengo.
- **L'orario di servizio attivo del NCP va dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 del sabato e dei giorni prefestivi** fino ad eventuali nuove determinazioni.
- Il NCP opera in stretta collaborazione con l'U. O. di Oncologia del presidio ospedaliero di Bussolengo con il quale individua percorsi preferenziali di accesso in entrambe le direzioni; responsabile di tale integrazione è il medico palliativista che, pertanto, viene strutturato presso la predetta U. O..

- Il NCP della sede di Bussolengo opera in sinergia con l'**associazione di volontariato "A.M.O. Baldo Garda"** secondo le indicazioni previste dalla deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 18 marzo 2010 "Approvazione convenzione per attività di cure palliative domiciliari per pazienti oncologici in fase avanzata di malattia con associazione A. M. O. Baldo Garda onlus"

Per la **documentazione informatica** delle attività assistenziali del NCP viene utilizzato il sistema attualmente in uso per l'assistenza domiciliare, implementato in modo tale da soddisfare la produzione di dati richiesta dalla **DGR 1608/2008**.

La continuità delle cure ai pazienti terminali è garantita, durante gli orari non coperti dal servizio attivo, dai medici di **Continuità Assistenziale** come espressamente previsto dal vigente Patto Aziendale, attraverso un raccordo operativo informatizzato con tutte le sedi attive sul territorio aziendale.

Al NCP, durante la normale attività, verranno messi a disposizione dal Servizio di Farmacia Ospedaliera tutti i **farmaci**, compresi quelli di uso ospedaliero, richiesti dal medico palliativista come necessari per l'erogazione delle cure.

In collaborazione con il Controllo di Gestione aziendale verrà monitorato il **tasso di ricovero ospedaliero per i deceduti a causa di tumore negli ultimi tre mesi di vita** al fine di rispettare la previsione della riduzione di tali ricoveri del 15% entro la fine del 2011.

FORMAZIONE

L'Azienda ULSS 22, attraverso l'U. O. di Cure Primarie che agisce in collaborazione con l'U. O. di Oncologia, organizza ogni anno un **evento formativo specifico** dedicato all'aggiornamento in tema di Cure Palliative ed offerto in modo integrato a tutti gli operatori coinvolti nel NCP, ai medici di medicina generale e di continuità assistenziale.

L'Azienda, inoltre, favorisce la partecipazione degli operatori del NCP ad eventi formativi esterni organizzati dalla Regione Veneto o comunque ritenuti di particolare rilevanza per l'aggiornamento professionale.

Sarà compito dello psicologo gestire una **supervisione periodica** di tutto il personale direttamente impegnato nell'erogazione delle cure palliative, sulla base di positive esperienze già intraprese nel passato da codesta Azienda.

MONITORAGGIO

Il referente aziendale delle Cure Palliative, dott. Ermanno Motta, coordina le azioni previste dal presente progetto, esegue il monitoraggio degli obiettivi, funge da riferimento organizzativo per tutti gli operatori coinvolti, organizza la formazione e mantiene i contatti con il Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore.

In questi compiti viene supportato dalla dott. ssa Rosanna Fogliata, cui spetta il coordinamento dell'attività degli psicologi nei NNCCPP.

Il referente del progetto dovrà produrre una relazione semestrale alla direzione strategica aziendale sull'andamento del progetto ed è responsabile della stesura delle periodiche relazioni richieste dalla Regione nei tempi previsti.

INFORMAZIONE

La direzione dell'U. O. Cure Primarie predispone, in collaborazione con l'URP aziendale ed entro il 30.4.2011, la "**Carta dei diritti del malato a fine vita**" sulla base di quanto previsto dalla DGR 1609/2008.

Tale documento dovrà essere oggetto di specifica deliberazione della Direzione Generale e verrà pubblicizzato in tutte le sedi ospedaliere e territoriali dell'Azienda, nel sito aziendale e nel periodico dell'ULSS 22 "Obiettivo Sanità News".

Esso verrà inoltre inviato al Coordinamento regionale per la pubblicazione sul sito di tale organismo.

COSTO E DURATA DEL PROGETTO

Il presente progetto ha durata triennale dal 1.11.2010 al 31.10.2013 e viene finanziato, per le integrazioni previste all'attuale organizzazione aziendale, dallo stanziamento regionale previsto dalla L. R. 7/2009 e dalla DGR 4254/2009.

I fondi stanziati dalla Regione per gli anni 2009, 2010 e 2011 vengono introitati nel conto "Altri proventi da altri enti pubblici" e sono vincolati a sostenere le spese necessarie per la realizzazione del presente progetto