



TITOLO GENERALE

RETI AZIENDALE DI SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE PER L'ADULTO

ULSS N. 1 – BELLUNO

REFERENTE: DR. GIUSEPPE FORNASIER

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI	2009	2010	2011
L'Ulss n°1 garantisce l'offerta di Cure Palliative domiciliari in Cadore ed in Agordino, nell'ambito della Rete di assistenza ai malati terminali. Le cure sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni, nonché pronta disponibilità	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costituzione e avvio operatività di un Nucleo di Cure Palliative per il Distretto socio-sanitario n° 1 del Cadore 2. Iniziative preparatorie per l'avvio di un Nucleo di Cure Palliative per il Distretto socio-sanitario n°2 dell' Agordino 3. programma di comunicazione ai sanitari e informazione alla popolazione rispetto all'offerta di Cure Palliative portata dal NCP distrettuale. 4. avvio progetto di "dimissioni protette" dall'ospedale di Pieve di Cadore. 	<ol style="list-style-type: none"> 1-allargamento copertura assistenziale palliativistica ai pazienti affetti da patologie non neoplastiche. 2- Costituzione e avvio operatività di un Nucleo di Cure Palliative per il Distretto socio-sanitario n° 2 dell'Agordino. 3- avvio di rapporti collaborativi con associazioni di volontariato domiciliare 4- avvio progetto di "dimissioni protette" dall'ospedale di Agordo. 5- ristrutturazione organizzativa ed operativa dell'attuale NCP per il solo distretto di Belluno. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- consolidamento rapporti collaborativi con associazioni di volontariato domiciliare. 2- avvio servizio ambulatoriale di Cure Palliative nei distretti n° 1 e 2.

medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver (in integrazione con l' ADIMED)			
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	<p>Il contenuto del progetto: rendere possibile, per il Cadore e l' Agordino, l'operatività del Nucleo per le Cure Palliative (NCP), quale unità multiprofessionale di valutazione ed implementazione operativa del servizio domiciliare di assistenza e cura per i malati e loro familiari.</p> <p>Tra i diversi componenti del NCP (il medico di sanità pubblica, medico di medicina generale, il medico esperto in cure palliative, l'infermiere professionale, la psicologa e, secondo le necessità l'assistente sociale) riteniamo che la garanzia per una reale operatività domiciliare sia legata, in modo prioritario, alla disponibilità del medico ed infermiere esperti nelle Cure Palliative e di Fine Vita.</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	<p>Caratteristiche demo-geografiche di distretti: popolazione Cadore: 40.000 abitanti popolazione Agordino: 20.000 abitanti in aree montane, molto vaste, a bassa densità abitativa, ad elevato indice di invecchiamento. N° potenziale utenti: Secondo i criteri programmatori del DGR 2989, in considerazione di una durata media della fase di terminalità neoplastica di 60 giorni , una stima ragionevole quantifica il numero degli utenti potenziali (<u>per le sole cure palliative oncologiche</u>): pari a 34 pazienti/100.000 abitanti/giorno, che rapportata ai 60.000 abitanti del Cadore e Agordino porterebbe a circa <u>21 pazienti/die in carico</u>, con un loro ricambio bimestrale ed un totale annuo previsto di 126 pazienti. A ciò si aggiunga che la recente estensione delle Cure Palliative e di fine vita a tutti i malati inguaribili, permetterebbe di ricalcolare il potenziale degli utenti ottenendo, secondo dati di letteratura, un suo valore raddoppiato: 250 pazienti/anno, che rimane, per ora, certamente un valore assolutamente prospettico e non attuale.</p>		

<p>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....</p>	<p><u>Impegno orario settimanale dei professionisti esperti:</u> <u>Medico di cure palliative:</u> - 12 ore in Cadore / - 8 ore in Agordino <u>Infermiere esperto:</u> - 18 ore in Cadore / - 8 ore in Agordino <u>Psicooncologa:</u> - 10 ore in Cadore / - 4 ore in Agordino</p>		
<p>Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì</p>	<p>Il medico e l'infermiere del NCP sono operativi dal lunedì al venerdì (essendo peraltro sempre attive la presenza infermieristica e reperibilità medica dell'ADIMED)</p>		
<p>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 bisognino 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>Con specifici accordi tra le direzioni distrettuali ed i due presidi ospedalieri di riferimento (Cadore ed Agordo) vengono attivati "canali preferenziali" di accesso ai servizi diagnostici e curativi (es. servizio di terapia antalgica), presso i due ospedali di riferimento distrettuali. L'organizzazione di tali accessi "facilitati" alle prestazioni sanitarie e sociali sarà a carico dell'infermiere di CP, nella sua qualità di "case manager".</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, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a domiciliare. ...</p>			

L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08	Passo obbligato e previo dei NNCP sarà l'acquisizione e l'adozione del documento regionale sulla "tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita" quale cornice culturale-valutativa ed operativa del loro impegno assistenziale.	Diffusione dello stesso documento presso gli altri sanitari del territorio di competenza, le associazioni di volontariato interessate e la popolazione in generale.	
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	Sarà cura dei direttori di distretto mettere a disposizione dei neo-costituiti NNCP adeguato programma soft-ware per la registrazione informatizzata degli eventi assistenziali, in ottemperanza al DGR 1609/08.	Produzione del report annuale di attività secondo quanto previsto dal sistema informativo regionale.	Produzione del report annuale di attività secondo quanto previsto dal sistema informativo regionale.
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	Il NCP (con i suoi componenti) sarà luogo decisionale, in modalità UVMD, unitamente al medico di distretto e al MMG, della programmazione assistenziale iniziale e delle rivalutazioni successive.		
Altre azioni			

Particolare sostegno sarà dato ai progetti che prevedono anche aspetti di particolare innovazione, come:			
	2009	2010	2011
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	Già è attiva (dal 2000) nella nostra Ulss n°1, per tutti i tre distretti, una copertura assistenziale ADIMED sui sette giorni e con reperibilità medica ed infermieristica h24 (operata in appalto con società esterna)	Continuano i precedenti impegni e livelli organizzativo-assistenziali	Continuano i precedenti impegni e livelli organizzativo-assistenziali
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	Vedi sopra. In particolare si specifica che il medico rappresentante della società erogatrice, partecipa quale osservatore alla UVMD, traendone gli elementi clinici e il rilievo dei bisogni assistenziali, riportati nel Piano assistenziale individuale (PAI); tali elementi costituiscono la scheda informativa che è		

<p>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</p>	<p>invita ad ogni medico ed infermiere reperibili.</p>		
<p>La previsione di una consulenza del NCP presso le strutture del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali</p>	<p>Viene avviato un programma di comunicazione ai sanitari e informazione alla popolazione rispetto all'offerta di Cure Palliative portata dal NCP distrettuale.</p>	<p>Avvio del supporto consulenziale presso strutture ospedaliere e residenziali (Ospedale di Comunità e Case di riposo). Impegno orario medico: 3 ore /sett.</p>	
<p>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</p>	<p>Avvio di una collaborazione sul piano della formazione, in tema di CP e Fine vita, con l' hospice "Casa tua due" di Belluno, attraverso una partecipazione degli operatori domiciliari agli appuntamenti formativi regolarmente organizzati (es. "Giovedì formativi").</p>	<p>Organizzazione di 2 eventi formativi annuali per i medici ospedalieri, MMG e infermieri (ADI e Case di riposo) sui temi della palliazione e del fine-vita.</p>	<p>Organizzazione di 2 eventi formativi annuali per i medici ospedalieri, MMG e infermieri (ADI e Case di riposo) sui temi della palliazione e del fine-vita</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>Si prosegue con la già avviata, a livello di ADIMED, fornitura domiciliare di farmaci ospedalieri (su richiesta del MMG)</p>	<p>Continuano i precedenti impegni e livelli organizzativo-assistenziali</p>	<p>Continuano i precedenti impegni e livelli organizzativo-assistenziali</p>
<p>Altri aspetti particolarmente innovativi</p>	<p><u>Servizio di consulenza telefonica</u>: per garantire la disponibilità telefonica del medico palliatore del NCP, per contatti e consulenze, viene attivata una: help-line telefonica, attiva per le 12 ore diurne (dalle 8.00 alle 20.00 - dei giorni feriali), tramite chiamata a telefono cellulare dedicato. Tale servizio è messo a disposizione dei medici e infermieri delle Cure Primarie (MMG ed infermieri domiciliari), nonché dei medici ed infermieri delle Case di Riposo del Cadore e Agordino.</p>	<p>Continuano i precedenti impegni e livelli organizzativo-assistenziali</p>	<p>La copertura oraria della help-line diventa h 24.</p>

INDICATORI DI STRUTTURA

Vengono richiamati gli indicatori di struttura definiti dall'Allegato A del DGR 1608 del 17.06.08

INDICATORI di PROCESSO

CRITERIO	INDICATORE	FREQUENZA DI RILEVAZIONE												
Attivazione tempestiva delle cure: il NCP garantisce la tempestiva attivazione delle cure al paziente.	<ul style="list-style-type: none"> N° dei malati presi in carico con tempo di attesa per l'inizio dell'assistenza domiciliare ≤ 3 gg / N° dei malati presi in carico dal NCP. N° dei malati presi in carico per i quali sono stati necessari interventi domiciliari anteriori alla prima Valutazione Multidimensionale / N° dei malati presi in carico dal NCP. N° dei malati presi in carico con tempo di attesa fra la fine dell'ultima modalità assistenziale ed il ricovero in hospice ≤ 3 gg / N° dei malati presi in carico dal NCP. 	Rilevazione ripetuta annualmente												
Garanzia di continuità delle cure: il NCP garantisce la continuità delle cure fra i diversi livelli assistenziali.	<ul style="list-style-type: none"> Sommatoria delle giornate di cura erogate a tutti i pazienti presi in carico/ numero dei pazienti presi in carico. N° di interventi del Medico di reperibilità ADIMED lungo l'assistenza / N° dei malati presi in carico dal NCP, X 100 	Rilevazione ripetuta annualmente												
Tipologia dei soggetti segnalatori	<p>Distribuzione della tipologia dei soggetti segnalatori del caso all'equipe di cure palliative, tra l'1 gennaio ed il 31 dicembre</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>MMG</th> <th>FAMILIARI</th> <th>REPARTI OSP</th> <th>SERVIZI SOCIALI</th> <th>MALATO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N°casi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		MMG	FAMILIARI	REPARTI OSP	SERVIZI SOCIALI	MALATO	N°casi						
	MMG	FAMILIARI	REPARTI OSP	SERVIZI SOCIALI	MALATO									
N°casi														
Durata dell'assistenza: il NCP garantisce che la durata delle cure offerte ai malati neoplastici terminali è conforme agli standard individuati.	<ul style="list-style-type: none"> N° delle giornate di cura erogate al domicilio per malati deceduti per neoplasia, presi in carico dal NCP dall'1 gennaio al 31 dicembre / N° dei malati deceduti per neoplasia, presi in carico dal NCP dall'1 gennaio al 31 dicembre. 	Annuale												
Intensità dell'assistenza: il NCP garantisce che l'intensità dell'assistenza	<ul style="list-style-type: none"> N° di giornate in cui si è verificato almeno un accesso da parte di un operatore / N° di giornate di cura erogate (Coefficiente 	Annuale												

domiciliare offerta è tale da soddisfare i bisogni socio-sanitari e assistenziali dei malati.	di Intensità Assistenziale, C.I.A.).	
---	--------------------------------------	--

FINANZIAMENTO RICHIESTO:

La stima degli oneri finanziari derivanti dal progetto esposto è pari a:

Anno 2009 : €uro 117.000,00.=

Anno 2010 : €uro 116.000,00 . =

Anno 2011 : €uro 116.000,00 . =

Il piano di spesa di dettaglio sarà fornito con successivo documento.

La spesa sovraesposta è da intendersi in aggiunta a quella storica per le cure palliative.

ULSS N. 2 – FELTRE

REFERENTE: DR. GINO GOBBER

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI	2009	2010	2011
A. Promozione della domiciliarietà negli ultimi mesi di vita con contestuale riduzione dei ricoveri ospedalieri B. Presa in carico precoce dei pazienti C. Garantire la continuità dell'assistenza e la gestione integrata dei pazienti D. Ridurre i ricoveri ospedalieri dei malati oncologici negli ultimo 90 giorni di vita E. Estendere la presa in carico ai pazienti terminali non oncologici F. Migliorare il sistema informativo/informatico	Obiettivi : A – B – C – D – E - F	- Obiettivi: A – C – D - F	Obiettivo E
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	Il NCP è stato attivato con delibera del Direttore Generale n. 247 del 4/3//1998 Nel corso degli anni l'attività del NCP si è sempre più consolidata e per l'anno 2009 i costi sono stati i seguenti: Costo complessivo del personale: 348.000 <u>euro</u> Spesa corrente per beni economici e servizi: <u>55.400 euro</u>		

<p>Obiettivi: A – C – D – E</p> <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 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>Nel corso del 2009 si è provveduto all'assunzione mediante pubblico concorso di 1 psicologo (delibera n. 447 del 28/05/2009) e nel primo semestre 2009 l'attività è stata garantita da unità a rapporto libero professionale</p> <p>Finanziamento complessivo richiesto = <u>Euro 54.000</u></p>	<p>Revisione del modello organizzativo e delle dotazioni di personale medico con eventuale ampliamento dell'orario di attività</p>	
<p>Obiettivi : A – C - D</p> <p>Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì</p>	<p>E' stato attivato per l'anno 2009 un servizio di pronta disponibilità diurna infermieristica dalle ore 16.00 alle ore 20.00</p> <p>Finanziamento richiesto = <u>euro 10000</u></p>	<p>Integrazione con il servizio infermieristico domiciliare per una estensione della reperibilità alle giornate festive</p>	
<p>Obiettivi B - C</p> <p>Ai sensi dell'art.6, comma 2, L.R.7/2009, la descrizione di</p>	<p>Applicare i percorsi di dimissione protetta</p>		

<p>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>Obiettivo D 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, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a 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>Collaborazione con il centro di cure palliative pediatriche della regione Veneto e con l'UO di Pediatria dell'Urss 2 per la presa in carico dei bambini in fase di teminalità</p>	<p>Avvio del progetto per presa in carico della terminalità cardiaca e pneumologica</p>
<p>Obiettivo A L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08</p>	<p>Predisposizione ed adozione della carta dei diritti del malato a fine vita Finanziamento per costi di stampa e diffusione = euro 5.000</p>		
<p>Obiettivo F 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>Dotazione palmari ad operatori infermieristici per rispondere al debito formativo ai sensi della DGR 1608/08 FINANZIAMENTO = 9.000</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 Finanziamento 10.000</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>Altre azioni</p>			

Particolare sostegno sarà dato ai progetti che prevedono anche aspetti di particolare innovazione, come:			
	2009	2010	2011
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>Obiettivi A – C – D - E</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 NNCP distrettuali</p>	<p>Sviluppare modelli di integrazione con i medici della continuità assistenziale e con il servizio infermieristico domiciliare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definire procedure di interazione con i medici della CA e al loro supporto decisionale da parte dei medici del NCP - Programmare corsi formativi per i medici della CA sulle problematiche della terminalità - Organizzare interventi ed incontri formativi finalizzati all'integrazione con il servizio infermieristico domiciliare - 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 <p>Finanziamenti richiesti: corsi formativi e definizione procedure = 2.000 euro applicazione patti aziendali = 60.000 euro</p>	<p>Analisi di un modello organizzativo che preveda la rintracciabilità telefonica dei medici CP ad uso festivo e notturno da parte dei medici della continuità assistenziale</p> <p>Finanziamento richiesto = <u>euro 12045</u></p>	
<p>Obiettivo A - D</p> <p>La previsione di una consulenza del NCP presso le strutture del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali</p>		<p>Attivazione delle modalità di lavoro comune con il day hospital oncologico; attivazione dell'ambulatorio di cure palliative presso L'oncologia</p>	
<p>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</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	Nel corso del 2009 la spesa corrente per farmaci (fornitura diretta) è stata di 42.259 euro		
Obiettivo A - D Disponibilità ad eseguire a domicilio procedure sanitarie (toracentesi e paracentesi) in sicurezza, evitando il trasporto in ospedale e possibili ricoveri	Acquisto ecografo portatile, vincolato alla erogazione del finanziamento richiesto finanziamento richiesto = <u>euro 25000</u>		Consolidamento dei protocolli di collaborazione con l'UO di neurologia per la presa in carico dei pazienti con SLA

FINANZIAMENTO RICHIESTO PER IL 2009:

capitolo	euro
Personale: - Psicologo - Pronta disponibilità infermieristica	54.000 10.000
Corsi di formazione	2.000
Strumentazione informatica (palmari)	9.000
Strumentazione biomedicale (ecografo)	25.000
Applicazioni patti continuità assistenziale	60.000
TOTALE	160.000

ULSS N. 3 – BASSANO DEL GRAPPA

REFERENTE: DR.SSA FRANCESCA BUSA

PREMESSA

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

- 1 medico palliativista a t.p. con funzioni di coordinatore;
- 1 medico di medicina generale con contratto di 18 ore settimanali;
- 1 psicologa a rapporto libero professionale a 36 ore settimanali;
- 1 infermiera dell'assistenza domiciliare p.t. 28 ore settimanali.

Il nucleo è impegnato nelle seguenti funzioni:

Medici palliativisti	<p>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).</p> <p>Ambedue i medici palliativisti svolgono le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ 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 anestesiologicala.❖ 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	<ul style="list-style-type: none">❖ Valutazione psico-sociale iniziale, in ospedale o a domicilio, del paziente e dei familiari per la formulazione del progetto assistenziale.

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 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'equipe 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'equipe (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	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 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 UVDM.

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 TRIENNALE 2009 - 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 sono:

- 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.

CRITERI E AZIONI	2009	2010	2011
Il NCPI e il percorso aziendale	Ridefinizione del percorso assistenziale con aggiornamento del protocollo e incremento dell'attività per il Distretto di Asiago.	Ridefinizione del NCPI nella tecnostuttura aziendale.	
Personale: Psicologo	Aumento orario da 30 a 36 ore con contratto libero professionale. (€ 10.000)	Trasformazione del rapporto l.p. dello psicologo in rapporto di dirigente psicologo dipendente a t.p. (€ 25.000)	Borsa di studio per psicologo p.t 18 ore per Distretto di Asiago (€ 30.000)
Personale: Medico palliativista	1 medico palliativista MMG a 24 ore sett. (€38.000)	Espletamento pratiche per 1 incarico libero professionale che prenderà servizio dal 1.01.2010 per 20 ore settimanali. (borsa di studio sostenuta da associazione ONLUS)	Ulteriore incarico per medico palliativista di almeno 20 ore settimanali. (€36.000)
Personale: Medico: continuità assistenziale	Progetto di miglioramento del servizio di C.A per Hospice e cure palliative domiciliari	Attuazione del protocollo condiviso con CA previo percorso formativo di circa 30 ore per i medici di CA (€ 5.000)	
Personale: Medico: specialisti	Consulenze domiciliari secondo progetto UVDM. (€6.000)	Consulenze domiciliari secondo progetto UVDM (€10.000)	

Personale: Infermieri	Incremento orario del personale infermieristico dedicato alla dimissione dei pazienti in cure palliative, all'assistenza domiciliare e agli ambulatori integrati. (€40.000)	Assegnazione di altri 2 infermieri dedicati per le cure palliative domiciliari. (€ 65.000)	Assegnazione di altri 2 infermieri dedicati per le cure palliative domiciliari. (€ 65.000)
Personale: O.S.S.	Richiesta assegnazione personale O.S.S.	Assegnazione di 1 unità di personale O.S.S. (€ 26.000)	
Personale: Volontario	Corso di formazione di 30 ore per volontari disponibili per l'assistenza domiciliare. (€ 6.000)	Inserimento sperimentale figura del volontario in equipe	Attività del volontariato a regime.
Copertura assistenziale	a. Infermieri: 7-19 dal lunedì al sabato e attivo su reperibilità dalle 8 alle 20 nei giorni festivi. b. Medici palliativisti: disponibilità dalle ore 8.00 alle 20.00, dal lunedì al venerdì, e sabato h.8.00-10.00. Retribuzione della reperibilità dei medici palliativisti e dell'Hospice dal lunedì al venerdì e sabato h. 8.00-10.00 (€30.000)	a. Infermieri; 8-20 dal lunedì al sabato: e attivo su reperibilità dalle 8 alle 20 nei giorni festivi. b. Medici palliativisti: disponibilità dalle ore 8.00 alle 20.00, dal lunedì al venerdì e sabato h.8.00-10.00. (€30.000)	a. - Infermieri; 8-20 dal lunedì al sabato: e attivo su reperibilità dalle 8 alle 20 nei giorni festivi. b.- medici palliativisti e dai medici di continuità assistenziale. Continuità h.24 (€30.000)
Accessibilità ai servizi	Accessibilità diretta all'Hospice al bisogno.	Condivisione e implementazione di	Percorso consolidato

		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 NCP, pratiche burocratiche)	
Piano riduzione dei ricoveri	Accordi integrati ospedale-distretto per migliorare la presa in carico domiciliare del paziente oncologico negli ultimi 90 giorni di vita. (Patto aziendale 2009 con MMG e CA, accordi con U.O. Ospedaliere)	Riallocazione risorse umane rese disponibili: <ul style="list-style-type: none"> • personale infermieristico; • competenze specialistiche rese disponibili per il domicilio. 	
Carta dei diritti del malato a fine vita	Da ristampare aggiornata e da diffondere. (€8.000)		
Sistema informativo	Adozione adeguato software. (€ 20.000)	A regime nuovo software	
Criteri di accesso all'Hospice	Documento condiviso. Da aggiornare con le indicazioni della direzione regionale.	Implementare il documento secondo il protocollo regionale.	A regime
Programmazione e gestione assistenza	Assegnazione UVDM al NCPI.		

Erogazione farmaci	Protocollo ADI Med	Protocollo farmaci H	
Continuità assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorio territoriale in una sede di pianura Ambulatorio integrato NCPI – Oncologia in Ospedale di Bassano 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorio territoriale in una sede di montagna Ambulatorio integrato NCPI – Ospedale di Asiago. 	Ambulatori territoriali e integrati a regime.
Assistenza al familiare fragile	Attivazione 1° gruppo elaborazione lutto condotto dallo psicologo Preso Distretto 1.	Attivazione 2° gruppo elaborazione lutto condotto dallo psicologo presso Distretto 1.	Attivazione gruppo elaborazione lutto condotto dallo psicologo presso Distretto 2 di Asiago
Supervisione e sostegno psico-emozionale degli operatori dell'équipe.	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione audit clinici; attivazione “gruppi di parola” periodici; consulenza telefonica “su chiamata”. 	Supervisione su aspetti psico-relazionali ed etici della pratica clinica e assistenziale nelle cure palliative.	Attività di supervisione, di audit e sostegno al personale a regime.
Costi stimati	€ 158.000	€161.000	€161.000

INDICATORI

- n° gg di ricovero/n° totale di gg di assistenza in ADI
- n° chiamate del 118
- n° chiamate della Continuità assistenziale
- n° accessi al pronto soccorso
- n° accessi dello specialista a domicilio
- n° accessi del mmg/n° totale dei gg di assistenza
- n° accessi degli infermieri
- n° pazienti in cura < 8 gg
- n° pazienti in cura > 90 gg

• % decessi a casa
• % decessi in ospedale
• consumo di morfina
• controllo dei sintomi: dolore, dispnea, stipsi, vomito, insonnia, ansia
• gradimento del servizio da parte della famiglia
• soddisfazione degli operatori dell'equipe
• n° incontri di audit
• n° riunioni di equipe
• n° di pazienti e n° di accessi all'ambulatorio territoriale
• n° di accessi dei medici palliativi visti
• n° di consulenze dei medici palliativisti
• n° di pazienti e di accessi all'ambulatorio psicologico territoriale
• n° di accessi della psicologa presso il domicilio
• n° di consulenze psicologiche ai care-givers
• n° pazienti seguiti anche dal volontario
• n° accessi a domicilio dei volontari

FINANZIAMENTO RICHIESTO

Al fine di poter conferire al NCPI dell'Azienda ULSS n.3 l'organizzazione delineata dalle linee di indirizzo regionale, nell'ambito del progetto triennale 2009 – 2011, il finanziamento richiesto per l'anno 2009, ammonta a € 158.000 per l'implementazione di risorse umane per, per la formazione e l'informazione e per l'adeguamento del software.

ULSS 4 – ALTOVICENTINO

REFERENTE: DR ROBERTO TOFFANIN

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI	2009	2010	2011
Definizione dei criteri di presa in carico da parte del NCP	X		
Consolidamento e sviluppo del NCP aziendale	X	X	X
Integrazione ospedale-territorio nella definizione di un programma multiprofessionale che salvaguardi la continuità clinico-assistenziale (servizio di dimissioni protette esteso a tutte le U.O. ospedaliere)	X	X	X
Controllo del dolore e dei sintomi correlati alla gestione del paziente in Cure Palliative in territorio ed in ospedale	X	X	X
Riconoscimento da parte di tutti i servizi aziendali delle scelte del paziente e della famiglia rispetto al luogo di cura e di morte e modulazione della risposta	X	X	X
Anticipazione della presa in carico del paziente in Cure Palliative	X	X	X
Adeguamento degli standard di personale sanitario		X	X
Sviluppo del Sistema informativo delle Cure Palliative, integrato con il Distretto, la MG, la MCA e le UO ospedaliere	X	X	X
Audit multiprofessionale sulla qualità dell'assistenza, della comunicazione e della partecipazione dei pazienti e delle famiglie (con scheda STAS)		X	X
CRITERI E AZIONI	2009	2010	2011
Ai sensi dell'art.2 della L.R.7/2009 ogni A.ULSS	E' stato	Adeguamento	

<p>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>costituito un unico NCP. Articolato nelle due sedi di Distretto, in coerenza all'organizzazione aziendale (Dip.to Cure Primarie, Centrale Operativa) . Delibera n. 407 del 15/06/2006</p>	<p>della Delibera 407 alla LR 7/2009 e riaffidamento competenze e funzioni</p>	
<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>Situazione attuale: il personale è in parte dipendente ed in parte convenzionato con l'Associazione OLOSMED)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infermieri per le Cure Palliative Domiciliari e per l'Ambulatorio di Cure Palliative: 6.5 t.p.e - Medici esperti in Cure Palliative 2.5 t.p.e. - Psicologi 1 t.p.e - OSS 0 t.p.e. <p>Assegnazione al</p>	<p>Raggiungimento degli standard di personale dedicato</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.</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>NCP di un Medico terapeuta del dolore</p>		
<p>Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì</p>	<p>- Servizio Cure Domiciliari attivo dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 17.30 - Ambulatorio NCP lun mer ven</p>	<p>Estensione giornate di apertura dell'ambulatorio di CP dal lunedì al venerdì</p>	<p>Incremento dell'orario dell'ambulatorio di Cure Palliative e potenziamento del servizio infermieristico in fascia pomeridiana</p>
<p>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>Accordo per accesso facilitato alla radiologia e alle prestazioni invasive non eseguibili a domicilio o in ambulatorio NCP (CVC, PEG, port-cath)</p> <p>(Delibera DG n. 942 del</p>	<p>Perfezionamento e formalizzazione del protocollo di accesso facilitato per le indagini e le procedure non eseguibili presso il NCP, richiedenti l'accesso presso altri servizi ospedalieri o extra aziendali</p>	<p>Revisione dei protocolli degli interventi eseguibili a domicilio e/o presso l'ambulatorio di Cure palliative o c/o altri servizi ospedalieri</p> <p>Perfezionamento di accordi con</p>

	04/12/2008)	(ambulatorio con funzioni di Day service) 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 con il Dipartimento chirurgico per accesso facilitato a piccoli interventi (PEG.....),	centri di riferimento provinciale e/o regionale per prestazioni non eseguibili in azienda (es Radioterapia antalgica)
<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, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a 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</p>	<p>Riduzione dei ricoveri oncologici negli ultimi 90 giorni di vita, ritenuti inopportuni, al 90% rispetto agli attesi (media regionale)</p>	<p>Riduzione al 80% dei ricoveri oncologici attesi rispetto alla media regionale. Patti aziendali con la MG la PLS aggiuntivi di Cure Palliative (ospedali di comunità)</p>	<p>Riduzione al 75% dei ricoveri oncologici attesi rispetto alla media regionale Patti aziendali con la MG la PLS aggiuntivi di Cure Palliative (ospedali di comunità)</p>

Coordinamento) e il Registro Tumori del Veneto hanno predisposto tavole specifiche, descrittive o di stima, degli andamenti dei ricoveri nelle singole Aziende			
L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08	Adozione della carta dei Diritti dei malati a fine vita e con dolore e diffusione nelle U.O. ospedaliere	Presenza visione e discussione in equipe in tutte le UO. Diffusione ai malati e ai familiari.	Documentazione e discussione multiprofessionale e delle scelte del paziente e della sua famiglia rispetto al luogo di cura e di morte
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	Rilevazione routinaria dell'Indice di Continuità Assistenziale (accesso domiciliare di tutti gli operatori sanitari) Adozione della STAS come strumento di valutazione di equipe nelle Cure Palliative	Condivisione degli strumenti di rilevazione del dolore e degli altri sintomi (NCP, Oncologia, Cure Domiciliari, MG e PLS) Implementazione del sistema informativo secondo le indicazioni del Coordinamento Regionale Adozione dei criteri d'accesso in hospice secondo la DGR 3318/08	Messa a regime del sistema informativo secondo le indicazioni del Coordinamento Regionale e dei criteri d'accesso in hospice secondo la DGR 3318/08
L'attribuzione delle funzioni di UVMD al NCP per quanto di competenza, facendo così	Effettuazione di UVMD	Condivisione del modello con la	

convergere, nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la gestione dell'assistenza	funzionali per le CP con definizione di un percorso assistenziale individuale che preveda l'assistenza nel decorso naturale della patologia e tutte le possibili evenienze con i relativi interventi necessari.	MG, la PLS e le Cure Domiciliari	
Altre azioni			

Particolare sostegno sarà dato ai progetti che prevedono anche aspetti di particolare innovazione, come:			
	2009	2010	2011
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	Cure Domiciliari: servizio già attivo il sabato e la domenica mattina, con reperibilità infermieristica notturna e festiva per tutta la settimana Consulto telefonico (in fascia diurna) del Palliativista per gli Infermieri del NCP e delle Cure Domiciliari per alcuni casi selezionati (ad elevata instabilità)	Consulto telefonico (in fascia diurna) del Palliativista per gli Infermieri del NCP e delle Cure Domiciliari per tutti i soggetti in Cure palliative	Consulto telefonico 24 ore del Palliativista per gli Infermieri del NCP e delle Cure Domiciliari per tutti i soggetti in Cure palliative
Definizione di procedure volte a garantire un supporto decisionale, da parte di medici con competenza in cure	Già attivo il Teleconsulto per MMG con Specialista Palliativista durante la	Ampliamento fascia oraria Teleconsulto per	Attivazione Teleconsulto con il Medico

<p>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 NNCP distrettuali</p>	<p>fascia oraria diurna</p>	<p>il MMG 12 ore per 5 gg/sett Individuazione e formazione di un gruppo di MCA maggiormente motivati alle Cure Palliative</p>	<p>Palliativista per Medici di Continuità Assistenziale 24 ore per 7 gg/sett Presenza in servizio nei fine settimana di un MCA formato alle Cure Palliative</p>
<p>La previsione di una consulenza del NCP presso le struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliera e residenziali</p>	<p>Già avviata per i pazienti ospedalizzati</p>	<p>Consolidamento per i pazienti ospedalizzati e avvio per i residenziali</p>	<p>Formalizzazione a regime per i pazienti ospedalizzati e definizione protocolli con le strutture residenziali</p>
<p>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</p>	<p>Incontro mensile di supervisione con Psicologo ed equipe infermieristica Incontro mensile di con Medico Palliativista ed equipe infermieristica Incontro mensile di con Coordinatore Infermieristico ed equipe infermieristica Riunione settimanale di tutta l'equipe del NCP a scopo programmatico,</p>	<p>Coinvolgimento del MMG agli incontri di supervisione</p>	<p>Supervisione della rete</p>
<p>La disponibilità di tutti i farmaci, ordinariamente ad uso ospedaliero, che</p>	<p>Formalizzazione all'interno della CTA della</p>	<p>Stesura di percorsi condivisi</p>	<p>stesura protocollo per la fornitura di</p>

si rendessero necessari per l'erogazione di cure palliative a domicilio o in hospice	fornitura delle specialità medicinali a base di midazolam a pazienti assistiti sul Territorio	per la fornitura di farmaci e dietoterapici a pazienti oncologici sul Territorio non con profilo ADIMED	farmaci ospedalieri (OSP1) a pazienti assistiti sul Territorio
Altri aspetti particolarmente innovativi: registro dei pazienti eleggibili per le cure palliative e condivisione in rete del programma personale di cure palliative	Segnalazione attiva al NCP del paziente oncologico, eleggibile per le CP, da parte dell'UO di Oncologia e inizio del monitoraggio da parte del NCP	Segnalazione attiva al NCP del paziente, eleggibile per le CP, da parte di tutte le UO e MMG	Attivazione di un protocollo per il monitoraggio dei programmi di Cure Palliative
Altri aspetti particolarmente innovativi: Centrale Operativa delle Cure Domiciliari	Gruppo infermieristico di integrazione, coordinamento e monitoraggio delle Cure Domiciliari	Integrazione funzionale e organizzativa con la rete di Cure Palliative	Supervisione e adeguamento organizzativo
Altri aspetti particolarmente innovativi: Rintracciabilità del personale del NCP	Dotazione di telefono cellulare di servizio al personale dipendente, Medici Palliativisti e Infermieri del NCP e delle Cure Domiciliari, per immediata reperibilità durante il servizio	Completamento della dotazione di telefono cellulare di servizio al personale del NCP per immediata reperibilità durante il servizio	
Altri aspetti particolarmente innovativi: servizio dimissioni protette e utilizzo di diario infermieristico informatizzato, disponibile in rete Per il NCP, l'U.O. ospedaliera e il MMG	Accesso strutturato alle UO del Dip.to Medico e U.O. di Chirurgia per la presa in carico tempestiva dei pazienti fragili da parte degli infermieri del	Sviluppo ed estensione agli altri dipartimenti ospedalieri	Consolidamento e supervisione del protocollo

	<p>gruppo dimissioni protette e compilazione/condivisione del diario infermieristico durante il ricovero ospedaliero da parte della Coord.Inf. Ospedaliero e del Coordinatore Infermieristico del Territorio</p>		
<p>Altri aspetti particolarmente innovativi: Fascicolo socio-sanitario individuale del Paziente in Cure Palliative</p>	<p>Disponibilità di accesso in rete al fascicolo sanitario informatizzato (progetto assistenziale, sintesi ultimo ricovero, accessi del Medico di Continuità Assistenziale, accessi al PS, terapia in atto e diario clinico territoriale del paziente) da parte del MMG, MCA, NCP, Cure Domiciliari, Assistente Sociale e UO Ospedaliere</p>	<p>alimentazione del Fascicolo da parte del NCP</p>	<p>Completamento alimentazione del Fascicolo da parte del NCP per tutti i pazienti eleggibili per le Cure Palliative</p>
<p>Altri aspetti particolarmente innovativi: Controllo del dolore con l'integrazione nel NCP delle competenze di terapia antalgica di 2° livello e di prestazioni invasive</p>	<p>Assegnazione c/o NCP di un Medico terapeuta del dolore per l'effettuazione delle prestazioni invasive e per la terapia antalgica di secondo livello</p>	<p>Definizione di un protocollo per le prestazioni invasive e la terapia antalgica</p>	<p>- ricerca e sperimentazione del diario del dolore per malati ambulatoriali (a partire dalla diagnosi oncologica per quei tumori più dolorosi polmone...) - sperimentazione di tecniche</p>

			alternative e innovative complementari di controllo dell'ansia generata da situazioni dolorose e da paura
Altri aspetti particolarmente innovativi: Supporto terapia nutrizionale per pazienti con tumore dell'esofago, della testa e del collo	Definizione di un protocollo per la terapia nutrizionale domiciliare	Messa a regime del servizio di terapia nutrizionale domiciliare	Supervisione e perfezionamento
Altri aspetti particolarmente innovativi: Valutazione della qualità della vita residua e del carico del caregiver	Progettazione di un protocollo per la valutazione del carico assistenziale ed emozionale del Care giver	Registrazione del carico assistenziale ed emozionale del Care Giver Effettuazione di incontri con i familiari tenuti dal MCP e dal Psicologo, finalizzati al sostegno emozionale e clinico assistenziale.	Monitoraggio del Care Giver per tutti i sogg. in CP ed intervento dello Psicologo per tutti i casi ad elevato stress assistenziale Effettuazione di incontri con i familiari tenuti dal MCP e dal Psicologo, finalizzati al sostegno emozionale e clinico assistenziale.

INDICATORI:

Numero riunioni e di partecipanti al NCP

Indice di Copertura Assistenziale nell'ultimo mese di vita.: Standard DM 43 del 22/02/07: 60% giorni

% pazienti deceduti per cancro con presa in carico amb./dom. del NCP. Standard DM 43 del 22/02/07: 65%

Numero di giorni in NCP ultimi 6 mesi (amb., dom.) Standard DM 43 del 22/02/07: 55 gg.

Numero decessi in hospice/UPA. Standard DM 43 del 22/02/07: 1/56

% morti per cancro deceduti a casa

Indicatori previsti dal 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

FINANZIAMENTO RICHIESTO:

Medici Palliativisti	65.000,00
Psicologo	40.000,00
Infermieri	114.000,00
Formazione	15.000,00
Software e attrezzature informatiche	25.000,00
Sviluppo sistema informativo e valutativo sulle Cure Primarie	10.000,00
Cancelleria e beni di consumo	8.000,00
Automezzi	15.000,00
Totale	292.000,00

ULSS N. 5 – OVESTVICENTINO

REFERENTE: DR. PIETRO MANNO

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI	2009	2010	2011
	<p>Mantenimento e miglioramento di standard assistenza per domiciliare per pazienti in fase di terminalità presso ULSS 5 Ovest Vicentino.</p> <p>Riduzione ricoveri impropri ultimi 90 giorni, incremento numero decessi a domicilio.</p> <p>Formazione di un nucleo di cure palliative operante nell'ambito del circuito oncologico ospedale/territorio dimensionato nel rispetto delle Disposizioni transitorie L.R N°7 4/2009.</p>	<p>Mantenimento e miglioramento di standard assistenza per pazienti in fase di terminalità ULSS5 Ovestvicentino.</p> <p>Riduzione ricoveri impropri ultimi 90 giorni, incremento numero decessi a domicilio.</p> <p>Incremento dell'attenzione al dolore e consumo di farmaci oppioidi.</p> <p>Estensione della reperibilità telefonica h24</p>	<p>Mantenimento e miglioramento di standard assistenza per pazienti in fase di terminalità ULSS5 Ovestvicentino.</p> <p>Riduzione ricoveri impropri ultimi 90 giorni, incremento numero decessi a domicilio.</p> <p>Incremento dell'attenzione al dolore e consumo di farmaci oppioidi</p> <p>Garanzia della continuità assistenziale h24</p>

	Incremento dell'attenzione al dolore e consumo di farmaci oppioidi		
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	Al momento è operativo un nucleo di cure palliative, transmurale tra ospedale e territorio in linea con linea con gli obiettivi del circuito oncologico ospedale territorio. Attualmente per 180000 abitanti N°1 medico palliativista, N° 3 infermieri dedicati, N° 1 psicologo, nessun OS	Se incremento secondo progetto 2009 operativi : N° 2 medici palliativisti, N° 6 infermieri dedicati, N° 2 psicologi , N° 2 OS	Se incremento secondo progetto 2010 operativi : N° 2 medici palliativisti, N° 7 infermieri dedicati, N° 2 psicologi, N° 4 OS
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	Dimensionamento secondo le disposizioni transitorie (ART 10 legge 7 del 4/2009) quindi si richiede (oltre il personale già operativo) N° 1	Potenziamento dell'equipe attraverso l'aggiunta di 1 infermiere 1, N°2 OS, N°1 fisioterapista disponibile per ospedale di	Ulteriore miglioramento in relazione alla creazione di una continuità assistenziale sulle 24 ore festivi compresi con l'aggiunta

<p>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>medico, N° 3 infermieri, N° 2 os, N° 1 psicologo.</p>	<p>comunità e territorio,</p>	<p>almeno di N°1 medico palliativista, di N° 3 infermieri.</p>
<p>Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì</p>	<p>Reperibilità telefonica diurna di infermiere e medico 7/7</p>	<p>Implementazione della reperibilità almeno telefonica nelle ore notturne di medico e infermiere</p>	<p>Verifica del percorso individuato</p>
<p>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 abbinato di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente</p>	<p>Accesso alle cure domiciliari in un tempo dalla segnalazione alla presa in carico inferiore a 3</p>	<p>Miglioramento del percorso definito nel 2009 attraverso l'implementazione di percorsi</p>	<p>Conferma delle modalità individuate</p>

<p>dal personale del NCP. In particolare, vanno facilitati gli accessi ai servizi ospedalieri, nonché gli eventuali ricoveri che si rendessero necessari</p>	<p>giorni Definizione di un percorso facilitato per il paziente preso in carico da parte dell’NCP di esami diagnostici, consulenze specialistiche, piccoli interventi e brevi ricoveri. Verrà quando possibile facilitato l’afferrire dello specialista presso il domicilio del paziente.</p>	<p>facilitati e la sensibilizzazione del personale stesso della intera azienda alla esistenza del NCP e delle sue funzioni</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, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell’offerta da ospedaliera a 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>Promozione e maggiore visibilità da parte del NCP presso le strutture ospedaliere al fine di segnalare pazienti ricoverati in stato di terminalità che potrebbero essere presi in carico per un programma di assistenza domiciliare. Il tutto grazie ad un’attività capillare di</p>	<p>A seguito di una effettiva riduzione dei ricoveri presso le strutture ospedaliere riconversione delle stesse verso la creazione di un Hospice.</p>	<p>Progettazione dell’Hospice</p>

	consulenza		
L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08	Confronto tra i vari componenti per la raccolta di opinioni	Elaborazione di un percorso assistenziale per il fine vita	Verifica del percorso individuato
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	Revisione dei protocolli esistenti in ULSS	elaborazione di un percorso che consideri l'NCP nodo della rete dei servizi	Verifica del percorso individuato
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	L'UVMD verrà effettuata dal NCP presso la sede del NCP o nel luogo di ricovero dell'ammalato.	Verifica del percorso individuato	Conferma delle modalità individuate
Formazione specifica	Si programma incremento dell'attività formativa che nel 2009 sarà di 5 giornate di formazione tipo seminariale per infermieri ospedale territorio.	Implementazione della formazione del personale dell'ULSS interessato. Progetto ponte teso a migliorare l'integrazione operatori territorio ospedale e MMG.	Implementazione della formazione del personale. Progetto ponte teso a migliorare l'integrazione operatori territorio ospedale e MMG.

Particolare sostegno sarà dato ai progetti che prevedono anche aspetti di particolare innovazione, come:

	2009	2010	2011
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	Reperibilità telefonica diurna di infermiere e	Implementazione della reperibilità telefonica nelle ore notturne di	Verifica dell percorso attuato.

	medico 7/7	medico e infermiere	
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 domiciliarietà 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	Definizione di protocolli di gestione dei principali sintomi di fine vita.	Implementazione delle procedure individuate	Verifica delle procedure attuate
La previsione di una consulenza del NCP presso la struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliera e residenziali	Possibilità di consulenza presso le strutture della rete su specifica richiesta	Verifica dell'attuazione del percorso	Conferma del programma attuato
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	Monitoraggio periodico dei piani di cura e supporto dei familiari anche a domicilio del paziente. Supporto degli operatori coinvolti.	Verifica del percorso	Conferma del programma attuato
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	Erogazione diretta di farmaci a domicilio tramite	Verifica del percorso attuato	Conferma del programma attuato

	farmacia interna.		
Altri aspetti particolarmente innovativi			

INDICATORI:

- numero di malati deceduti a causa di tumore assistiti dal NCP a domicilio / n. di malati deceduti per malattia oncologica.
- Numero annuo di giornate di CP erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore.
- Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione e la presa in carico domiciliare da parte del NCP è inferiore o uguale a 3 giorni/ numero di malati presi in carico a domicilio dalla rete e con assistenza conclusa.
- Consumo di farmaci oppioidi in rapporto alla popolazione residente

FINANZIAMENTO RICHIESTO:

Per l'anno 2009 è richiesto un finanziamento di 250.000 €

ULSS N. 6 – VICENZA

REFERENTE: DR. MARCO VISENTIN

Obiettivi di salute ed organizzativi “Sviluppo delle C.P. nell’ULSS n. 6 “Vicenza” ai sensi della L.R. n° 7 del 19/03/2009

Stato attuale.

Nell’ULSS n. 6 “Vicenza” è già attiva una rete di cure palliative non ancora completamente strutturata, che comprende attualmente i seguenti servizi:

- un hospice con 5 posti letto (è in previsione l’ampliamento a 7 posti letto), che si avvale del supporto specialistico di medici del Servizio di TDCP;
- attività ambulatoriale, erogata a livello centrale sempre da medici del Servizio di TDCP;
- attività domiciliare erogata nell’ambito dell’ADI (ADI profilo D o ADIMED).

Nella situazione attuale l’ADI cure palliative viene erogata in parte da operatori del Servizio di TDCP (medici specialisti, psicologa, IP) ed in parte da operatori dei Distretti (prevalentemente IP, ma anche da FKT ed in minima parte da una psicologa), sempre nell’ambito di un progetto individualizzato di intervento predisposto dalla UVMD con il coinvolgimento e sotto la responsabilità clinica del medico di medicina generale.

Sviluppo del progetto.

A fronte di una incidenza di circa 830 (Servizio Epidemiologico Regionale - Regione Veneto; mortalità nel Veneto aa 2000-2007) deceduti per tumore, nella nostra Azienda ULSS possiamo stimare una prevalenza di circa 100 malati terminali (considerato un periodo di sopravvivenza di circa 60 gg).

Secondo le direttive regionali venete (DRG 2989/2000 e la L.R. n° 7 del 19/03/09) l’opportunità e l’appropriatezza di garantire l’assistenza a domicilio di queste persone comportano la realizzazione di una rete di cure palliative ben strutturata in grado di arrivare ad assistere almeno il 65% di questi malati al proprio domicilio.

Le cure palliative domiciliari sono erogate previo approccio valutativo multidisciplinare (UVMD) che comprende:

1. la valutazione globale (psico fisico sociale) dello stato funzionale del paziente;
2. l’elaborazione di un Piano Assistenziale Individuale;
3. il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti, attuabili in ambito di assistenza domiciliare integrata (ADI profilo D o ADIMED).

Gli interventi sono programmati su 6 gg. settimanali ed è prevista la pronta disponibilità medica notturna e festiva.

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 ciascuna area	1. Costituzione di 4 Nuclei di C.P., uno per Distretto (DGR 2989/2000 e L.R. 7/2009) composti ciascuno da: A. Med. Esperti di cure palliative	Continuazione del progetto	Continuazione del progetto

distrettuale.	<p>B. Psicologi C. Infermieri</p> <p>2. Lo stato organizzativo attuale è caratterizzato dalla disponibilità di:</p> <p>A. 1 Medico x 25 h/sett. dedicato (U.O. TDCP);</p> <p>B. 1 Psicologo x 19 h/sett. dedicato (U.O.S. Psicologia ospedaliera);</p> <p>C. 1 Infermiere x 25 h/sett. dedicato (U.O. TDCP)</p> <p>D. Attività infermieristica distrettuale configurata nell'ambito dell'U.O. Cure Primarie;</p> <p>E. 1 Psicologo distrettuale x 4 h/sett.</p> <p>Queste risorse permettono di erogare un'assistenza domiciliare a 250 malati all'anno (su 6 gg/sett), più una pronta disponibilità infermieristica prefestiva e festiva e medica notturna, festiva e prefestiva.</p> <p>3. L'obiettivo dell'ULSS n. 6 "Vicenza" di incrementare il numero di assistiti a domicilio in regime di cure palliative, ha determinato la previsione di ampliare le risorse umane destinate a tale progetto con l'acquisizione di:</p> <p>A. Medici: 57 h/sett. tot. €105.000</p> <p>B. Psicologi: 76 h/sett. tot €122.000</p> <p>C. Infermieri: 144 h/sett. per un tot €120.000</p> <p>(copertura con il finanziamento regionale di cui alla legge 7/09).</p>		
---------------	---	--	--

<p>Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì</p>	<p>I nuclei saranno operativi dal lunedì al venerdì.</p>	<p>idem</p>	<p>idem</p>
<p>Ai sensi dell'art.6, comma 2, L.R.7/2009, definire un protocollo di acceso facilitato al sistema d'offerta dell'Azienda, 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>Verrà stilato un protocollo di accesso diretto agli ambulatori di oncologia e di cure palliative dei pazienti che necessitino di consulenze specialistiche o trattamenti palliativi, nonché all'hospice e a posti letto ospedalieri dedicati.</p>		
<p>Ai sensi dell'art.7, comma 1, L.R. 7/2009, va previsto 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.</p>	<p>Verranno registrati i ricoveri ospedalieri dei malati seguiti dai nuclei di CP, con l'obiettivo di ridurre i ricoveri impropri e inopportuni del 20%.</p>	<p>idem</p>	<p>idem</p>
<p>L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08</p>	<p>La carta dei diritti del malato a fine vita, già predisposta dall'ULSS n.6, è parte integrante del presente progetto.</p>		
<p>L'integrazione nel progetto del sistema informativo per le cure</p>	<p>Verrà ulteriormente implementato il sistema informativo per le cure palliative</p>		

palliative, ai sensi della DGR 1608/08 e dei criteri d'accesso all'hospice, ove operante, secondo la DGR 3318/08	già avviato nel corso del 2009. I criteri di accesso all'hospice ottemperano alla DGR 3318/08.		
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	Le funzioni collegate all'U.V.M.D. verranno attribuite anche al NCP sempre nel contesto organizzativo e operativo della U.O. Cure Primarie che verrà successivamente definito.		

Particolare sostegno sarà dato ai progetti che prevedono anche aspetti di particolare innovazione, come:			
	2009	2010	2011
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	Verrà affinata l'attuale attività territoriale presente nei giorni festivi e di sabato alla luce di quanto sopra esposto.		
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 NNCP distrettuali	I medici delle équipes di C.P. forniranno una reperibilità telefonica ai medici di CA, relativamente ai malati seguiti a domicilio con un piano organizzativo successivamente definito condizionato dalle risorse presenti.		
La previsione di una consulenza del	I nuclei forniscono consulenza per		

NCP presso le struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali	quanto di competenza a RSA e Case di Riposo.		
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	Sarà predisposto un piano di supervisione per i professionisti dei nuclei di CP e dell'hospice.		
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	Verrà garantita la disponibilità dei farmaci ad uso ospedaliero per i pazienti in Adimed (compresi quindi i pazienti in cura palliativa).		
Altri aspetti particolarmente innovativi	Di prassi viene inviato al caregiver delle persone decedute assistite in regime di CP un questionario appositamente costruito di valutazione della soddisfazione per l'assistenza ricevuta.		

INDICATORI:

- aumento progressivo del numero di malati terminali assistiti a domicilio con un programma di cure palliative esplicitato attraverso l'analisi del trend di aumento, aggiornato annualmente, finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo regionale pari al 65% delle persone decedute per neoplasia);
- tempo di attesa < 3 giorni per la presa in carico domiciliare: oltre l'80% delle richieste;
- riduzione del 20% del numero dei ricoveri inappropriati di malati oncologici terminali.

FINANZIAMENTO RICHIESTO:

Si prevedono 4 Nuclei di Cure Palliative (1 per Distretto) sulla base della popolazione dei Distretti (Vicenza: 115.000ab.; Est: 75.000ab.; Ovest: 59.000ab.; Sud-Est: 66.000ab.; TOTALE 315.000 ab.).

Considerate le risorse professionali già impiegate nella cura domiciliare al malato oncologico e le risorse previste con il Progetto regionale per il 2009 si può prevedere quanto segue:

MEDICI ESPERTI CURE PALLIATIVE:

	Risorse attuali (ore/sett)	Risorse richieste (ore/sett)
Distretto Vicenza	25 ore	0

Distretto EST	0	19
Distretto OVEST	0	19
Distretto SUD-EST	0	19

Totale costo circa dei 3 medici (a 19 ore): euro 105.000

Personale infermieristico:

Sulla base degli accessi domiciliari 2008:

(40% degli Utenti in ADI-MED sono oncologici)

	Risorse attuali (ore/sett)	Risorse richieste (ore/sett)
Distretto Vicenza	122 ore	36
Distretto EST	72	36
Distretto OVEST	72	36
Distretto SUD-EST	72	36

Totale costo circa dei 4 infermieri (a 36 ore): euro 120.000

Psicologo:

	Risorse attuali (ore/sett)	Risorse richieste (ore/sett)
Distretto Vicenza	19	19
Distretto EST	4	19
Distretto OVEST	0	19
Distretto SUD-EST	0	19

Totale costo Psicologi circa euro 122.000

Qualora non si reperissero subito infermieri, l'èquipe va integrata con O.s.s.:

	Risorse attuali (ore/sett)	Risorse richieste (ore/sett)
Distretto Vicenza	0	36
Distretto EST	0	36
Distretto OVEST	0	36

Distretto SUD-EST	0	36
-------------------	---	----

Totale costo O.s.s. circa: euro 110.000

Totale costi

Medici	€	105.000
Psicologi	€	122.000
Infermieri	€	120.000
Oss	€	110.000
Totale	€	457.000

ULSS 7 – PIEVE DI SOLIGO

REFERENTE: DR. COSIMO DE CHIRICO

Obiettivo generale

L'obiettivo generale è quello di intercettare la popolazione attesa di malati oncologici in fase di inguaribilità avanzata e di assisterli 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

1. Completare la rete di cure palliative entro il 2011 attraverso l'istituzione dell'Hospice
2. Consolidare la continuità delle cure h24 7gg su 7
3. Incrementare la copertura del fabbisogno di cure palliative nel triennio 2009-2011.
4. Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri nel triennio 2009-2011, correlati alla terminalità.
5. Misurare il dolore e gli altri sintomi principali al 100% dei pazienti e monitorare l'andamento degli stessi utilizzando schede validate.
6. Assicurare l'uso appropriato degli oppioidi maggiori in rapporto alle linee guida della Società Europea di Cure Palliative (EACP)
7. Estendere le cure palliative ai malati neurologici

Indicatori

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

Criteri	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	Dolore, dispnea, rantolo, delirium, vomito, distress psicologico e

ultimi giorni di vita	rapporto tra questi sintomi e l'utilizzo della sedazione palliativa
L'attivazione della rete e delle competenze	Competenze e servizi attivati: MMG, Infermiere, Esperto, 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 come 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.

Criterio

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

Azione

2009	2010	2011
Attivazione di un N.C.P. Aziendale con tre sedi operative corrispondenti alle dislocazioni periferiche degli infermieri domiciliari. Ciò consente omogeneità nella	Idem	Idem

gestione dell'assistenza e, nel contempo, maggiore vicinanza ai cittadini		
---	--	--

Criterio

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 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

Azioni

2009	2010	2011
Estensione del servizio di cure palliative a tutto il territorio dell'ULSS 7 (215.000 abitanti) con l'attivazione del seguente organico: 1 medico a tempo pieno con funzioni di coordinamento (assunzione con contratto ex art. 15 septies) 2 medici a tempo parziale, 20 ore ciascuno 11 infermieri tempo pieno equivalente 1 psicologo 30 ore/sett. Note MMG: Stipula dell'accordo regionale previsto dalla convenzione per la Medicina Generale Stipula patto con la continuità Assistenziale Convenzione con le Associazioni di Volontariato dedicato (LILT e Ass. Fiorot)	Estensione dell'attività del NCP alle patologie non oncologiche, in particolare alle patologie neurologiche. L'organico sarà implementato con 1 medico a tempo pieno, 1 psicologo a tempo pieno, 1 fisiatra a tempo parziale (19 ore settimanali)	

Criterio

Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì

Azioni

2009	2010	2011
Il servizio medico operativo dal lunedì al venerdì. Il servizio infermieristico operativo dal lunedì al venerdì 12 ore, sabato fino alle ore 13, e la domenica esclusivamente per gli interventi programmati	Il servizio infermieristico sarà attivo 7 giorni su 7 per 12 ore al giorno	

Criterio

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

2009	2010	2011
Predisposizione di un protocollo di accesso diretto al reparto, senza l'obbligo del passaggio in Pronto Soccorso, per i ricoveri proposti dal NCP. Definizione di un protocollo per gli interventi non eseguibili a domicilio.	Idem	Idem

Criterio

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, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a 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 e il Registro Tumori del Veneto hanno predisposto tavole specifiche, descrittive o di stima, degli andamenti dei ricoveri nelle singole Aziende

Azioni

2009	2010	2011
Estensione dell'attività del NCP a tutto il territorio dell'azienda attraverso un incremento dell'organico al fine di	Attivazione della reperibilità dei medici esperti in cure palliative i giorni festivi e prefestivi, allo scopo di ridurre i ricoveri generati da emergenze che insorgono i	Avvio dell'Hospice, con l'intento di supportare l'assistenza domiciliare con ricoveri di sollievo, e

incrementare la % di copertura del fabbisogno di cure palliative da parte del NCP. Convenzione con gli Hospice di Treviso e di Belluno e l'Hospice pediatrico di Padova.	giorni di minore copertura del servizio. Sviluppo del patto incentivato con il Servizio di Continuità Assistenziale allo scopo di dare continuità all'assistenza. Estensione del servizio infermieristico in maniera attiva i giorni festivi e prefestivi, con reperibilità notturna.	di accogliere i malati i cui problemi sociali e ambientali impediscono le cure a casa.
--	---	--

Criterio

L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08

Azioni

2009	2010	2011
Brochure sul Servizio di Cure Palliative pubblicato nel sito dell'azienda, consultabile da parte dei cittadini	Pubblicazione della carta dei servizi	Aggiornamento della carta dei servizi

Criterio

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

Azioni

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 indicatori descrittivi dei processi di cura e dei risultati

Criterio

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

2009	2010	2011
Il NCP svolge autonomamente funzione di UVMD, integrata nell'attività del Distretto SS		

Criterio

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

Azioni

2009	2010	2011
Festivi e prefestivi è attivo il servizio infermieristico per gli interventi programmati. La disponibilità del medico esperto in cure palliative è solo telefonica	Attivazione della pronta disponibilità medica per sabato e festivi e la presenza attiva del servizio infermieristico per 12 ore 7 gg su 7, con pronta disponibilità notturna.	

Criterio

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 domiciliarietà 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

Azioni

2009	2010	2011
Il coinvolgimento del Servizio di Continuità Assistenziale nell'assistenza si esplica attraverso l'invio da parte del NCP di schede aggiornate sulle condizioni cliniche e sui bisogni terapeutici e assistenziali dei malati. E' stato concordato un patto incentivato con I Medici di C.A. per interventi da espletare a favore dei malati più fragili assistiti in ADI.	Sviluppo del patto con il Servizio di Continuità Assistenziale per la continuità delle cure 7 gg su 7. Supporto consulenziale da parte del medico esperto in cure palliative i giorni festivi e prefestivi.	Estensione del supporto di consulenza ai medici di continuità assistenziale da parte dei medici esperti in cure palliative anche durante le ore notturne.

Criterio

La previsione di una consulenza del NCP presso le struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliera e residenziali

AZIONI

2009	2010	2011
<p>Il NCP fornisce consulenza ai reparti ospedalieri in previsione della dimissione per valutare la dimissibilità del paziente, la necessità eventuale di stabilizzare la situazione clinica o di chiarire problemi aperti, la pianificazione dell'assistenza a domicilio. La consulenza presso il DH Oncologico per decidere 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 RSA vengono espletate su richiesta del medico della struttura.</p>	<p>Attivazione delle procedure per le consulenze nelle UU.OO. ospedaliere da parte dei Medici dedicati alle cure palliative</p>	

Criterio

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

Azioni

2009	2010	2011
<p>Riunione settimanale in tre sedi, ciascuno 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.</p>	<p>Predisposizione di un programma di supervisione che preveda un incontro bimensile di supporto al personale dedicato per la prevenzione del burn out.</p>	

Criterio

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

Azioni

2009	2010	2011
<p>I pazienti arruolati al programma di cure palliative ricevono a domicilio i farmaci inseriti nel PTO e di esclusivo utilizzo ospedaliero, nonché i farmaci</p>	<p>Avvio percorso di istituzione di farmacia territoriale per sostenere</p>	

non rimborsabili. Sono attivi i protocolli per la consegna a domicilio dell'Ossigeno liquido ad opera dell'Home care respiratorio, e l'espletamento delle emotrasfusioni di emazie concentrate e di piastrine di intesa con il centro trasfusionale. 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.	l'assistenza ai malati in ADIMED e cure palliative	
--	--	--

Altri interventi innovativi

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'équipe 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.

Gli ultimi giorni di vita

E' previsto per il 2010 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 anche nel servizio di cure palliative dell'ulss7. Poiché si tratta di una pratica complessa, con importanti risvolti etici, dovrà costituire oggetto di approfondimento tra tutti gli operatori del servizio e con il Comitato Etico Aziendale.

Cure Palliative Pediatriche

E' attiva una convenzione con l'Hospice Pediatrico di Padova.

Formazione 2010-2011

Progetto di formazione sul campo ECM rivolto all'Equipe di Cure Palliative

Corso di formazione rivolto agli infermieri domiciliari e delle RSA: la gestione del dolore nel malato in cure palliative

Corso di formazione interdisciplinare rivolto a infermieri domiciliari, Medici di MG, Medici di Continuità assistenziale: la gestione degli ultimi giorni di vita

Convegno regionale: la qualità delle cure palliative

Costi

I costi previsti per l'esercizio dell'attività di cure palliative per il 2009

1 Medico Dirigente dedicato a tempo pieno: €122.500
2 Medici tempo parziale (40 ore/sett.): €91.000
11 Infermieri TPE: €434.500
1 Psicologo (30 ore/sett.): €43.000
Incentivazione dei MMG a termini contrattuali: €200.000 (stima)
Incentivazione della Continuità Assistenziale a termini contrattuali: €10.000 (stima)
Disponibilità attiva medica i giorni festivi e prefestivi dal 2010
servizio infermieristico attivo i giorni festivi e prefestivi dal 2010
Convenzione con l'Hospice pediatrico di Padova, Belluno e Treviso: €20.000
Convenzione con il Volontariato: €20.000
Formazione: €10.000
2 auto destinate al servizio di cure palliative: €20.000

Finanziamento richiesto per l'anno 2009: €300.000

ULSS N. 8 – ASOLO

REFERENTE: DR.SSA PAOLA PAIUSCO

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI	2009 l'azienda ULSS 8 ha una popolazione di 249314 abitanti al 31/12/2008 suddivisi in: Distretto 1 con 136899 abitanti, Distretto 2 con 112415	2010	2011
Obiettivi di salute	Assistere a domicilio i malati con patologia neoplastica in stadio avanzato. Garantire un'adeguata terapia del dolore e degli altri sintomi, garantire un piano assistenziale individuale integrato, garantire l'esecuzione di procedure cliniche anche impegnative a domicilio (paracentesi, NPT, gestione pompe infusionali, elastomeri, ecc.) garantire la linearità dei percorsi e la coerenza con gli obiettivi definiti tra gli attori della rete assistenziale, paziente e famiglia. Collaborazione con gli assistenti spirituali quando espressamente richiesto. Garantire il decesso a domicilio per quanti lo desiderino.	Assistere inoltre i malati con patologia neurologica in fase avanzata.	Assistere i malati con qualsiasi patologia in fase terminale a domicilio e/o in Hospice.
Obiettivi organizzativi	L'assistenza viene garantita con la modalità dell'ADI-MED di cure Palliative su segnalazione del MMG, delle U.O. Ospedaliere, del DH Oncologico, dei Servizi Sociali Comunali o del paziente stesso e/o suoi familiari. L'equipe è formata da Medico di Cure Palliative (MCP), da Infermiere delle Cure Palliative (ICP), consulente Psicologo, altri specialisti consulenti (Oncologo, Medico di Terapia del Dolore, fisiatra, Dietologo, ecc), MMG Assistente Sociale del Comune, OSS, ed eventuale volontario. Accessi Domiciliari: Infermiere di riferimento per visite programmate, spesso quotidiane o su chiamata, infermiere di pomeriggio fino alle ore 20.00 dal lunedì al sabato, la domenica l'infermiere reperibile. Visite mediche specialistiche programmate in genere da una a tre volte alla settimana e reperibilità giornaliera fino alle 20.00 tutti i giorni. MMG da 1 a 2 visite domiciliari programmate alla settimana. Assistenti domiciliari attivati con accessi anche quotidiani. Psicologo su richiesta del MCP. Altre consulenze specialistiche su richiesta del MCP. EQUIPE incontro settimanale di audit clinico e per le nuove attivazioni (sempre presenti almeno MCP, ICP, possibile presenza MMG).	Accessi Domiciliari Almeno 3 accessi programmati settimanali MCP, Almeno 5 accessi settimanali ICP Si aggiungerà incontro quindicinale su problemi	

	Visita di cordoglio a cura dell'ICP	organizzativi, etici e di aggiornamento clinico con presenza anche di psicologo	
--	-------------------------------------	---	--

CRITERI E AZIONI	2009	2010	2011
<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>La delibera n. 1033 del 18/10/2007 ha istituito un Nucleo di Cure Palliative per Distretto 1 e un altro per il Distretto 2</p>	<p>Integrazioni alla delibera</p>	
<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 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. 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>Personale dedicato: Per ogni NCP 1,5 Tempo pieno equivalente (38 ore per TPE). di medico specialista in Cure Palliative (in precedenza il MCP si occupava anche dell'ADI).</p> <p>Infermiere Cure Palliative: 3 TPE per ogni NCP</p> <p>Psicologa 19 ore per ogni NCP</p> <p>OSS: 1,5 TPE per ogni NCP (integrati da OSS dei Comuni)</p>	<p>2 TPE di MCP per ogni nucleo</p> <p>4 TPE per ogni NCP 38 ore per ogni NCP</p> <p>2,5 TPE per Nucleo Cure Palliative integrati anche da OSS dei Comuni</p>	<p>5 TPE per ogni NCP</p> <p>3.5 TPE per Nucleo Cure Palliative</p>

<p>Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì</p>	<p>Servizio Infermieristico attivo 8.00-20.00 dal lunedì al sabato; festivi pronta disponibilità 8.00-20.00. Servizio medico (MCA) attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 e pronta disponibilità fino alle 20.00 e prefestivi. Per i festivi dalle 8.00 alle 20.00 solo per i casi di fine vita.</p>	<p>Servizio attivo anche per i festivi dalle 8.00 alle 14.00 mantenendo la pronta disponibilità fino alle 20.00 per tutti i casi</p>	<p>Eventuale copertura infermieristica notturna.</p>
<p>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>Attuazione di percorsi preferenziali con le U.O. di Lungodegenza, Medicina, Pronto Soccorso per OBI, SSD di Terapia del Dolore. Ambulatorio Integrato per interventi diagnostici e terapeutici non possibili a domicilio. Si fa presente che nel NCP sono presenti un referente oncologo e un referente per la Terapia del Dolore. Non esistono tempi di attesa per ogni tipo di richiesta. Esami biumorali e strumentali semplici sono garantiti dal NCP a domicilio come pure l'eventuale trasporto del paziente presso le sedi ospedaliere o ambulatoriali per quelli non eseguibili a domicilio.</p>	<p>Potenziamento dei percorsi facilitati.</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, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a 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>Attuazione procedura di dimissioni protette concordata con le Direzioni Mediche di Ospedale: segnalazione da parte delle U.O. Ospedaliere con richiesta di dimissione protetta almeno 5 giorni prima dell'eventuale dimissione. Valutazione a cura del NCP entro 3 giorni con presa in carico immediata e con fornitura dei presidi necessari. Utilizzo dei report del Controllo di Gestione sui ricoveri degli ultimi 90 giorni di vita e sui decessi in Ospedale.</p>	<p>Incremento della presa in carico direttamente dal DH Oncologico. Riunioni periodiche con le Direzioni Mediche di Ospedale e i Direttori delle U.O. di Medicina, Oncologia, Geriatria e Lungodegenza per monitorare l'efficacia degli interventi e per concordare eventuali nuove strategie sulla base dei report trimestrali.</p>	

L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08	Attuazione della DRG 1.609/98 per fine 2009		
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	Attuato dal 01/07/2008 per tutti e due i NCP il sistema informativo e informatizzazione dello stesso dal 01/01/2009	Monitoraggio qualità dati raccolti con incrocio dati Controllo di Gestione e UO Informatica	Espansione del sistema di informatizzazione
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	Per fine 2009 attribuzione (non solo funzionale come già attiva) formale delle funzioni di UVMD al NCP del Distretto 1 e 2	Attuazione deliberativa	
Altre azioni			

Particolare sostegno sarà dato ai progetti che prevedono anche aspetti di particolare innovazione, come:			
	2009	2010	2011
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	Servizio attivo prefestivo, pronta disponibilità festivi.	Servizio attivo anche 8.00-14.00 festivi e pronta disponibilità fino alle 20.00	
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 NNCP distrettuali	Eseguita formazione specifica teorico-pratica anche con visite domiciliari congiunte MCA con MCP e infermiere per far acquisire competenze (progetto "Seguiti in Continuità"). Ore notturne: protocollo condiviso con PS e U.O. di Lungodegenza per consulenza telefonica al MCA o per concordare accesso ospedaliero con possibilità di rientro a domicilio dopo consulenza. Invio da parte del NCP dell'elenco dei pazienti in carico alle sedi di Medicina di Continuità Assistenziale, almeno settimanale. Il medico del NCP segnala direttamente al MCA i casi che potrebbero presentare criticità durante le ore notturne con garanzia di reperire i farmaci necessari direttamente al domicilio del paziente. Previsto invio del referto	Continuare la formazione ai MCA su argomenti specifici e anche per tutti i nuovi medici incaricati	Prevedere consulenza telefonica notturna da parte del NCP

	della visita al NCP. Durante i prefestivi e festivi consulenza telefonica medico infermieristica del NCP a favore del MCA per casi non noti che necessitino di intervento per terapia del dolore o altri sintomi		
La previsione di una consulenza del NCP presso le struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali	Progetto Cure Palliative nei Centri Servizio per consulenze medico-specialistiche del NCP e presa in carico specialistica dei casi più problematici.	Progetto Cure Palliative nelle U.O. Ospedaliere cogestito da NCP e SSD di Terapia del Dolore.	idem
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	200 ore di formazione e supervisione del personale nel 2009 per ogni NCP da parte di psicologo (anche con valutazione del Burn Out del personale)	Rinforzo formativo, supervisione programmata	idem
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 NCP forniscono i farmaci direttamente da PTO		
Altri aspetti particolarmente innovativi	Presenza in carico da parte del NCP dei casi di SLA in fase avanzata in collaborazione con U.O. di Anestesia e Rianimazione Ospedale di Castelfranco Veneto.	Miglioramento dell'assistenza (già erogata sotto forma consulenziale) ai pazienti con demenza in fase terminale in collaborazione con l'ADI.	Passaggio in cura dall'ADI al NCP di ogni paziente in fase di terminalità non oncologica quando la prognosi è inferiore a 60 giorni.

FINANZIAMENTO RICHIESTO: per l'anno 2009

1 medico palliativista 38 ore settimanali costo 88.893,88/annuo

1 psicologo 38 ore settimanali costo 76.371,08/annuo

2 infermieri 36 ore settimanali ciascuno costo (D1 35.435,49 + D2 37.714,08)

TOTALE EURO 238.414 si richiede almeno un finanziamento di 225.000 euro

ULSS 9 - TREVISO

REFERENTE: DR. MASSIMO MELO

INTRODUZIONE

L'Azienda U.L.S.S. 9 di Treviso è sensibile alla necessità di sviluppare un progetto che consolidi la rete delle cure palliative riconoscendo che le stesse devono essere erogate a tutti i malati in stato di inguaribilità avanzata o in condizione di fine vita.

A tale scopo si rileva la necessità di:

- individuare il bisogno di cure palliative di pazienti in condizione di fine vita affetti da malattie non oncologiche, stante il loro certo impatto sulla numerosità totale dei malati assistibili, e conseguentemente sulla programmazione degli interventi sanitari e sociali necessari a garantire un'adeguata presa in carico;
- definire e attivare l'utilizzo appropriato del ricovero nel contesto complessivo dei percorsi di cura dei pazienti in condizione di fine vita;
- incrementare l'impegno volto a migliorare i percorsi di presa in carico, cura ed assistenza al domicilio e in tal modo riconvertire al territorio le risorse liberate dall'uso appropriato dei ricoveri in ospedale.

Infine, nell'ottica di una risposta complessiva del Sistema delle Cure Palliative nell'Azienda ULSS n° 9 si ritiene di fondamentale importanza il coinvolgimento della cittadinanza nelle iniziative sociali a tutela del bisogno degli assistibili, per mantenere e se possibile potenziare i vincoli di solidarietà.

CRITERI VINCOLANTI				
OBIETTIVI	AZIONI	STRUMENTI	TEMPI	COSTI
1. Costituire il nucleo di cure palliative (art. 2 L.R. 7/09).	Per le tipicità aziendali, nel rispetto di una modalità organizzativa consolidata negli anni, l'Azienda preferisce costituire un singolo Nucleo di Cure Palliative a valenza interdistrettuale. In ciascun distretto è prevista l'operatività di un'équipe di cure palliative, costituita e dimensionata alla popolazione assistibile secondo quanto nella dalla L.R. 7/09.	L'atto aziendale 2009 individua nel Distretto Socio Sanitario n° 1 – Treviso la struttura operativa semplice “ Nucleo Interdistrettuale Cure Palliative”	Anno 2009: adozione dell'atto aziendale	I costi del dimensionamento del personale alla popolazione assistibile sono espressi nell'obiettivo n.3.
2. Realizzare la convergenza nello stesso luogo decisionale della programmazione e della gestione delle cure e dell'assistenza	Attivazione delle UVMD “Cure Palliative” per i residenti di ogni distretto ove opera l'équipe di Cure Palliative. la presa in carico. Il Nucleo Interdistrettuale Cure Palliative fornisce gli indirizzi per la gestione delle condizioni di fine vita e attiva i percorsi residenziali per i paziente non assistibili a domicilio, ovvero in hospice.	L'UVMD interdistrettuale e le UVMD Distrettuali.	Anno 2009: adozione dell'atto aziendale	Nessun costo

<p>3. Dimensionamento delle risorse del personale (art. 4, comma 1, L.R. 7/09).</p>	<p>L'Azienda U.L.S.S. 9 è costituita da 4 Distretti. Il Distretto 1 - TV dispone di un medico esperto in cure palliative.</p> <p>Al fine di attivare una équipe di cure palliative in ogni distretto che sia dimensionata alla popolazione assistibile, si definisce quanto segue:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medico esperto in cure palliative: assunzione di n. 3 unità a tempo pieno 2. Psicologo: assunzione di n. 4 unità a tempo pieno 3. Infermiere professionale: assegnazione a ciascuna équipe di cure palliative di personale infermieristico già in forza al Servizio di Assistenza Domiciliare Infermieristica. 4. Assistente sociale: assegnazione a ciascuna équipe di cure palliative di 1 assistente sociale, per una frazione superiore al 50% del debito orario settimanale. 5. Operatore Socio Sanitario (O.S.S.): assegnazione a ciascuna équipe di cure palliative di personale O.S.S. già in forza al Distretto. 	<p>Acquisizione delle necessarie autorizzazioni regionali per l'assunzione di personale.</p> <p>Apertura di concorso pubblico per titoli ed esami.</p> <p>Provvedimenti amministrativi di redistribuzione interna di risorse.</p>	<p>Anno 2009: Richiesta alla Regione delle autorizzazioni alla assunzione del personale dirigente di cui alla L.7/2009.</p> <p>Attivazione delle procedure per l'acquisizione del personale dirigente di cui al punto 1-2 entro l'anno 2009</p> <p>Individuazione e attivazione di due infermieri dedicati per l'anno 2009 per ciascuna équipe. Per l'anno 2010, 4 infermieri per ciascuna équipe. Per l'anno 2011, 8 infermieri per ciascuna équipe.</p> <p>Attivazione per l'anno 2009, di un'assistente sociale per il 60% del debito orario settimanale. Per l'anno 2010, l'80% del debito. Per l'anno 2011, il 100% del debito.</p> <p>Attivazione di due O.S.S. per l'anno 2009 per ciascuna équipe.</p>	<p>Si richiede un contributo di 500.000 Euro per l'assunzione dei medici esperti in cure palliative e degli psicologi.</p> <p>Nessun richiesta di finanziamento aggiuntivo immediato per il personale di comparto, in quanto trattasi di redistribuzione di risorse già presenti nell'Azienda.</p>
---	---	---	--	--

OBIETTIVI	AZIONI	STRUMENTI	TEMPI	COSTI
4. Garantire la Continuità Assistenziale e il mantenimento e l'aggiornamento delle competenze professionali.	<p>1. Istituzione di un sistema di reperibilità specifica medico-infermieristica attivo H24, 365 gg/anno.</p> <p>2. Formazione residenziale per medici di continuità assistenziale, infermieri aziendali, medici ed infermieri di Medicasa.</p>	<p>1. Istituzione della reperibilità specifica dei medici esperti in cure palliative, per interventi indiretti (consulenza ai medici ai MMG, di continuità assistenziale ed al partner aziendale profit Medicasa) nonché per interventi diretti, effettuati al domicilio del paziente in accordo con il Medico di Medicina Generale. Disponibilità anche per la consulenza alle case di riposo</p> <p>2. Istituzione della reperibilità H24, 365 gg/anno, degli infermieri, sia di quelli aziendali che quelli facenti capo al partner aziendale profit Medicasa ed al parter ONLUS Advar.</p> <p>3. Formazione residenziale per gli attori citati.</p>	2009: attivazione delle procedure per l'acquisizione dei medici esperti in cure palliative; formazione dei medici di medicina generale, dei medici di continuità assistenziale, degli infermieri aziendali, dei medici e degli infermieri di Medicasa.	<p>1. Medici esperti in cure palliative: vedi obiettivo 3.</p> <p>2. Formazione: si richiede un contributo di 7.200 Euro per realizzare interventi di formazione residenziale per i medici di continuità assistenziale e gli infermieri.</p>
5. Definizione di protocolli di accesso facilitato al sistema di offerta di cure palliative aziendali, per le attività di diagnostica, consulenza specialistica, ricovero e dimissioni protette.	<p>1. Adozione di un protocollo d'intesa con i servizi di diagnostica strumentale per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'esecuzione di esami strumentali sui casi segnalati dal Nucleo di Cure Palliative, secondo modalità condivise.</p> <p>2. Adozione di un protocollo d'intesa con la Specialistica Ambulatoriale per l'abbattimento dei tempi di attesa per visite specialistiche (anche a domicilio) sui casi segnalati dal Nucleo di Cure Palliative, secondo modalità condivise.</p> <p>3. Adozione di un protocollo d'intesa con l'ospedale aziendale e gli ospedali privati accreditati per la realizzazione di percorsi di accesso e dimissioni protette alle cure ospedaliere, secondo modalità condivise.</p>	Delibera della Direzione Generale per ciascun protocollo d'intesa.	<p>2009: Predisposizione di ciascun protocollo</p> <p>2010: Adozione e attivazione dei precorsi di accesso facilitati.</p> <p>2011: realizzazione di un audit sui processi di accesso facilitato e sulle dimissioni protette.</p>	Nessun costo, in quanto si utilizzano risorse aziendali allocabili al progetto.

<p>6. Realizzazione del sistema informativo informatizzato delle cure palliative</p>	<p>1. Realizzazione di una cartella clinica informatizzata web-disponibile dedicata ai pazienti assistiti in regime di cure palliative, organizzata orizzontalmente (fruitori: gli attori del sistema delle cure territoriali) e verticalmente (fruitori: gli attori del sistema delle cure ospedaliere). I dati inseriti in cartella saranno disponibili, oltre che per la conduzione dell'attività di cura ed assistenza, anche per soddisfare il debito informativo regionale, ai sensi della DGR 1008/08 e della DGR 3318/08.</p> <p>2. Formazione residenziale sull'utilizzo della cartella clinica informatizzata.</p>	<p>1. Istituzione di un gruppo di lavoro multi professionale e multidisciplinare, per la definizione dei contenuti e dell'architettura della cartella.</p> <p>2. Progettazione e realizzazione della cartella clinica informatizzata, a cura di una software house individuata dall'azienda.</p>	<p>2009: istituzione del gruppo di lavoro, affidamento della progettazione alla software house individuata, inizio della progettazione</p> <p>2010: Realizzazione della cartella clinica informatizzata.</p> <p>Formazione residenziale sul suo utilizzo.</p> <p>2011: utilizzo della cartella clinica informatizzata.</p>	<p>1. Si richiede un contributo di 70.000 Euro per la progettazione e la realizzazione della cartella clinica informatizzata.</p>
<p>7. Tutela dei diritti dei malati in condizione di fine vita (art. 6 e 8 L.R. 7/09).</p>	<p>1. Emanazione della carta dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita, e dei malati con dolore, ai sensi della DGR 1609/08.</p> <p>2. Monitoraggio permanente della tutela dei diritti dei soggetti sopra citati.</p> <p>3. Formazione residenziale sui temi delle cure palliative per i componenti della commissione incaricata di sviluppare la carta dei diritti e dell'organo di controllo sul rispetto dei diritti degli ammalati.</p>	<p>1. DGR 1609/08</p> <p>2. Creazione di un gruppo di lavoro in seno al Comitato Aziendale per la Lotta al Dolore, incaricato di elaborare la carta dei diritti.</p> <p>3. Monitoraggio del rispetto dei diritti del malato inguaribile e a fine vita, e del malato con dolore. Il monitoraggio sarà effettuato dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico aziendale (U.R.P.)</p> <p>4. Formazione sul campo</p>	<p>2009: Attività del gruppo di lavoro e predisposizione della carta dei diritti. Formazione residenziale per i partecipanti al gruppo di lavoro</p> <p>2010-2011: monitoraggio permanente della tutela dei diritti dei malati in condizione di fine vita e dei malati con dolore.</p> <p>2011: Realizzazione di un audit sul processo di monitoraggio.</p>	<p>Formazione: si richiede un contributo di 1.200 Euro per realizzare interventi di formazione residenziale per i componenti della commissione incaricata di sviluppare la carta dei diritti e dell'organo di controllo sul rispetto dei diritti degli ammalati (U.R.P.).</p>

<p>8. Riconversione al Nucleo di Cure Palliative delle risorse consumate dai ricoveri inappropriati di malati in condizione di fine vita, ai fini dello spostamento dell'offerta di cure da ospedaliera a territoriale (art. 7, comma 1, L.R. 7/09).</p>	<p>1. Riconoscimento dei ricoveri inappropriati e del loro costo annuo, risultati dall'indagine compiuta dal Registro Tumori del Veneto sulla mortalità intraospedaliera dei pazienti oncologici a fine vita, Treviso, anni 2000-2004. 2. Conversione delle risorse economiche risparmiate dalla riduzione dei ricoveri inappropriati in unità di personale equivalente (medici ed infermieri). 3. Assegnazione di tale personale ai servizi domiciliari di cure palliative.</p>	<p>Determinazione annuale delle risorse consumate dai ricoveri inappropriati di malati in condizione di fine vita, applicando la metodologia individuata dal Registro Tumori del Veneto¹.</p>	<p>Anno 2009-2010-2011: esecuzione annuale della determinazione, e conseguente spostamento delle risorse umane risparmiate dall'ospedale al territorio.</p>	<p>Nessun costo, in quanto si utilizzano risorse aziendali allocabili al progetto.</p>
<p>9. Monitoraggio del processo di cura ed assistenza.</p>	<p>Adozione integrale del sistema di indicatori di cui alla DGR 1698/08.</p>	<p>1. DGR 1608/081. 2. Sistema informativo informatizzato delle cure palliative</p>	<p>2009-2010: rilevazione e sintesi dei dati per la soddisfazione degli integratori dai supporti cartacei ed informatizzati attualmente in uso al sistema delle cure domiciliari. 2011: rilevazione e sintesi dei dati per la soddisfazione degli integratori dal sistema informativo informatizzato delle cure palliative.</p>	<p>I costi della realizzazione del sistema informativo informatizzato delle cure palliative sono espressi nell'obiettivo n.6.</p>

¹ Bonetti M, Melo M, Zambon P, Stocco F. *Come garantire l'accesso alle cure palliative per tutti i malati in condizione di fine vita?* Tendenze nuove 5/2008-nuova serie. Il Mulino Editore

ASPETTI INNOVATIVI				
OBIETTIVI	AZIONI	STRUMENTI	TEMPI	COSTI
1. Intercettare precocemente il bisogno della popolazione assistibile.	1. Progettazione di un dispositivo di indagine epidemiologica multifonte permanente in grado di determinare la numerosità dei pazienti assistibili, individuandone l'identità anagrafica. 2. Identificazione, in seno al Nucleo di Cure Palliative, di un'équipe composta da un medico palliativista, 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.	1. Metodo di indagine epidemiologica multifonte permanente. 2. Sistema informativo aziendale	2010: progettazione del dispositivo di indagine epidemiologica ed inizio dei lavori. 2011: realizzazione di un audit sul processo d'indagine svolto.	Nessun costo, in quanto si utilizzano risorse aziendali allocabili al progetto.
2. Mantenere la continuità del livello assistenziale	1. Realizzare un percorso di presa in carico del malato, che preveda l'affidamento senza soluzione di continuità dall'équipe delle cure specifiche all'équipe di cure palliative. 2. Formazione residenziale 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.	1. Procedura di comunicazione protetta e formale di fine cure specifiche ed inizio di cure palliative domiciliari. 2. Formazione residenziale	2009: avvio della progettazione del percorso di presa in carico, formazione residenziale 2010: inizio delle attività 2011: realizzazione di un audit sul processo di presa in carico protetta svolto.	Formazione: si richiede un contributo di 22.000 Euro per realizzare interventi di formazione residenziale per i componenti delle équipe di cure specifiche e di cure palliative individuate.
3. Ottenere la partecipazione solidale dei cittadini alle iniziative di cure palliative	Attivazione delle reti di volontariato dedicato: 1. Presentazione dell'iniziativa al Comitato dei Sindaci. 2. Presentazione dell'iniziativa alla consulta provinciale del volontariato. 3. Presentazione dell'iniziativa in conferenza con le associazioni di volontariato.	1. Definizione della procedura di erogazione delle attività a supporto delle cure palliative. 2. Formazione residenziale e sul campo	2009: presentazione dell'iniziativa, formazione residenziale. 2010: inizio delle attività. 2011: realizzazione di un audit sul processo di erogazione delle attività a supporto delle cure palliative	Nessun costo: la formazione del volontariato ed il sostegno finanziario alle attività deriva da risorse di sostenitori esterni.

	<p>4. Mappatura dei bisogni sociali dei pazienti assistibili, sostenibili dal volontariato dedicato</p> <p>5. Formazione sul campo dei volontari delle associazioni che hanno aderito all'iniziativa.</p> <p>6. Inizio delle attività di volontariato a supporto delle cure palliative.</p>			
<p>4. Prendere in carico tempestivamente il paziente, identificandone con precisione i bisogni di cura ed assistenza</p>	<p>Realizzare la presa in carico unitaria dei pazienti, attraverso il tempestivo invio della notizia di caso al Nucleo di Cure Palliative:</p> <p>1. Formazione di un gruppo di lavoro che definirà il contenuto informativo della scheda di notizia di caso, realizzandone il prototipo cartaceo.</p> <p>2. Formazione residenziale degli operatori che raccolgono la notizia di caso sui modelli relazionali e sui contenuti della comunicazione necessari ad identificare i bisogni dei pazienti assistibili.</p> <p>3. Formazione residenziale agli operatori che raccolgono la notizia di caso, sull'utilizzo dell'applicativo informatico dedicato alla trasmissione della notizia di caso, facente parte della cartella clinica informatizzata.</p>	<p>1. Scheda di notizia di caso (cartacea in un primo momento, informatizzata in seguito)</p> <p>2. La metodologia di lavoro dell'UVMD.</p> <p>3. Formazione residenziale</p>	<p>2009: attività del gruppo di lavoro.</p> <p>2010: formazione residenziale degli operatori. Entrata in uso del prototipo cartaceo.</p> <p>2011: entrata in uso della procedura informatizzata che consentirà l'invio in rete della notizia di caso. Realizzazione di un audit sul processo di raccolta e trasmissione della notizia di caso.</p>	<p>Per l'esercizio 2009, vedi il finanziamento richiesto per la realizzazione del sistema informativo delle cure palliative.</p>
<p>5. Miglioramenti nella distribuzione dei farmaci:</p> <p>5.1 Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni.</p> <p>5.2 Realizzare un risparmio economico.</p> <p>5.3 Scaricare le famiglie</p>	<p>1. Realizzare la procedura di consegna domiciliare dei farmaci presenti in PTO e PHT e dei presidi sanitari. In particolare, vengono consegnati anche i farmaci classificati come OSP1 ed OSP2 ritenuti utili per il trattamento domiciliare dei malati, nonché i farmaci stupefacenti. Vengono forniti anche i farmaci off-label ritenuti utili al controllo dei sintomi dei pazienti, nel rispetto della vigente normativa. La procedura permette di</p>	<p>Progetto aziendale di distribuzione farmaci a domicilio ai pazienti in ADI.</p> <p>Formazione sul campo.</p>	<p>2009: realizzazione della procedura di consegna domiciliare di farmaci per i Distretti 1 e 2.</p> <p>2010: realizzazione della procedura di consegna domiciliare di farmaci per i Distretti 3 e 4.</p> <p>2011: realizzazione di un</p>	<p>Formazione: si richiede un contributo di 1.100 Euro per realizzare interventi di formazione residenziale per gli infermieri del servizio cure palliative</p>

dei malati dall'onere del reperimento dei farmaci e dei presidi sanitari sul territorio.	identificare i rischi di interazione tra farmaci, e monitorare gli effetti collaterali. 2. Formazione residenziale: gli infermieri del servizio di cure palliative ricevono una formazione che li abiliterà ad effettuare il monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci. Inoltre, gli infermieri compiono l'educazione del paziente e dei familiari alla gestione dei farmaci.		audit sul processo di consegna domiciliare dei farmaci svolto.	
--	---	--	--	--

TABELLA RIASSUNTIVA DEI CONTRIBUTI RICHIESTI PER LO SVILUPPO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

Obiettivo	Causale del finanziamento	Somma richiesta
Criteri vincolanti, obiettivo 3: "Dimensionamento delle risorse del personale (art. 4, comma 1, L.R. 7/09)."	Il finanziamento è richiesto come contributo per l'assunzione a tempo pieno di 3 medici esperti in cure palliative e di 4 psicologi.	Euro 500.000
Criteri vincolanti, obiettivo 4: "Garantire la Continuità Assistenziale e il mantenimento e l'aggiornamento delle competenze professionali."	Il finanziamento è richiesto per realizzare la formazione residenziale per medici di continuità assistenziale, infermieri aziendali, medici ed infermieri di Medicasa.	Euro 7.200
Criteri vincolanti, obiettivo 6. "Realizzazione del sistema informativo informatizzato delle cure palliative."	Il finanziamento è richiesto per la progettazione e la realizzazione della cartella clinica informatizzata	Euro 70.000
Criteri vincolanti, obiettivo 7: "Tutela dei diritti dei malati in condizione di fine vita (art. 6 e 8 L.R. 7/09)."	Il finanziamento è richiesto per realizzare interventi di formazione residenziale per i componenti della commissione incaricata di sviluppare la carta dei diritti e dell'organo di controllo sul rispetto dei diritti degli ammalati (U.R.P.).	Euro 1.700
Criteri innovativi, obiettivo 2. "Mantenere la continuità del livello assistenziale"	Il finanziamento è richiesto per realizzare interventi di formazione residenziale per i componenti delle équipes di cure specifiche e di cure palliative individuate.	Euro 20.000
Criteri innovativi, obiettivo 5. "Miglioramenti nella distribuzione dei farmaci"	Il finanziamento è richiesto per realizzare interventi di formazione residenziale per gli infermieri del servizio cure palliative.	Euro 1.100
	Totale finanziamento richiesto	Euro 600.000

ULSS N. 10 – VENETO ORIENTALE

REFERENTE: DR. LUCIANO LAMARCA

Premessa

L'Azienda ULSS N. 10 con le Deliberazioni n. 412 del 6.11.2007 “progetto per lo sviluppo delle cure palliative nei pazienti terminali” e la 451 del 27.11.2007 di convenzionamento con la I.P.A.B. residenza per anziani “G.Francescon” di Portogruaro per l'attivazione di un Hospice extraospedaliero dedicato alle cure palliative” ha dato inizio alla realizzazione della Rete per le Cure Palliative per l'adulto:

- in attuazione della D.D.G n. 451, l'attività dell'Hospice è iniziata già a partire dal gennaio 2008 ed è andata progressivamente aumentando con l'incremento fino ad un massimo dei 10 posti letto previsti;
 - In attuazione della D.D.G. n. 412/2007 è stato assunto un medico palliativista, al quale è stato conferito il compito di Coordinatore del Nucleo Cure Palliative e, a partire da giugno del 2008, si è dato avvio al “Progetto per lo sviluppo delle cure palliative nei pazienti terminali”. Il Coordinatore del N.C.P. ha svolto e continua a svolgere le seguenti attività di consulenza specialistica nel campo del:-
 - la terapia del dolore,
 - la Nutrizione Artificiale Domiciliare (N.A.D.), nell'ambito del Team Nutrizionale Aziendale,
 - le cure palliative propriamente dette, a livello domiciliare e di struttura (Case di riposo) su tutto il territorio aziendale e presso l'Hospice di Portogruaro e ambulatoriale, presso la U.O.C. di Oncologia dell'Ospedale di San Donà di Piave.

In considerazione del disposto di cui all'art. 10, comma 3 della LR n. 7/2009, che prevede la composizione del Nucleo di Cure Palliative, per una popolazione fino a centomila abitanti, di almeno un medico esperto in cure palliative, uno psicologo, tre infermieri e due operatori socio-sanitari; della attuale articolazione del territorio aziendale in 3 Distretti Socio-sanitari; tenuto conto che la popolazione afferente alla Azienda ULSS N. 10 “Veneto Orientale” è di oltre duecentomila residenti (213.895 al 31.12.2008), si propone la realizzazione di 2 Nuclei di Cure Palliative interdistrettuali con la seguente competenza territoriale:

1. Distretto n. 1 e parte del Distretto n. 2 (Comuni di Jesolo ed Eraclea),
2. Distretto n. 3 e parte del Distretto n. 2 (Comuni di Caorle e San Michele al Tagliamento);

Per dare compiutamente avvio e realizzazione alla rete di Cure palliative domiciliari in modo omogeneo e coordinato su tutto il territorio dell'Azienda, si prevede la costituzione di una U.O.S. di “Terapia antalgica e cure palliative territoriali” con valenza aziendale, costituita dai 2 Nuclei di Cure palliative che risulterà composta nella sua fase iniziale da almeno le seguenti figure professionali:

- 2 medici esperti in Cure palliative di cui 1 con funzioni di Responsabile
- 2 psicologi;
- 6 infermieri;
- 4 OSS.

Allo stato attuale risulta attivato 1 Nucleo Cure Palliative con un medico palliativista a tempo pieno ed una attività di consulenza psicologica per complessive 36 ore settimanali.

Il progetto prevederà un progressivo sviluppo dei 2 N.C.P. ai sensi della LR 7/2009 articolato nei prossimi 2 anni:

- nel 2010 acquisizione del personale (1 medico palliativista, 2 psicologi e parte del personale infermieristico) per i 2 NCP: NCP n°1 (San Donà di Piave – Jesolo – Eraclea), NCP n° 2 (Portogruaro – Caorle - San Michele al T.) e delle sedi operative;
- nel 2011 completamento dello standard minimo previsto di personale per i 2 NCP.

Per il corrente anno 2009 si chiede un contributo di €150.000 a fronte delle spese correnti sostenute per il progetto in corso.

Per gli anni successivi verrà richiesto un contributo in funzione dello sviluppo del progetto medesimo.

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI			
CRITERI E AZIONI	2009	2010	2011
costituzione di 2 Nuclei di Cure Palliative interdistrettuali	cfr DDG n. 412 del 6.11.2007 “Progetto per lo sviluppo delle cure palliative nei pazienti terminali”		
Definizione degli standard di personale e di funzionamento	Definizione dell’Atto amministrativo programmatico	Attivazione della UOS (articolata in 2 Nuclei di CP). Assunzione del personale previsto	Completamento dell’assunzione del personale
Funzionamento dei NCP dal lunedì al venerdì	Definizione del Regolamento	Orario di servizio dalle 8.00 alle 18.00 da lunedì a venerdì	Orario di servizio dalle 8.00 alle 18.00 da lunedì a venerdì
Definire il protocollo di accesso domiciliare e ambulatoriale	Approvazione del protocollo	Utilizzazione del protocollo	Utilizzazione del protocollo
piano di riduzione dei ricoveri ospedalieri per i malati oncologici	Attuazione del piano	Attuazione del piano	Attuazione del piano (vedi indicatori)

negli ultimi 90 giorni di vita	(vedi indicatori)	(vedi indicatori)	
Stesura della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08 da redarre in collaborazione con le strutture Aziendali, i MMG e le Associazioni di volontariato	Costituzione del gruppo di lavoro	Definizione della Carta	Applicazione e verifica
Aggiornamento e Implementazione del sistema informativo per le cure palliative	Definizione del progetto	Realizzazione, applicazione e verifica	Realizzazione, applicazione e verifica
Attuazione di Interventi di aggiornamento e formazione (Infermieri, MMG)	Definizione del Piano formativo	Attuazione del Piano	Attuazione del Piano
Applicazione dei criteri d'accesso all'hospice secondo la DGR 3318/08	Già in atto	Già in atto	Già in atto
Partecipazione attiva del NCP alla UVMD	Attuazione della Deliberazione n. 509 del 22/12/2008 Piano di zona dei servizi alla persona 2007-2009. Approvazione Regolamento sull'attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)	“	“

PROGETTI INNOVATIVI

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI

CRITERI E AZIONI	2009	2010	2011
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 NNCP distrettuali	Progettazione di un evento formativo per i medici di Continuità assistenziale Aziendale (inserimento in Patto Aziendale)	Realizzazione dell'evento formativo e predisposizione del protocollo decisionale per attuazione delle procedure.	Verifica e criticità
La previsione di una consulenza del NCP presso la struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliera e residenziali	Già disponibile		
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		Istituzione di focus group periodici	
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	Già attuati cicli di trattamento con farmaci Osp 1 e 2	Predisposizione di una farmacia di UO Per la utilizzazione dei farmaci H Osp 1 e 2	
Altri aspetti particolarmente innovativi	Da luglio 2008	Attivazione di	Incremento

	attivazione di consulenza ambulatoriale intraospedaliera di terapia antalgica e cure palliative (presso UOC Oncologia di San Donà di Piave): 2 ore settimanali	analoga attività presso l'Ospedale di Portogruaro	dell'offerta di attività di almeno il 50%
--	--	---	---

INDICATORI DI RISULTATO (PROCESSO ED EFFICACIA DELLE AZIONI)

OBIETTIVI DEL NCP

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORI
Riduzione decessi in strutture ospedaliere dei malati oncologici negli ultimi 90 giorni di vita	n. decessi in Ospedale	Rispetto al 2008 riduzione del 10%
Assistenza ai pazienti target	n. pazienti assistiti	
Erogazione prestazioni specialistiche	n. prestazioni erogate /paziente	Incremento rispetto al 2008 del 10%
Incremento del trattamento dei pazienti con farmaci ad uso ospedaliero	n. confezioni utilizzate	Incremento rispetto al 2008 del 10%
Incremento del trattamento dei pazienti con farmaci oppiacei	n. confezioni utilizzate	Incremento rispetto al 2008 del 10%
Incremento della attività ambulatoriale	n. prestazioni	Incremento rispetto al 2008 del 10%

MODALITA' E TEMPI DI ESECUZIONE del PROGETTO

2009	1° SEMESTRE 2010	2° SEMESTRE 2010	1° SEMESTRE 2011	2° SEMESTRE 2011
Definizione dell'Atto amministrativo	Acquisizione personale per i 2 N.C.P.	Completamento standard personale	Completamento standard personale	Completamento standard personale
	Assegnazione sedi operative			
	Acquisizione attrezzature	Completamento attrezzature	Acquisizione attrezzature	Completamento attrezzature

RISORSE NECESSARIE E RIPARTIZIONE DEI COSTI PER ANNO 2009

PERSONALE DIPENDENTE O CONVENZIONATO	n. unità	Costo unitario	Costo complessivo
Medico palliativista	1	85.000	85.000
Psicologo (12 h sett. x 3 Distretti = 36h)	1	50.000	50.000
Infermiere			
Infermiere coordinatore			
OSS			
Amministrativo			

COSTI DI GESTIONE	n. unità	Costo unitario	Costo complessivo
Autoveicoli (RIMBORSO SPESE medico)	1	3.500	3.500
(RIMBORSO SPESE psicologi)	3	2.500	7.500

LOGISTICA	Costo complessivo
Sede operativa (spese correnti)	3.000

ALTRI COSTI	Costo complessivo
Formazione e aggiornamento	1.000

TOTALE COSTI	IMPORTO
Personale	135.000
Costi di Gestione	11.000
Logistica	3.000
Altri costi	1.000
	150.000

ULSS N. 12 – VENEZIANA

REFERENTE: DR. SALVATORE BARRA

PREMESSA

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. Per terapie mediche erogate al paziente in regime di cure palliative, devono intendersi tutte le terapie mediche atte a migliorare la qualità di vita. Per lo stesso motivo non vanno esclusi, in casi selezionati, interventi di tipo radioterapico (ad es. dolore da metastasi ossea alla colonna vertebrale), qualora i benefici attesi siano ampiamente a favore di una migliore qualità di vita.

Con decreto del Ministro della salute 28 settembre 1999, che recepiva il decreto legge 28 dicembre 1998 n. 450, convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999 n. 39, ed in particolare l'articolo 1, veniva adottato un "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative" che prevedeva l'istituzione di una o più strutture sul territorio dedicate all'assistenza palliativa. Per ultimo, la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria emanava un Decreto Ministeriale del 22 febbraio 2007: "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004".

A livello regionale, con DGRV 2989/2000, la Regione Veneto si impegna a sviluppare un sistema di cure palliative rappresentato da assistenza ambulatoriale domiciliare, domiciliare specialistica e dall'assistenza residenziale nei centri residenziali di cure palliative; con DGRV 71/2006 si costituiva un Osservatorio Regionale per le cure palliative e la lotta al dolore per consentire adeguata programmazione sanitaria ed una Commissione regionale Cure Palliative è stata istituita con DGRV 269/2007. Con DGRV 1608/2008 si è approvato un documento "Indicatori cure palliative e istituzione di un sistema informativo regionale per le cure palliative" e con DGRV 3318/2008 si normavano i criteri per l'accesso all'Hospice. Infine, con la L.R. 7/2009 è stata prevista l'istituzione delle reti di cure palliative ed il trasferimento di competenze al territorio con riduzione dei costi ospedalieri, stanziando inoltre fondi, per il triennio 2009-2011, per la realizzazione di progetti che attuino e implementino l'assistenza territoriale ai pazienti che necessitano cure palliative, tramite la costituzione di Nuclei Cure Palliative (NCP) a sede distrettuale o aziendale.

In ottemperanza a tali disposizioni e nello spirito della summenzionata LR 7/2009, l'ULSS 12-Veneziana presenta il seguente progetto di assistenza ai malati terminali, da realizzare nel proprio ambito territoriale. Il progetto prevede una fase attuativa e di start up nell'anno 2009 e una fase di consolidamento e verifica negli anni 2010 e 2011.

Pertanto, il presente progetto fa riferimento esclusivo ad attività finanziabili per l'anno 2009 per il quale si richiede il contributo previsto. Benché gli enunciati e l'impianto organizzativo siano sostanzialmente simili per il triennio 2009-2011, per gli anni seguenti al 2009 il progetto prevede una rimodulazione in base allo spostamento di risorse, acquisibili tramite una riduzione dei costi dell'assistenza ospedaliera a favore dell'assistenza domiciliare.

Obiettivi del progetto sono:

1. Continuità delle cure per mezzo dell'integrazione e dell'organizzazione delle strutture e dei servizi della rete, attraverso un piano unico di cura assistenziale.
2. Realizzazione di un sistema basato su diversi livelli di intensità delle cure da erogare a domicilio, in sede ospedaliera o in Hospice.

3. Assistenza ambulatoriale per i pazienti autonomi o parzialmente autonomi.

4. Attività di consulenza e valutazione (medicina palliativa) erogata, se richiesta, all'ospedale, alle strutture residenziali o al medico di medicina generale e di continuità assistenziale.

5. Formazione dei medici di medicina generale, nonché del personale dedicato (medici, infermieri, operatori, psicologi ecc.) e di parte del personale sanitario che opera in ospedale (prevalentemente U.O di Lungodegenza, Geriatria e Medicina), al fine di garantire l'elaborazione di interventi e piani di cura uniformi e con standard qualitativi elevati.

6. Collaborazione ed intesa con le associazioni no-profit che svolgono attività nell'ambito delle cure palliative.

7. Informazione della cittadinanza circa le funzioni e le modalità di accesso alla rete, nonché promozione della cultura e degli obiettivi delle cure palliative (carta dei servizi, incontri ecc.).

8. Definizione ed utilizzo di indicatori che permettano di verificare periodicamente la qualità delle cure e dei servizi erogati.

9. Creazione di un sistema di supporto informatico per gestione del network assistenziale aziendale ed eventuali integrazioni con quello di area vasta e regionale
Elemento organizzativo cardine per coordinare e strutturare i vari interventi e raggiungere tali obiettivi è la costituzione dei Nuclei Cure Palliative (NCP) con competenze assistenziali proprie e con competenze di coordinamento degli interventi, erogate da tutte le strutture che operano nell'ULSS nell'assistenza e gestione del paziente terminale oncologico.

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Nel nostro territorio, anche se non istituzionalmente riconosciuti come rete, sono presenti servizi e strutture di cure palliative che operano in stretto collegamento.

Fra le strutture operanti a livello residenziale l'ULSS 12 è dotata di :

8 posti letto in Hospice presso Ospedale San Raffaele Arcangelo a Venezia

8 posti letto in Hospice presso l' "Istituto Nazareth" a Zelarino Mestre

L'assistenza domiciliare viene garantita dalle Cure Primarie a sede distrettuale, dall'ADI e dai MMG e supportata ed integrata da Associazioni di volontariato come l'ODO-AVAPO a Mestre e l'AVAPO a Venezia.

Una struttura di 25 letti, riservata al trattamento di pazienti oncologici terminali (lRegime Ospedaliero in Lungodegenza regime 60), è ubicata presso il Policlinico San Marco.

Altre strutture di ricovero come le UU.OO di Medicina, Geriatria, Lungodegenza e UU.OO. di Oncologia e Radioterapia degli Ospedali "All'Angelo" di Mestre e "San Giovanni e Paolo" di Venezia, sono predisposte all'assistenza ospedaliera e alla consulenza specialistica per i malati oncologici. In assenza di un "network" cure palliative completamente strutturato, è frequente che essi svolgano una funzione vicariante (non appropriata) di gestione di cure palliative

Pertanto come previsto dalla LR 7/2009, per rendere completamente efficienti tali presidi e per integrare l'attività di assistenza domiciliare, come criterio organizzativo fondamentale, si ribadisce la necessità di istituire dei Nuclei di Cure Palliative (NCP).

ATTIVAZIONE DEL NUCLEO DI CURE PALLIATIVE AZIENDALE INTERDISTRETTUALE

ISTITUZIONE DEL NCP

La popolazione residente nell'ASL 12 Veneziana è costituita da circa 300.000 abitanti con due realtà distrettuali per l'area Venezia Centro storico-Isole litorale che ammontano complessivamente a 100.000 abitanti circa; l'area di terraferma, divisa anch'essa in due realtà distrettuali, conta 200.000 abitanti, ma con territorio urbano ad alta densità abitativa, geograficamente molto omogeneo e a superficie relativamente limitata.

Per l'anno 2009 è prevista l'attivazione di un NCP aziendale costituito da un Coordinatore Medico referente che svolge anche funzioni assistenziali in sede centrale, mentre un secondo dirigente medico con funzioni assistenziali avrebbe sede a Venezia. Nelle due sedi di Mestre e Venezia sono previsti due infermieri e un OSS, mentre uno psicologo svolgerebbe la propria attività a scavalco in entrambe le sedi. La collaborazione con l'AVAPO e con le professionalità attualmente presenti nel territorio, in tale ambito assistenziale, è prevista ad integrazione ed a supporto del personale operante nel NCP per l'anno 2009, per garantire le risorse minime previste dall'articolo 10 comma 3 della LR 7/2009. Nell'anno 2010 e 2011 è prevista una maggiore definizione di ruoli e competenze di tale personale, attualmente operante, con il consolidamento dell'attività del NCP. Nell'anno 2010 si valuterà l'opportunità di creare due NCP interdistrettuali per Mestre e Venezia. Riassumendo, per maggiore semplificazione, la struttura dell'NCP sarà la seguente:

- Un medico Coordinatore Responsabile e Referente ASL 12 per le cure palliative anche con funzioni assistenziali per l'area di Mestre per 38 ore settimanali
- Un medico con incarico di 38 ore settimanali da svolgersi prevalentemente nella sede di Venezia. Il medico farà riferimento direttamente al medico Coordinatore generale per quanto riguarda l'attività svolta e le modalità organizzative degli interventi.
- Uno psicologo con incarico di 38 ore settimanali a copertura aziendale.
- Due infermieri professionali con incarico di 36 ore e un OSS con incarico di 36 ore settimanali per la sede di Mestre
- Due infermieri professionali con incarico di 36 ore e un OSS con incarico di 36 ore settimanali per la sede di Venezia

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO MEDICO INFERMIERISTICO DELL'NCP

Le due sedi del NCP identificate all'interno delle strutture dell'ASL 12, saranno dotate di tutti gli strumenti tecnici ed informatici necessari, nonché di una struttura ambulatoriale che eroghi prestazioni di consulenza e cura ad accesso diretto. Il NCP dovrà garantire una copertura medica di supporto e consulenza di 6 ore giornaliere dal lunedì al venerdì. L'attività del medico del NCP potrà svolgersi a livello ambulatoriale, direttamente sul territorio, su richiesta del medico di medicina generale o in struttura di ricovero. Inoltre, dal lunedì al sabato, con copertura diurna, dovrà essere garantito un servizio di assistenza infermieristica. L'attività infermieristica e medica, erogata a livello domiciliare dal NCPI, viene decisa e pianificata periodicamente dal NCP con il medico coordinatore. Il servizio domiciliare ODO-AVAPO deve coordinarsi ed interagire con il NCP.

AZIONI DEL NCP

Il Nucleo di Cure Palliative Interdistrettuale coopera e interagisce con le figure professionali che operano all'interno dei servizi e delle strutture della rete: Assistente sociale, Fisioterapisti, MMG, Medici di continuità assistenziale.

Sono in fase di stesura protocolli di intesa con le organizzazioni no-profit che si occupano di cure palliative, essendo il volontariato parte integrante e fondamentale di questo ambito (volontari, associazioni a scopo caritatevole, assistenza spirituale ecc.).

Le figure professionali, referenti per servizio e/o struttura della rete di cure palliative, verranno convocate periodicamente dal medico Coordinatore generale per la verifica e l'attuazione di interventi multidisciplinari e organizzativi.

Le funzioni UVMD saranno attribuite ai medici del NCP per quanto attiene la specifica competenza per agevolare i percorsi assistenziali.

Vista la DGR 1608/08 e la carta dei Diritti del Malato, a fine vita verranno prese tutte le misure necessarie, in accordo con i Comitati Etici, a garanzia e tutela dei pazienti e dei loro bisogni medici, psicologici, spirituali e delle loro famiglie, con stesura di relativa documentazione vincolante.

Una supervisione periodica è prevista semestralmente da parte del NCP. Il medico Coordinatore generale, con il supporto di un infermiere di riferimento, verificherà per mezzo di indicatori specifici, la qualità delle cure erogate, il rispetto dei criteri e delle modalità di accesso, il livello di soddisfazione dei pazienti e delle famiglie. Il NCP provvederà, d'intesa con le farmacie ospedaliere e con i servizi di Direzione Sanitaria, a stilare procedure che garantiscano a domicilio la possibilità di trattamenti farmacologici ordinariamente ad uso ospedaliero.

ACCESSO AL NCP : CRITERI E FINALITÀ

Identificazione dei bisogni / problemi

L'identificazione corretta dei bisogni/problemi del paziente permettono di definire le necessità clinico-assistenziali e quindi di collocare correttamente il paziente all'interno della rete di cure palliative. Ciò garantisce un più alto livello di assistenza ed interventi, nonché una risposta più tempestiva e dinamica in termini di accesso alla rete.

Criteri di accesso: principi generali

I criteri principali di accesso alla rete e di presa in carico sono :

1. malattia neoplastica come "patologia prevalente".
2. cessazione delle terapie "attive" e passaggio a terapie palliative e/o di supporto.
3. aspettativa presunta di vita.
4. presenza di Care-giver domiciliari.

Nella prospettiva di una riduzione dei ricoveri ospedalieri, a favore di una maggior presa in carico domiciliare negli ultimi tre mesi di vita, dovranno essere definiti e verificati periodicamente i criteri e le modalità di accesso alla rete.

La cessazione delle terapie dovrà essere proposta dall'Oncologo che ha seguito il paziente durante la fase di "cura attiva". Sarà facoltà del medico NCP valutare anche altre proposte alternative .

L'aspettativa di vita non può essere un criterio assoluto di accesso alla rete ma dovrà essere considerata alla luce anche degli altri criteri d'ingresso.

Tutti i medici di medicina generale e di continuità assistenziale e le famiglie degli ammalati, dovranno essere sempre adeguatamente informati circa le "opzioni" assistenziali.

Modalità di accesso ed assistenza

Un medico e/o un infermiere del NCP raccolgono le segnalazioni direttamente dai reparti ospedalieri, dai medici di medicina generale o dal paziente stesso, valutando le priorità sulla base dei criteri definiti. Al NCP dovrà pervenire giornalmente la disponibilità di posti in Hospice ed eventuale disponibilità di posti in Ospedale tramite collegamento informatico e/o segnalazione telefonica o via fax (necessario in prima battuta mail e n° telefonico di riferimento). In tal senso potrà essere opportuno promuovere brevi incontri informativi presso i reparti e con i medici di medicina generale.

Assistenza domiciliare integrata (ADI)

I pazienti con bisogni clinico-assistenziali di bassa intensità o complessità che possono essere seguiti a domicilio, verranno presi in carico dall'NCP e assistiti con le risorse disponibili del NCP in stretta collaborazione ed integrazione a livello distrettuale con i servizi ADI, almeno fino alla completa dotazione organica dei NCP. IL piano assistenziale e gli interventi saranno concordati con il medico di medicina generale che potrà

comunque avvalersi sempre della consulenza ed il supporto del medico di cure palliative. Nelle prime fasi di attuazione del programma e fino a raggiungimento della piena dotazione organica e' auspicabile un potenziamento ed una riqualificazione dell'ADI (formazione specifica dei medici e degli operatori, ampliamento della fascia oraria di assistenza ecc.).

Assistenza domiciliare specialistica (Cure palliative)

I pazienti con bisogni clinico-assistenziali di elevata intensità o complessità che possono o vogliono essere seguiti a domicilio, verranno presi prioritariamente in carico direttamente dall' NCP con eventuale integrazione e/o supporto del servizio domiciliare di cure palliative (ODO-AVAPO). L'attività infermieristica e medica, erogata a livello domiciliare dal NCP, viene decisa e pianificata periodicamente dal NCP con il medico coordinatore.

Ricovero in Hospice

Vi accedono i pazienti che necessitano di interventi a bassa invasività ma ad elevata complessità assistenziale e relazionale. L'Hospice è parte integrante della rete di cure palliative; le funzioni principali dell'Hospice sono quelle di garantire un ricovero temporaneo o definitivo a pazienti per i quali l'assistenza domiciliare non è praticabile per motivi sanitari o di care-giver. I criteri di accesso all'Hospice, già regolamentati da DGRV 3318/08, sono i medesimi criteri che consentono l'accesso alla rete, ai quali va aggiunto il Performance Status (Karnofsky inf. a 50).

La richiesta di ricovero in Hospice dovrà essere effettuata dal MMG, o dal responsabile dell'U.O. di degenza, se il paziente si trova in ospedale, direttamente al NCP. La valutazione dell'appropriatezza delle richieste e l'autorizzazione al ricovero in Hospice, dovranno essere effettuate nel minor tempo possibile.

Ricovero in regime di degenza ordinaria

Il ricorso alla struttura Ospedaliera per tali pazienti è in linea di massima inappropriato.

Possono accedere comunque pazienti oncologici avanzati con sintomi o complicanze che necessitano di interventi specifici e che possono essere erogati solo all'interno di una struttura ospedaliera, sempre e comunque con la finalità di una miglior qualità di vita o in mancanza di alternative assistenziali domiciliari. Si raccomanda che i pazienti (o chi per essi), i MMG ed i Medici di Continuità Assistenziale contattino il NCP prima di accedere all'Ospedale. Il ricovero presso le UU.OO viene deciso dal medico di NCP.

In caso di autopresentazione e/o urgenza il medico di Pronto Soccorso, è autorizzato al ricovero anche se viene fortemente raccomandata una consulenza con il NCP, a salvaguardia della domiciliarità dell'assistenza. Verranno prioritariamente contattate le strutture di lungodegenza con vocazione oncologica o, alternativamente, i reparti internistici o geriatrici, salvo specifiche esigenze specialistiche in base alla disponibilità posti letto comunicata al NCP.

Copertura assistenziale nei giorni festivi

La copertura assistenziale durante le ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi è di fondamentale importanza al fine di garantire una reale continuità di cura e presa in carico del paziente. Pertanto, in tale fasce orarie il NCP sarà attivo con un servizio di reperibilità telefonica aziendale (medico e infermieristica) che dovrà svolgersi in stretto contatto operativo con il medico di continuità assistenziale.

Il contatto del paziente o dei suoi care-givers domiciliari potrà avvenire tramite il Servizio di Continuità Assistenziale che verrà interpellato prioritariamente. I medici di Continuità Assistenziale dovranno essere formati in modo specifico ed informati circa le modalità e i criteri di accesso alla rete ed alla richiesta di cure, a salvaguardia della domiciliarità del paziente. Essi possono avvalersi della consulenza offerta in tempo reale dal NCP. E' previsto che il NCP possa essere messo direttamente in contatto con gli assistiti nelle fasce di reperibilità attraverso percorsi assistenziali definiti.

FORMAZIONE

Destinatari : Medici, infermieri e psicologi e operatori sanitari che operano direttamente all'interno della rete. Alcuni dei medici e degli infermieri che operano nei reparti ospedalieri di riferimento, Medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale, Volontari. La formazione deve essere teorico-pratica.

Il NCP recepisce dal Coordinamento Regionale gli indirizzi relativi alla formazione

Tutto il personale che lavora in rete dovrà fare capo ad un unico centro formativo, in stretto collegamento con il NCP, eventualmente con l'appoggio di strutture "esterne" per brevi periodi di addestramento.

Andranno sviluppati programmi di supporto ed interscambio tra il personale delle varie realtà che operano in rete al fine di garantire aggiornamento, motivazione e ridurre il rischio di burn-out.

Per quanto riguarda il "dolore", la formazione ed eventuali programmi di intervento sul territorio dovranno essere svolti in massima sinergia con la U.O. di Terapia Antalgica dell' O.C. di Mestre e con i Medici referenti per il dolore.

LOTTA AL DOLORE

Numerosi studi hanno dimostrato che nel 95-97% dei casi, il dolore oncologico può essere trattato con un corretto uso dei farmaci. A livello aziendale sono già attivi protocolli che verificano l'esistenza, la diffusione e l'efficacia delle terapie rivolte al trattamento del sintomo in ambito ospedaliero.

Ad integrazione di queste misure, si attueranno programmi di formazione finalizzati alla conoscenza del dolore dal punto di vista eziopatogenetico e delle sue varie tipologie, alla conoscenza dei vari farmaci antalgici e del loro corretto uso; in particolare l'attenzione sarà rivolta all'utilizzo degli oppioidi, secondo le indicazioni dell'OMS e delle principali società europee e americane per le cure palliative e per il dolore.

Destinatari dei percorsi formativi sono medici ed infermieri che operano nella rete di cure palliative, medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medici ed infermieri delle strutture ospedaliere, secondo modalità da concordare (es. direttamente in reparto, incontri con MMG ecc.).

Un approccio corretto al dolore necessita di criteri di rilevamento definiti e condivisi.

Pertanto si cercherà di estendere anche al territorio una "scheda unica per la rilevazione del dolore", al fine di rendere le rilevazioni più attendibili, facilmente confrontabili e verificabili.

Particolare attenzione dovrà essere posta a sede, caratteristiche, intensità (scale di rilevazione in uso), modalità di insorgenza ecc. del dolore.

Per quanto riguarda la rilevazione dell'intensità del dolore, potranno essere usati strumenti di rilevazione (es. VAS) che permettano di definire 4 livelli di intensità del dolore (assente, lieve, moderato, grave).

Tale parametro, verificato settimanalmente per quanto riguarda il singolo paziente e trimestralmente per quanto riguarda la globalità dei pazienti, permette di definire la correttezza della terapia nel singolo paziente e l'appropriatezza del protocollo terapeutico quando valutato trimestralmente sulla globalità dei pazienti.

Dovrà essere realizzata una scheda di rilevazione del grado di soddisfazione del trattamento del dolore nei pazienti che accedono alla rete.

Tale scheda dovrà essere organizzata secondo criteri qualitativi (es. : ore di sonno libere da dolore, livelli di autonomia funzionale senza dolore ecc.) e quantitativi (es. intensità e numero degli accessi dolorosi...) .

INFORMATIZZAZIONE DEL SISTEMA

Il flusso di informazioni all'interno della rete, nonché le modalità di comunicazione e contatto, devono essere integrate e organizzate attraverso un sistema informatizzato. Ciò permetterebbe di elevare il livello di efficacia della rete stessa. Inoltre, rappresenterebbe il primo passo per l'istituzione di una banca dati.

Un'analisi più definita, permetterebbe di capire se sia sufficiente implementare il sistema informatico aziendale già esistente o se sia necessario istituire una nuova rete informatica specifica per le cure palliative.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Oltre alla parte organizzativa, il progetto presentato prevede la definizione e l'applicazione di indicatori per la valutazione della qualità delle cure e dei servizi, lo sviluppo di una rete di supporto psicologico orientata alla presa in carico del paziente dal punto di vista emotivo-relazionale, ma anche all'accettazione ed elaborazione del lutto da parte delle famiglie, nonché ad interventi volti a prevenire le situazioni familiari a rischio di lutto "patologico".

A tale scopo si possono prevedere specifici indicatori:

Gli indicatori adottati per valutare l'efficienza del progetto, salvo diverse disposizioni regionali, saranno in parte assimilabili a quelli previsti dal Decreto Ministro della salute 22 febbraio 2007 e dalla DGRV 1608/2008.

- Numero di malati deceduti a causa di tumore assistiti dal NCP/malati totali deceduti per malattia oncologica.
- Numero di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore.
- Tempo di attivazione e risposta del NCP.
- Riduzione giornate di degenza ospedaliera per malati deceduti in ospedale per malattia oncologica con accesso ospedaliero negli ultimi 60 giorni (verifica Controllo di Gestione)
- Riduzione dei ricoveri inappropriati per malattia oncologica tramite analisi delle SDO con DRG che non prevedano interventi erogabili solo in regime ospedaliero o DRG potenzialmente inappropriati (LEA) (verifica NAC).

A ciò si aggiunga l'utilizzo di una cartella infermieristica studiata ad hoc, per la rilevazione e valutazione dei sintomi, in modo particolare del dolore.

Questi ed altri interventi sono in gran parte mutuati dalle esperienze di cure palliative sviluppate nel nostro territorio e da competenze consolidate negli anni.

FINANZIAMENTI

I finanziamenti richiesti per l'anno 2009 sono ripartiti nei seguenti capitoli di spesa

COSTI PER IL PERSONALE

2 Dirigenti medici a tempo pieno (140.000 Euro)

4 Infermieri a tempo pieno (120.000 Euro)

2 Operatori sanitari a tempo pieno (OSS) (50.000 Euro)

1 Dirigente Psicologo a tempo pieno (50.00 Euro)

Indennità di reperibilità (40.000 Euro)

COSTI PER MATERIALE E CONSUMI

Rimborso carburante spostamenti territoriali (5.000 Euro)

Carta dei servizi e predisposizione documentazione (5.000 Euro)

Promozione e organizzazione di incontri pubblici e formazione sul campo (5.000 Euro)

Informatizzazione e Connettività (10.000 Euro)

TOTALE RICHIESTA FINANZIAMENTO 2009 (425.000 Euro)

ULSS N. 13 – MIRANO

REFERENTE: DR. GIUSEPPE MICHELETTO

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI	2009	2010	2011
<p>La visione strategica dell’Azienda ULSS 13 è creare un’organizzazione basata sull’adeguatezza e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed aspettative, orientata al miglioramento continuo dei servizi erogati, interessata a ricercare la soddisfazione dei cittadini e degli operatori dei servizi socio-sanitari sulla base di una corretta gestione delle risorse disponibili.</p> <p>Gli obiettivi di salute e organizzativi riguardanti le cure palliative dell’Azienda ULSS 13 nel prossimo futuro sarà:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Predisporre un programma continuativo di cure e assistenza globale del malato terminale. 2. Umanizzare il rapporto tra strutture sanitarie ed utente. 3. Ridurre il numero e la durata dei ricoveri impropri. 4. Migliorare il Quality of Life nel malato con patologia inguaribile. 			
CRITERI E AZIONI	2009	2010	2011
<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</p>	<p>L’Azienda ULSS 13 ha istituito il Servizio NCP con Delibera n. 999/2003 seguita</p>		

<p>contenute o risultasse più conveniente organizzativamente, è possibile provvedere alla costituzione di NNCP interdistrettuali o aziendali</p>	<p>da Delibera n. 1266/2007 U.O.S. cure palliative. Tale U.O.S. opera sia in ambito territoriale che ospedaliero con presenza attiva in oncologia, questo perché vi sia una maggiore sinergia e integrazione tra i servizi nel simultaneous care e, per rendere graduale il passaggio dalla cura attiva a quella palliativa del paziente oncologico.</p>		
<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</p>	<p>Dai dati ISTAT relativi al 31.12.2008 il bacino di abitanti dell'Azienda ULSS 13 corrisponde a 264472.</p>		

<p>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>Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì</p>	<p>2 (due) medici a tempo pieno dal lunedì al venerdì</p> <p>1 (uno) coordinatore infermieristico</p> <p>6 (sei) infermieri a tempo pieno dal lunedì al sabato.</p> <p>1 (una) psicologi.</p>	<p>2 (due) medici a tempo pieno dal lunedì al venerdì</p> <p>1 (uno) coordinatore infermieristico</p> <p>8 (otto) infermieri a tempo pieno dal lunedì al sabato.</p> <p>2 (due) psicologi.</p> <p>4 (quattro) OSS.</p>	<p>2 (due) medici a tempo pieno e 1 (uno) a 19 ore dal lunedì al sabato.</p> <p>1 (uno) coordinatore infermieristico</p> <p>9 (nove) infermieri a tempo pieno dal lunedì alla domenica</p> <p>.</p> <p>2 (due) psicologi.</p> <p>5 (cinque) OSS.</p>

	2 (due) OSS.		
<p>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>Realizzazione con il Centro Trasfusionale di un sistema operativo facilitato per viste e prelievi ed eventuali trasfusioni in regime DH o territoriale.</p>	<p>Realizzazione di un percorso facilitato attraverso l'integrazione con i distretti sanitari per il trasporto dei pazienti (entro le 48 ore dalla richiesta) per interventi specifici (CVC, posizionamento cateteri peridurali, ecc.)</p>	<p>Realizzazione di un percorso integrato con il pronto soccorso per l'accesso ospedaliero ad eventuali ricoveri o diagnostica.</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, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a 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>Dal rivisitazione delle SDO si evidenzia il maggior numero di ricoveri impropri durante le ore notturne, prefestivi e festivi. Questo è dovuto a carenza di personale infermieristico di supporto assistenziale domiciliare che non garantisce una copertura h 24, pertanto si propone una maggiore</p>	<p>Copertura 12 ore attiva e 12 ore pronta disponibilità.</p>	<p>Copertura attiva 24 ore tutto l'arco della settimana.</p>

	copertura assistenziale giornaliera per il 2009 stimata in copertura di 12 ore nell'arco della settimana.		
L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08	Progettazione carta dei diritti del malato ai sensi del DGR1609/08.	Distribuzione brochure informativa della carta dei diritti del malato.	Distribuzione brochure informativa, revisione sistematica della carta dei diritti del malato.
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	Progettazione di una cartella informatizzata tra NCP e territorio (ADI)	Cartella informatizzata tra NCP territorio (ADI) e MCA	Cartella informatizzata tra NCP territorio (ADI) e MCA pronto soccorso e ospedale.
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	Interventi di consulenza per UVMD nei distretti di appartenenza dei pazienti.	Attribuzioni di funzione di coordinamento del UVMD da parte del NCP.	Integrazione nella UVMD con i reparti ospedalieri con presenza dell'oncologo.
Altre azioni			

Particolare sostegno sarà dato ai progetti che prevedono anche aspetti di particolare innovazione, come:			
	2009	2010	2011
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	2 (due) medici a tempo pieno dal lunedì al venerdì con orario 8.00-16.00. 1 (uno) coordinatore	2 (due) medici a tempo pieno dal lunedì al venerdì con orario 8.00-16.00. 1 (uno) coordinatore	2 (due) medici a tempo pieno e 1 (uno) a 19 ore dal lunedì al venerdì con orario 8.00-16.00 sabato 8.00-14.00.

	infermieristico 6 (sei) infermieri a tempo pieno dal lunedì al sabato con orario 8.00-14.00. 2 (Due) Oss 1 (uno) psicologo.	infermieristico 8 (otto) infermieri a tempo pieno dal lunedì al sabato con orario 8.00-20.00. 4 (quattro) Oss 2 (due) psicologi.	1 (uno) coordinatore infermieristico 9 (nove) infermieri a tempo pieno dal lunedì al sabato con orario 8.00-20.00 e domenica con orario 8.00- 14.00. 5 (cinque) Oss 2 (due) psicologi. 1 (una) segretaria
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 NNCP distrettuali	Progettazione sistema informatizzato di trasmissione dati per MCA.	Realizzazione del sistema informatizzato di trasmissione dati per MCA.	Implementazione del sistema informatizzato di trasmissione dati per MCA.
La previsione di una consulenza del NCP presso le struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali	La consulenza del NCP presso le struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, ospedale e RSA è già attiva.	La consulenza del NCP presso le struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, ospedale e RSA è già attiva.	La consulenza del NCP presso le struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, ospedale e RSA è già attiva.
L'istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti attinenti	Riunioni periodiche ogni 15 giorni.	Riunioni periodiche ogni 15 giorni.	Riunioni periodiche ogni 15 giorni.

<p>la conduzione delle cure, la relazione con il malato e i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica</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>Distribuzione di tutti i farmaci da parte del servizio di farmacia ospedaliera ai pazienti in cura palliativa.</p>	<p>Distribuzione di tutti i farmaci da parte del servizio di farmacia ospedaliera ai pazienti in cura palliativa.</p>	<p>Distribuzione di tutti i farmaci da parte del servizio di farmacia ospedaliera ai pazienti in cura palliativa.</p>
<p>Altri aspetti particolarmente innovativi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione di un team per il posizionamento di CVC mediante sistemi periferici eco guidati. 2. Programmazione di corsi aggiornamento per il personale del NCP. 3. Programmazione di giornate specifiche per la divulgazione delle CP. 4. Integrazione mediante incontri di aggiornamento con le ONLUS territoriali. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione di un team per il posizionamento di CVC mediante sistemi periferici eco guidati. 2. Programmazione di corsi aggiornamento per il personale del NCP. 3. Programmazione di giornate specifiche per la divulgazione delle CP. 4. Integrazione mediante incontri di aggiornamento con le ONLUS territoriali. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmazione di corsi aggiornamento per il personale del NCP. 2. Programmazione di giornate specifiche per la divulgazione delle CP. 3. Integrazione mediante incontri di aggiornamento con le ONLUS territoriali.

INDICATORI:

- Numero ricoveri impropri dei pazienti in Cura Palliativa
- Tempo medio di cura dei pazienti in Cura Palliativa

- Tempo medio di assistenza dei pazienti in Cura Palliativa
- Numero di decessi a domicilio dei pazienti in Cura Palliativa

- Indice di gradimento sul servizio NCP
- Utilizzo nei reparti ospedalieri e territorio di scale multidimensionale per il dolore globale.

FINANZIAMENTO RICHIESTO PER L'ANNO 2009:

- Personale ad integrazione dell'attuale (n.1 medico, n. 4 infermieri, n. 2 OSS, n. 1 psicologi) 180000,00 €
- Materiale (autovetture, divise, telefonia mobile, arredamenti, computer, materiale vario consumo) 40000,00 €
- Formazione del personale di cure palliative ECM (realizzazione cancelleria rimborso docenti) 5000,00 €
- Servizio di pronta disponibilità 13000,00 €

Totale 458.00,00

ULSS N. 14 – CHIOGGIA

REFERENTE: DR. LINO BATTISTELLO

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI	2009	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	Recepimento della L.R. 7/2009 da parte della D.G. e sua attuazione nell'ambito dei 2 distretti	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 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	Data la previsione di scorporo del Distretto 2 (che farà parte dell'ULSS 16 dal 01/01/2010), sono stati istituiti due NCP (uno per ciascun Distretto)		
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	Adeguamento della dotazione del NCP distrettuale (tenuto conto delle dimensioni dei due distretti con circa 70.000 abitanti): Medico Palliativista 15 ore /sett. Psicologo 15 ore/s	Mantenere una dotazione minima (almeno pari ai 7/10 del personale così come indicato dalla Regione), ove possibile rafforzandola. Per Distretto:	Implementazione del NCP con le altre figure professionali (terapista della riabilitazione) e con il volontariato addestrato (vedi progetto allegato).

<p>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 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>Infermieri Professionali ADI per un min. di 50 ore/sett</p>	<p>MP 19 ore PSI 19 ore 2 IP dedicati o l'equivalente orario con gli IP dell'ADI</p> <p>1,4 OSS dedicati</p> <p>(Qualora stabiliti standard regionali adeguamento) agli stessi)</p>	
<p>Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì</p>	<p>Presenza 6gg/7gg dell' IP più la reperibilità nella mattina dei gg festivi</p> <p>Presenza medico palliativista 2 gg la settimana con reperibilità telefonica per MMG 5gg/7gg</p>	<p>Presenza degli IP garantita 7gg/7gg</p> <p>Presenza del medico almeno 3 gg la settimana e reperibilità telefonica 6gg/7gg</p>	
<p>Ai sensi dell'art.6, comma 2, L.R.7/2009, la</p>	<p>Garantire la consulenza</p>	<p>Da definire entro</p>	

<p>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>specialistica a domicilio e l'effettuazione della RX torace urgente. Andranno definiti protocolli operativi di accesso facilitato al sistema d'offerta dell'Azienda.</p>	<p>l'anno protocollo per accesso venoso centrale e per altra diagnostica tramite accesso urgente in PS (percorso rapido per paziente oncologico)</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, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a 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>Spostamento di 1 IP dall'Ospedale al Territorio (ADI-NCP) per ciascun Distretto</p>	<p>Spostamento di 1,4 (operatore equivalente) OSS dall'Ospedale al Territorio per ogni Distretto</p>	
<p>L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08</p>	<p>Recepimento della carta europea e</p>	<p>Diffusione della carta europea tra operatori e utenti con informazioni sull'attività NCP</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,</p>	<p>Attivazione apposito file ai sensi della DGR 1608/08</p>	<p>Adeguamento delle modalità di accesso e dei</p>	

ove operante, secondo la DGR 3318/08		flussi informativi per l'Hospice aziendale avviato a Piove di Sacco	
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	Attivazione di UVMD settimanale, per presa in carico di nuovi casi e per la verifica dei casi trattati, con MMG, IP, Palliativista e Psicologo	Coinvolgimento in UVMD dell'Assistente Sociale del Comune e delle altre figure (es. OSS) coinvolte nell'assistenza	Coinvolgimento in UVMD di verifica di volontari addestrati
Altre azioni	1) attivazione ambulatorio di Cure Palliative 2) percorso del paziente oncologico in ADI-NCP con stesura di PDTA	Condivisione del PDTA percorso del paziente oncologico terminale con le UO ospedaliere coinvolte	

Particolare sostegno sarà dato ai progetti che prevedono anche aspetti di particolare innovazione, come:			
	2009	2010	2011
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	Pronta disponibilità infermieristica diurna 7gg/7gg	Attivazione reperibilità telefonica del MP il sabato mattina	
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	Non essendo realizzabile (per ora) una reperibilità h 24 del Medico Palliativista verrà	Evento formativo annuale per i medici della Continuità	

<p>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</p>	<p>implementato il supporto informatico con aggiornamento settimanale a cui può accedere la C.A.</p>	<p>assistenziale per potenziare la collaborazione con i NCP</p>	
<p>La previsione di una consulenza del NCP presso le strutture del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali</p>	<p>E' già attivata la consulenza del MP nei reparti ospedalieri e presso le case di riposo</p>	<p>Potenziamento della attività di consulenza del MP</p>	
<p>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</p>	<p>Supervisione mensile del personale ADI-NCP da parte di psicologo esterno al NCP</p>	<p>Evento formativo sulla comunicazione della diagnosi ed altri aspetti etici per per i MMG ed altri operatori coinvolti</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>Potenziamento della Distribuzione diretta o in DPC mediante accordi con farmacia ospedaliera o territoriale con rispetto dei tempi minimi di fornitura</p>	

Altri aspetti particolarmente innovativi	Individuazione di volontari per l'accompagnamento dei pazienti in C.P. Stesura di un progetto di formazione dei volontari previsto nell'ambito del piano locale della domiciliarità	Realizzazione del progetto di formazione e supervisione di volontari a supporto al NCP nell'ambito del piano della domiciliarità	
--	---	--	--

INDICATORI:

- 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 questionario da somministrare alla famiglia

FINANZIAMENTO RICHIESTO:

Come contributo all'assunzione del personale necessario alla realizzazione del progetto, all'adeguamento del supporto informatico e la realizzazione di eventi formativi sia per il personale sanitario, sia per i volontari si richiede per l'anno 2009 un finanziamento di Euro 120.000 da distribuire in proporzione ai residenti nei 2 distretti

ULSS 15 – ALTAPADOVANA

REFERENTE: DR. DOMENICO BILLECI

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI	2009	2010	2011
<p>1. Cura attiva e totale di malati la cui malattia di base non risponde più ai trattamenti specifici, migliorando l'efficacia dei percorsi di cura per il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e le loro famiglie, controllo del dolore e degli altri sintomi e in generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali.</p> <p>A tal proposito si vuole costituire un unità operativa (Nucleo Cure Palliative) formata da un Direttore, un'infermiera, una figura amministrativa part time, un medico di Distretto e una psicologa.</p> <p>Il Nucleo effettua la presa in carico del paziente. Sei medici di Medicina generale formati nelle Cure Palliative in collaborazione con i medici del nucleo lavoreranno come Tutor a fianco dei loro colleghi al fine di migliorare il rapporto di rete fra nucleo, reparti ospedalieri, hospice e territorio.</p> <p>2. valorizzazione dell' UVMD come ambito in cui gli operatori socio</p>	<p>a. Creazione del modello organizzativo di rete che permetta la comunicazione e la collaborazione funzionale fra ospedale, hospice e territorio.</p> <p>b. Attuare il processo di informazione mediante incontri con i MMG e le associazioni di volontariato.</p>	<p>a. Attuazione del modello organizzativo, (ospedale, hospice e territorio).</p> <p>b. Valorizzazione del lavoro in equipe, sostegno maggiore alle famiglie: accompagnamento ed elaborazione del lutto.</p> <p>c. Attuare il processo di informazione mediante incontri con i MMG e le associazioni di volontariato</p>	<p>a. Valutazione del modello organizzativo attraverso la misurazione dell'efficacia dei percorsi integrati di cura (domiciliari per residenziali), a fine vita.</p> <p>b. Attivazione degli ambulatori di cure palliative in entrambi i Presidi Ospedalieri</p> <p>c. Attuare il processo di informazione mediante incontri con i MMG e le associazioni di volontariato</p>

<p>sanitari che seguono il malato stabiliscono il piano terapeutico e le necessità assistenziali, definiscono il case manager e il care giver.</p> <p>3. Altro obiettivo è poter curare il paziente in un ambiente accogliente per lui e per coloro che lo assistono evitando l'ospedalizzazione incongrua e favorendo il trattamento domiciliare. Alternativa all'assistenza domiciliare è il ricovero in struttura accreditata allo scopo, hospice.</p> <p>4. promuovere nel territorio la cultura delle cure palliative e la collaborazione con le associazioni di volontariato.</p>			
<p>CRITERI E AZIONI</p>	<p>2009</p>	<p>2010</p>	<p>2011</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>Costituzione del Nucleo di Cure Palliative INTERDISTRETTUALE</p>	<p>Costituzione di due Nuclei di Cure Palliative: uno al Distretto 1 sud- est e un nucleo al Distretto 2 Nord - ovest</p>	<p>Costituzione di due Nuclei di Cure Palliative: uno al Distretto 1 sud- est e un nucleo al Distretto 2 Nord - ovest</p>
<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</p>	<p>FIGURE PROFESSIONALI attualmente in servizio</p> <ul style="list-style-type: none"> -1 Direttore - 1 infermiere - 1 amministrativo part time 	<p>FIGURE PROFESSIONALI previste</p> <ul style="list-style-type: none"> -1 Direttore - 3 infermieri -1 amministrativo tempo pieno 	<p>FIGURE PROFESSIONALI previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> -1 Direttore - 7.5 infermieri -2.5 amministrativi

<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Medico a 16 h - 1 psicologa a 9 h - 6 tutor Medici di Medicina Generale formati, e con esperienza in Cure Palliative che collaborano con i MMG del territorio a 5 ore 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Medici Responsabili - 1 psicologa a tempo pieno - 2 operatori socio sanitari - 6 tutor Medici di Medicina Generale formati, e con esperienza in Cure Palliative che collaborano con i MMG del territorio 	<ul style="list-style-type: none"> - 4 Medici Responsabili - 2.5 psicologhe a tempo pieno - 5 operatori socio sanitari - 6 tutor Medici di Medicina Generale formati, e con esperienza in Cure Palliative che collaborano con i MMG del territorio
--	---	---	--

al funzionamento della struttura residenziale			
Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì	Presenza di un servizio 24h su 24, 7 gg su 7 in collaborazione con il SIAD e la Continuità assistenziale	Presenza di un servizio 24h su 24, 7 gg su 7 in collaborazione con il SIAD e la Continuità assistenziale	Presenza di un servizio 24h su 24, 7 gg su 7 in collaborazione con il SIAD e la Continuità assistenziale. Servizio di reperibilità 24h su 24 di un medico palliativista.
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 abbinato 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	Presenza di un accesso facilitato in day hospital oncologico per l'esecuzione di trattamenti non eseguibili a domicilio: paracentesi...toracentesi ...trasfusioni di emoderivati..ed eventuale diagnostica	Attivazione di un day hospital c/o l'hospice (day/hospice) che consenta trattamenti nella cura contro il dolore, e trattamenti non eseguibili a domicilio: inserimento CVC, esecuzione di trasfusione di emoderivati, paracentesi...	Attivazione di due day hospital (uno per ciascun hospice) che consentano trattamenti nella cura contro il dolore, e trattamenti non eseguibili a domicilio: inserimento CVC, esecuzione di trasfusione di emoderivati, paracentesi...
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	A partire dal 31% (valore medio di riferimento delle tavole di stima stilate dal coordinamento regionale	Diminuzione dei ricoveri ospedalieri approssimativamente al 20% -25%	Diminuzione dei ricoveri ospedalieri al 15%-20%

<p>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. 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>cure palliative e RTV) prevedere percentualmente una riduzione dei ricoveri ospedalieri.</p>		
<p>L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08</p>	<p>Sono previste azioni di informazione a promozione delle cure palliative con conferenze ai MMG ai Medici Ospedalieri e/o coordinatori dei servizi/reparti e al volontariato; - preparazione della carta dei diritti del morente - preparazione di una guida per le famiglie (in collaborazione con l'associazione Floriani)</p>	<p>Preparazione di opuscoli per le famiglie - preparazione della carta dei diritti del morente - preparazione di una guida per le famiglie (in collaborazione con l'associazione Floriani)</p>	<p>Distribuzione di opuscoli a tutta la cittadinanza; previste conferenze per l'informazione previsti incontri con i MMG</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>Preparazione di un sistema informatizzato CARIBEL per raccolta dati definiti dalla DGR 1608/08</p>	<p>Sperimentazione del nuovo programma di informatizzazione Caribel</p>	<p>Messa a regime del programma informatizzato Caribel</p>
<p>L'attribuzione delle funzioni di</p>	<p>Organizzazione e messa</p>	<p>Previsione di un</p>	<p>Previsione di un</p>

UVMD al NCP per quanto di competenza, facendo così convergere, nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la gestione dell'assistenza	in opera dell'UVMD da parte del Nucleo di Cure Palliative con istituzione del piano terapeutico: programmazione di intensità di cure BASSA o ALTA intensità (ex art 8) e definizione del Case manager	organizzazione distrettuale dell'UVMD	organizzazione distrettuale dell'UVMD
Altre azioni	Collaborazione e informazione ai MMG	Collaborazione e informazione ai MMG	Collaborazione e informazione ai MMG

Particolare sostegno sarà dato ai progetti che prevedono anche aspetti di particolare innovazione, come:			
	2009	2010	2011
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	Presenza di un servizio attivo della Continuità Assistenziale	Attivazione di consegna alla Continuità Assistenziale di paziente in regime di Cure Palliative	Attivazione di una reperibilità di un Medico Palliativista nell'ULSS 15, 24 ore su 24, 7 gg su 7.
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 NNCP distrettuali	E' previsto modulo di segnalazione del paziente in regime di cure palliative alla Continuità Assistenziale nei giorni festivi	In relazione con il patto aziendale coinvolgimento della Continuità Assistenziale per la continuità delle cure al paziente terminale	In relazione con il patto aziendale coinvolgimento della Continuità Assistenziale per la continuità delle cure al paziente terminale e reperibilità di 1 medico palliativista
La previsione di una consulenza del	E' attivo un	Attivazione di un	Piena attività del

<p>NCP presso le struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali</p>	<p>ambulatorio di cure palliative all'ospedale di Cittadella; sono previste visite di consulenza presso i reparti dell'ospedale di Cittadella e Camposampiero</p>	<p>ambulatorio di cure palliative presso l'ospedale di Camposampiero</p>	<p>sistema di consulenza e ambulatoriale nei due presidi</p>
<p>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</p>	<p>Costituzione di un team (1 psicologo, 1 medico 1 infermiere) che si occupi del periodico controllo dell'appropriatezza delle cure instaurate e della comunicazione relazione con il paziente e l'ambito familiare</p>	<p>Costituzione di un team (1 psicologo, 1 medico 1 infermiere) che si occupi del periodico controllo dell'appropriatezza delle cure instaurate e della comunicazione relazione con il paziente e l'ambito familiare</p>	<p>Costituzione di un team (1 psicologo, 1 medico 1 infermiere) che si occupi del periodico controllo dell'appropriatezza delle cure instaurate e della comunicazione relazione con il paziente e l'ambito familiare</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>Saranno disponibili tutti i farmaci</p>	<p>Saranno disponibili tutti i farmaci</p>	<p>Saranno disponibili tutti i farmaci</p>
<p>Altri aspetti particolarmente innovativi</p>	<p>Supporto psicologico alle famiglie per l'accompagnamento e l'elaborazione al lutto</p>	<p>Supporto psicologico alle famiglie per l'accompagnamento e l'elaborazione al lutto</p>	<p>Supporto psicologico alle famiglie per l'accompagnamento e l'elaborazione al lutto</p>

INDICATORI:

1. EPIDEMIOLOGICI (distribuzione territoriale del bisogno)
2. INDICI DI EFFICACIA/EFFICIENZA degli interventi:
 - tempi di presa in carico
 - tempi di ricovero in hospice
 - accessibilità telefonica e domiciliare dell'infermiere, del MMG, del tutor e del palliativista
 - continuità assistenziale e accessibilità al servizio nei giorni prefestivi e festivi
 - servizio 24h su 24, 7 gg su 7 anno 2009/2010/2011
 - attivazione di un day/hospital anno 2010, due day/hospital 2011
 - riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati (attraverso il controllo del numero di giornate di ricovero negli ultimi 30 gg di vita), dal 31% al 15- 20% nell'anno 2011
 - preparazione opuscoli: carta dei diritti del morente/guida alle famiglie anno 2009/2010/2011
 - creazione sistema informatizzato Caribel 2010/2011
 - costituzione del team per controllo appropriatezza anno 2009/2010/2011
 - disponibilità di tutti i farmaci necessari alle cure palliative anno 2009/2010/2011

FINANZIAMENTO RICHIESTO:

€250.000/ annui per 3 anni per personale dedicato, informatizzazione, collaborazione Medici di Medicina Generale

ULSS 16 - PADOVA

REFERENTE: DR. DANIELE DONATO

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 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.

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

L'ULSS16 mette 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.
- Consulenza clinica per i casi più complessi

-Tre 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.

-un responsabile di cure primarie con delega da parte del direttore del distretto con funzioni di organizzazione, gestione operativa, individuazione dei bisogni.(UVMD)

-infermieri dedicati alle CP: 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.

-psicologo che dovrà avere una formazione sulle cure palliative e svolgerà il suo lavoro in ambito domiciliare distrettuale

-assistente sociale (del comune) nei casi complessi

-operatori addetti all'assistenza forniti su richiesta dal comune in base al regolamento comunale

Oltre a questo il NCP coinvolgerà i medici della Continuità assistenziale che saranno forniti dell'elenco dei pazienti in cure palliative seguiti

	dall'equipe, ed il <u>volontariato</u> .		
Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì	Programmazio ne	Attivazione	Verifica degli indicatori
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	Attivazione di protocolli di <u>dimissione protetta</u> , con consulenza del palliativista nei reparti ospedalieri (in tutta la rete dei servizi del territorio ULSS) 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.		Attivazione di protocolli di <u>ammissione protetta</u> (coinvolgimento di Triage Socio-sanitario / letti di osservazione breve/ day hospital)
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			Verifica degli indicatori sui ricoveri ospedalieri negli ultimi 90 giorni di vita per i malati oncologici presi in carico
L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08			Sviluppo della carta dei diritti del malato a fine vita e diffusione della stessa
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	Informatizzazio ne della scheda ingresso agli Hospice	Integrazione del progetto nel Sistema Informativo Aziendale	Verifica degli indicatori
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			Il NCP partecipa attivamente alle UVMD come da protocollo presente nel progetto. La UVMD identifica il case-

manager.

Aspetti di particolare innovazione:			
	2009	2010	2011
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		Accessi infermieristici in pronta disponibilità notturna e festiva (lista consegne dei pazienti seguiti dal NCP) Attivazione accessi infermieristici programmati nei festivi e prefestivi	
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 NNCP distrettuali		Integrazione nella rete di Cure Palliative dei medici della Continuità assistenziale (lista consegne dei pazienti seguiti 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	Formazione di base estesa al personale operante nel

		dedicati al territorio NCP
<p>Sviluppo di un Portale per le Cure Palliative, dedicato sia agli operatori sanitari che alla collettività, che permetta:</p> <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

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 (confronto prima e dopo l'avvio del progetto)
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).

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

ULSS 17 – ESTE

REFERENTE: DR. NINO TRIMARCHI

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI	2009	2010	2011
Assicurare il coordinamento delle prestazioni erogate dalle Cure Primarie con le prestazioni proprie delle Cure Palliative per garantire una risposta efficace nei confronti dei malati nella fase terminale della loro vita.	Recepimento dell'impegno di sviluppo di una rete di cure palliative per l'adulto, quale nuovo sistema d'offerta assistenziale	Garanzia di riconversione del sistema di offerta assistenziale da ospedaliero a domiciliare	Espansione dei servizi domiciliari offerti, secondo un programma strutturato di Cure Palliative a malati assistiti a fine vita
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	Costituzione di un Gruppo di progetto aziendale per la stesura di una proposta di programmazione organizzativa ottimale	Adeguamento dell'assetto Aziendale secondo le soluzioni organizzative più convenienti, individuate dal Gruppo di Progetto e costituzione del/dei Nuclei di Cure Palliative	Verifica di congruità sull' andamento delle attività di offerta della rete Cure Palliative Aziendali.
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	Costituzione di un Gruppo di Studio, per il personale di funzionamento dei NNCP, per valutare la compatibilità/ Sostenibilità territoriale ed ospedaliera delle possibili risposte di offerta	Attivazione procedure di acquisizione del Personale dei vari profili, secondo l'esito delle analisi eseguite. Acquisizione del Personale. Formazione del Personale di funzionamento acquisito. Inizio in progress delle	Verifica della messa a regime del Personale di funzionamento. Superamento di eventuali criticità, tramite un processo di armonizzazione aziendale interno ed esterno

<p>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>		attività.	
<p>Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì</p>	<p>Attivato con risorse Aziendali</p>	<p>mantenimento</p>	<p>mantenimento</p>
<p>Ai sensi dell'art.6, comma 2, L.R.7/2009, la descrizione di protocolli di acceso</p>	<p>Costituzione di un Gruppo di lavoro per</p>	<p>Incontri con i Servizi Aziendali e con le Strutture</p>	<p>Stesura definitiva e pubblicizzazione di 1 unico protocollo di accesso facilitato alle strutture</p>

<p>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>l'individuazione dei servizi/strutture che necessitano di protocolli di accesso facilitato</p>	<p>Accreditate individuati, per la definizione delle singole possibilità/percorribilità d'accessi facilitati</p>	<p>Aziendali ed Accreditate</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, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a 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>Acquisizione degli elementi relativi all'Azienda 17</p>	<p>Analisi delle possibili proiezioni di rientro a seconda del modello adottato</p>	<p>Rilevazione dei risultati conseguenti l'attivazione del/dei NNCP in termini di minori ricoveri inopportuni con parallela riconversione delle risorse ospedaliere recuperate</p>
<p>L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08</p>	<p>Connessione al progetto 1 di Area C)</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>Connessione al progetto 1 di Area C)</p>		
<p>L'attribuzione delle funzioni di UVMD al</p>	<p>Integrazione con il gruppo</p>	<p>Partecipazione del</p>	<p>Alimentazione condivisa del sistema informativo</p>

NCP per quanto di competenza, facendo così convergere, nello stesso luogo decisionale, la programmazione e la gestione dell'assistenza	che segue il nuovo regolamento aziendale UVMD	costituito NCP alle UVMD	con i dati dei PAI - CP
Altre azioni			

ASPETTI DI PARTICOLARE INNOVAZIONE DEL PROGETTO SONO:

	2009	2010	2011
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	Studio fattibilità dell'attivazione di un servizio infermieristico attivo nei giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica.	Proposta di istituzione del servizio attivo	Sperimentazione dell'istituzione del servizio attivo anche grazie alla riconversione delle risorse ospedaliere recuperate
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 NNCP distrettuali	Studio di una proposta volta a garantire un supporto decisionale, da parte di medici con competenza in cure palliative, al servizio di Continuità Assistenziale e ai Reparti Ospedalieri	Verifica di fattibilità della proposta individuata	Applicazione della soluzione
La previsione di una consulenza del NCP presso la struttura del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali		Protocollo d'intesa alla costituzione del/dei NNCP	Applicazione del protocollo
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		Individuazione del/dei supervisori e modalità attuative. Inizio supervisioni	Valutazione degli esiti delle supervisioni e conseguenti proposte

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	Verifica dello stato di fatto in Azienda Ulss	Protocollo d'intesa con le Strutture Farmaceutiche Aziendali ed erogazione	mantenimento
Altri aspetti particolarmente innovativi			

INDICATORI del Progetto

1. informatizzazione della rete
2. riorganizzazione e riconversione aziendale
3. diminuzione dei ricoveri inappropriati
4. aumento numerico degli utenti domiciliari afferenti alla rete Cure Palliative
5. aumento dei consumi degli oppioidi

FINANZIAMENTO RICHIESTO:

anno 2009 €125.000,00

anno 2010 €198.000,00

anno 2011 €137.000,00

RISORSE AZIENDALI impegnate

anno 2009 risorse aziendali già dedicate €70.000,00 per il trattamento del dolore

anno 2010 risorse aziendali previste €330.000,00 per riconversione di personale, strutture/ attrezzature, software/hardware

anno 2011 risorse aziendali previste € 250.000,00 per ulteriori riconversioni di personale e grazie alla diminuzione dei ricoveri inappropriati

AZIENDA ULSS 18 – ROVIGO

REFERENTE: DR. PIVA

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI	2009	2010	2011
<p><i>Attualmente presso la nostra Azienda il sistema per le CP è composto da:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Una SOC Terapia del Dolore e Cure Palliative presso l'ospedale di Rovigo, con una dotazione di 3 medici, che garantisce la funzione di consulenza e responsabilità clinica ed organizzativa anche per l'Hospice di Lendinara.</i> ▪ <i>Hospice di 8 posti letto presso la Casa di Riposo di Lendinara</i> ▪ <i>Una SOC Assistenza Primaria, che garantisce l'assistenza domiciliare anche a questa tipologia di pazienti su tutto il territorio aziendale.</i> <p><i>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'atteso.</i></p> <p><i>Da una indagine condotta dal Coordinamento Regionale per le Cure Palliative e per la Lotta al Dolore in collaborazione con il Registro Tumori</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisizione risorse umane ed attrezzature • Formazione del personale • Costituzione di un gruppo di lavoro per la predisposizione di protocolli e percorsi di cura ed assistenza, in collaborazione tra SOC Terapia del Dolore e Cure Palliative, Hospice, SOC Assistenza Primaria e Servizio di Continuità Assistenziale 	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di percorsi di presa in carico domiciliare per almeno 20 pazienti/giorno entro la fine dell'anno • Riduzione del costo per ricoveri di pazienti oncologici terminali presso strutture ospedaliere private accreditate o extraaziendali 	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di percorsi di presa in carico domiciliare per almeno 45 pazienti/giorno entro la fine dell'anno.

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.

Dai dati suesposti emerge la necessità di elaborare un progetto che consenta di sviluppare ulteriormente a livello aziendale una rete strutturata e dedicata per le cure palliative, al fine di creare le condizioni affinché questi malati possano trascorrere la maggior parte della vita in famiglia e, solo quando questo non sia possibile, in strutture adeguate, possibilmente extraospedaliere, garantendo nel contempo una continuità di presa in carico e di assistenza, con personale specificatamente formato.

La recente assegnazione della terza unità medica alla SOC Terapia del Dolore e Cure Palliative e la disponibilità da parte dell'hospice a collaborare anche in un progetto di assistenza domiciliare, consentirebbe di realizzare un Nucleo di Cure Palliative, che ancora manca nella nostra Azienda, 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 e far

<p><i>fronte alle indicazioni regionali in materia di Cure Palliative utilizzando nel contempo l'esperienza consolidata negli anni da parte delle professionalità esistenti sul territorio, opportunamente integrate ed incrementate.</i></p> <p><i>La costituzione del NCP, la cui responsabilità sarebbe posta a carico del personale medico della SOC Terapia del Dolore e Cure Palliative, consentirebbe di perseguire gli obiettivi di aumento dei pazienti assistiti in Assistenza Domiciliare e di diminuzione del numero di ricoveri inopportuni che garantirebbero nel tempo la sostenibilità economica del NCP stesso, utilizzando gli indicatori previsti dall'Allegato A della DGR n.1608 del 17.06.2008.</i></p>			
<p>CRITERI E AZIONI</p>	<p>2009</p>	<p>2010</p>	<p>2011</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>	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione progetto. Si prevede la costituzione di 1 NCP interdistrettuale, essendo 2 i distretti dell'Azienda, omogenei sia dal punto di vista territoriale che demografico, mediante una 	<p>A completo regime</p>	

	<p>collaborazione interistituzionale tra la SOC Terapia del Dolore e Cure Palliative, la Direzione dei Distretti e l'IPAB che gestisce l'Hospice accreditato per 8 posti letto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acquisizione risorse umane ed attrezzature • Formazione del personale • Predisposizione protocolli e percorsi di cura ed assistenza • Integrazione accordo/convenzione con l'hospice per la fornitura di servizi in regime di assistenza domiciliare in CP 		
<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</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisizione di - 216 ore settimanali di Infermiere 	<p>Progressiva integrazione con il personale del Servizio Infermieristico Domiciliare</p>	<p>A completo regime</p>

<p>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 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,</p>	<p>Professionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - 144 ore settimanali di OSS - 19 ore settimanali di psicologo <p>Il medico a tempo pieno è già in organico alla SOC Terapia del Dolore e Cure Palliative. La sede del NCP è presso l'Hospice di Lendinara, in maniera tale da favorire l'integrazione professionale e funzionale con il personale ivi operante e facilitare i percorsi di presa in carico integrata. Tale sede è inoltre in posizione baricentrica rispetto alle 2 sedi ospedaliere aziendali. Per un contenimento dell'onere orario per gli spostamenti del personale si cercherà di favorire una</p>		
--	---	--	--

<p>qualora operante, essendo quest'ultimo definito ai sensi della normativa vigente per l'autorizzazione al funzionamento della struttura residenziale</p>	<p>distribuzione dei casi sul territorio in base al domicilio degli operatori rispetto ai pazienti, con momenti di riunioni di equipe all'inizio od alla fine del turno lavorativo</p>		
<p>Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì</p>	<p>Si, con copertura oraria infermieristica e socio -assistenziale 7 – 19, medica 8 – 20. Dalle 20 alle 8 di tutti i giorni, nei giorni prefestivi dalle 10 alle 20 e nei giorni festivi dalle 8 alle 20 sarà disponibile il Servizio di Continuità Assistenziale nonché il Servizio Infermieristico Domiciliare aziendale, opportunamente e tempestivamente informati sui casi in carico.</p>	<p>A completo regime</p>	
<p>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</p>		<p>Nei protocolli e percorsi di cura ed assistenza saranno previsti i percorsi di</p>	<p>A completo regime</p>

<p>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>accesso facilitato ai servizi ospedalieri e distrettuali, nonché di ricovero, sia ospedaliero che in Hospice.</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, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a 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>		<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione del numero di ricoveri ospedalieri inopportuni 	<p>Riduzione del costo per ricoveri di pazienti oncologici terminali presso strutture ospedaliere private accreditate o extraaziendali</p>
<p>L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione della carta dei diritti del malato a fine vita 	<p>A completo regime</p>
<p>L'integrazione nel progetto del sistema informativo per le cure palliative, ai sensi della DGR 1608/08</p>		<p>Adeguamento del sistema informativo aziendale per il</p>	<p>A completo regime</p>

e dei criteri d'accesso all'hospice, ove operante, secondo la DGR 3318/08		supporto del progetto per le cure palliative, ai sensi della DGR 1608/08 e dei criteri d'accesso all'hospice, secondo la DGR 3318/08	
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	Il NCP, in fase di costruzione del progetto assistenziale individuale, adotterà la metodologia valutativa della UVMD utilizzando come strumento la SVAMA e la scheda di accesso in hospice ai sensi della DGR . Conseguentemente il NCP sarà integrato dal MMG curante e dall'Assistente Sociale del comune di residenza dell'assistito, nonché da un dirigente del Distretto di residenza.	A completo regime	
Altre azioni			

Particolare sostegno sarà dato ai progetti che prevedono anche aspetti di particolare innovazione, come:			
	2009	2010	2011
Istituzione di un servizio attivo anche nei giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica. Il servizio			

<p>può essere organizzato anche in forma interdistrettuale o aziendale, sebbene 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 domiciliarietà 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</p>	<p>Viene previsto un coinvolgimento del Servizio di Continuità Assistenziale nonché il Servizio Infermieristico Domiciliare aziendale, opportunamente e tempestivamente informati sui casi in carico, dalle 20 alle 8 di tutti i giorni, nei giorni prefestivi dalle 10 alle 20 e nei giorni festivi dalle 8 alle 20</p>	<p>A completo regime</p>	
<p>La previsione di una consulenza del NCP presso le strutture del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali</p>	<p>Il medico del NCP già svolge attività di consulenza per le 2 strutture ospedaliere aziendali e per l'hospice, di cui è responsabile clinico-organizzativo</p>	<p>Attivazione di consulenze per le strutture residenziali del territorio</p>	
<p>L'istituzione di una supervisione periodica del personale su aspetti attinenti la conduzione delle cure,</p>	<p>Tale attività viene già svolta</p>	<p>Essendo anche il medico di</p>	<p>A completo regime</p>

<p>la relazione con il malato e i suoi familiari, le ricadute etiche della pratica clinica</p>	<p>periodicamente con il personale dell'hospice da parte del medico della SOC Terapia del Dolore e Cure Palliative.</p>	<p>riferimento del NCP ed avendo l'equipe sede presso l'hospice, tale supervisione sarà estesa a tutto il personale ed ai familiari dei malati</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>I farmaci necessari in hospice sono già forniti dalla Farmacia Ospedaliera aziendale</p>	<p>Estensione della fornitura dei farmaci necessari per le cure palliative anche ai pazienti a domicilio</p>	<p>A completo regime</p>
<p>Altri aspetti particolarmente innovativi</p>	<p>Integrazione ed interscambiabilità del personale infermieristico e socio-assistenziale del NCP con l'analogo personale dell'hospice</p>	<p>A completo regime</p>	

INDICATORI: oltre agli indicatori previsti dall' Allegato A alla DGR n.1608/2008, per il monitoraggio del progetto saranno valutati i seguenti indicatori di esito:

n. dei malati deceduti per neoplasia presi in carico dal NCP per anno

n. malati presi in carico dal NCP deceduti al domicilio / n. totale dei malati deceduti presi in carico dal NCP per anno

n. malati presi in carico dal NCP deceduti in hospice / n. totale dei malati deceduti presi in carico dal NCP per anno

ULSS 19 – ADRIA

REFERENTE: DR. EZIO BOTNER

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI PER I PAZIENTI IN CURE PALLIATIVE	2009	2010	2011
<ul style="list-style-type: none"> -Miglioramento 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 nella 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. 	Iniziato il percorso di miglioramento assistenziale.	Avanzamento del percorso di miglioramento assistenziale.	Percorso in miglioramento continuo
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	La costituzione del nucleo delle cure palliative dell'Azienda ULSS n. 19 è avvenuto con Decreto n. 29 del 29.06.2004. Aggiornato più volte. Con decreto n. 496 del 15.10.2008, la sua attuale	Aggiornamento del "nucleo cure palliative" per le necessità del Team.	Aggiornamento del "nucleo cure palliative" per le necessità emergenti nella prosecuzione del progetto.

	<p>composizione è la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinatore nucleo "Direttore di Distretto • Medico esperto in cure palliative • Dirigente Medico di chirurgia • Dirigente Medico di Medicina • Psicologo • Infermiere esperto in cure palliative • Responsabile Assistenza Domiciliare • Infermiere coordinatore • Assistente sociale 		
<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.</p>	<p>Figure professionali impegnate settimanalmente</p> <p>-50 ore infermiere</p>	<p>Previste le seguenti figure professionali aggiuntive rispetto al</p>	<p>A regime con le seguenti figure dedicate</p> <p>82 ore settimanali</p>

<p>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>-18 ore OSS - 4 ore psicologo</p>	<p>2009. -1 infermiere a tempo pieno -18 ore settimanali al medico - 6 ore settimanali di psicologo</p>	<p>di infermieri suddivise in: -2 infermieri a tempo pieno per l'assistenza domiciliare -10 ore settimanali di infermiere per terapia antalgica.</p> <p>27 ore settimanali psicologo.</p> <p>28 ore settimanali medico</p> <p>2 OSS: -1 a tempo pieno -1 a 18 ore settimanali</p>
<p>Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì</p>	<p>Servizio attivo dal lunedì al venerdì</p>	<p>Come per 2009</p>	<p>Come per 2010</p>
<p>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</p>	<p>Progettati percorsi preferenziali per le visite specialistiche e per i necessari ricoveri.</p>	<p>Avvio dei percorsi di facilitazione al sistema "offerta Azienda ULSS"</p>	<p>Messa a regime dei percorsi/protocolli di facilitazione.</p>

accessi ai servizi ospedalieri, nonché gli eventuali ricoveri che si rendessero necessari			
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, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a 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	Analisi dei problemi ed identificazione delle strategie.	Avvio del piano operativo e messa a regime dello stesso.	Per i pazienti deceduti in cure palliative nel 2011 si prevede che almeno il 50% muoiano presso il proprio domicilio.
L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08	Predisposta bozza della "Carta dei diritti del malato a fine vita".	Definita la "Carta dei diritti del malato a fine vita" e applicata.	Prevista revisione della stessa per le necessarie modifiche ed integrazioni.
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	Predisposto per l'ambulatorio di terapia antalgica.	Previsto un sistema informativo per le cure palliative e iniziale attivazione.	Ampliamento ed integrazione del sistema.
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	Programmazione sistema funzioni UVMD al NCP	Messa a regime.	Continuità del sistema organizzativo ed integrazioni.

Altre azioni			
--------------	--	--	--

Particolare sostegno sarà dato ai progetti che prevedono anche aspetti di particolare innovazione, come:			
	2009	2010	2011
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	Servizio attivo nei giorni prefestivi.	Come per il 2009	Attivo nei giorni prefestivi.
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 NNCP distrettuali	Attivo un recapito telefonico festivo e notturno	Come per il 2009	Come per il 2010
La previsione di una consulenza 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 Adria.	Come 2009. Estensione a ricoveri ospedalieri	Come 2010
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	Su richiesta effettuati interventi di supervisione ed aiuto sul personale assistenziale, sui malati e loro familiari.	Attivato gruppi di auto mutuo aiuto.	Come per il 2010
La disponibilità di tutti i farmaci, ordinariamente ad	Attiva la	Sviluppo della	Viene garantita

uso ospedaliero, che si rendessero necessari per l'erogazione di cure palliative a domicilio o in hospice	fornitura dei farmaci e presidi a domicilio e/o in collaborazione con la famiglia.	procedura per la fornitura dei farmaci/presidi a domicilio.	la fornitura e/o presidi a domicilio a tutti i pazienti in cure palliative.
Altri aspetti particolarmente innovativi			

INDICATORI:

Numero di pazienti in carico al Nucleo Cure Palliative/numero di cartelle informatizzate presenti.

Decessi a domicilio per pazienti assistiti dal Nucleo cure Palliative: almeno il 17.5% nel 2009, almeno il 30% nel 2010, almeno il 50% nel 2011

FINANZIAMENTO RICHIESTO:

- Nel 2009 la spesa del progetto è di euro 73.800 per sostenere i costi del personale: 50 ore settimanali infermiere, 18 ore settimanali di OSS e 4 ore settimanali di psicologo.
- Nel 2010 si prevede una spesa di euro 153.000 per sostenere i costi di: 1 infermiere, 18 ore settimanali di un medico, 6 ore settimanali di psicologo. Personale questo aggiuntivo rispetto al 2009.
- Nel 2011 si prevede una spesa di euro 221.500 per sostenere i costi degli infermieri, OO.SS.SS., medici e psicologo.

Nelle quote del finanziamento del progetto non è stata inclusa la spesa per i farmaci, i presidi, i costi dell'Adimed e quelli relativi agli aspetti organizzativi.

La rendicontazione economica del progetto nel triennio prevista sarà valutata annualmente in seguito allo sviluppo dello stesso e sulla base delle necessità emergenti.

ULSS 20 - VERONA

REFERENTE: DR. ROBERTO BORIN

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI

Premesse

I principi assistenziali a cui l'ULSS 20 intende riferirsi sono i seguenti:

- Garanzia di una referenza unitaria e complessiva, per il malato e per la sua famiglia, che eviti le soluzioni di continuo nell'attuazione del programma assistenziale;
- competenza ed esperienza per l'assistenza al malati neoplastico in tutte le fasi della vita, con un'attenzione particolare all'individuazione dei bisogni inespressi e alla previsione di quelli potenziali;
- comportamenti orientati all'integrazione e alla consulenza transdisciplinari
- sistema informatico destinato alla descrizione dei problemi e dei percorsi assistenziali per documentare l'accessibilità e l'efficienza dei servizi, nonché per valutare la qualità delle cure correlando modalità organizzative ed efficacia assistenziale;
- attenzione per:
 - garantire al malato e ai suoi familiari la possibilità d'espressione dei bisogni, delle emozioni, degli stati d'animo, dei dubbi e delle difficoltà;
 - assicurare la partecipazione del malato alle decisioni che lo riguardano, rendendo disponibili informazioni precise, sufficienti e chiare;
 - sostegno delle motivazioni e consolidamento delle conoscenze degli operatori, per limitare e prevenire l'esaurimento del personale (burn-out)

Questa ULSS ha attivato nel 1999 l'Hospice S. Cristoforo a Cologna Veneta e nel 2006 l'Hospice S. Giuseppe a Marzana, dove vengono assistiti complessivamente ogni anno circa 320 pazienti, garantendo un'assistenza palliativistica qualificata e aderente a quanto previsto dai principi normativi.

In questi Hospice lavorano complessivamente n° 5 medici di medicina generale, con contratto a 12 o 18 ore settimanali ciascuno, selezionati per la loro esperienza e curriculum professionale nell'ambito delle cure palliative.

Il modello assistenziale che è stato predisposto in queste strutture, ha consentito di articolare la presenza di tali Medici lungo tutto l'arco della giornata assicurando una elevata continuità assistenziale; in particolare presso l'Hospice di Marzana è stata attivata sperimentalmente una disponibilità telefonica notturna, prefestiva e festiva a turno, con presenza di un Medico anche la domenica mattina.

Ciò ha consentito il conseguimento di risultati importanti quali:

- una maggiore continuità assistenziale;
- formazione ed addestramento continuo del personale infermieristico conseguente alla frequente presenza medica; tale personale ha gradualmente acquisito un notevole grado di autonomia, con riduzione progressiva del ricorso al medico reperibile;

- elevata presenza medica sia al momento del decesso che nei momenti critici quali la sedazione palliativa;
- counseling molto frequente sia durante la degenza che nella fase immediata post-morte;
- elevata frequenza di accoglimenti, molti dei quali effettuati anche il sabato e la domenica;
- scarso ricorso agli interventi dei Medici di Continuità assistenziale;
- elevato numero di ricoveri annuali, con superamento degli standard previsti;
- raccordo ottimale con i colleghi di Medicina Generale del territorio e con i reparti ospedalieri.

Il tutto si è concretizzato con un alto gradimento dei familiari per quanto riguarda l'assistenza complessiva erogata, testimoniato dai numerosi ringraziamenti e donazioni in favore dell'attività dell'Hospice.

L'UNITA' OPERATIVA CURE PALLIATIVE

L'Atto aziendale prevede, inoltre, l'Unita Operativa Cure Palliative, Struttura Semplice con funzione sovradistrettuale, con l'obiettivo di offrire ai malati neoplastici gravi una risposta unitaria e qualificata alle molteplici esigenze correlate alla loro condizione (terapia del dolore, interventi psicologici sul malato e sui familiari, ecc). Viene previsto che l'Unità Operativa Cure Palliative, inserita presso il Distretto 4, garantisca:

- omogeneità di trattamento in cure palliative erogate a domicilio e in tutte le strutture residenziali, 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;
- la consulenza per le Strutture residenziali, anche Ospedaliere;
- le attività ambulatoriali di cure palliative e l'attività di day-hospice;
- lo sviluppo di una rete solidaristica con il volontariato, curandone gli aspetti formativi e le modalità di un efficace inserimento nell'ambito socio-assistenziale.

La positiva esperienza del modello organizzativo negli Hospice, sostiene l'opportunità di utilizzare l'esperienza e la competenza dei citati medici palliativisti che lavorano negli Hospice, anche per i nuclei di cure palliative distrettuali, con i seguenti compiti:

- facilitatore della UVMD per l'elaborazione del PAI;
- affiancare l'infermiere e il medico di m.g. nelle prime visite a domicilio ed ogni volta che è necessaria una consulenza specifica
- formatore dell'équipe
- reperibilità telefonica H/24, a turno con gli altri Distretti, per la consulenza ai medici di m.g. o della continuità assistenziale, in momenti critici dell'assistenza, insorgenze di complicità, necessità di sedazione terminale.

I nuclei di cure palliative saranno utilmente ricompresi nell'Unita Operativa Cure Palliative, consolidando un'organizzazione complessiva delle cure palliative sia domiciliari che residenziali. Si verrà pertanto 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.

RICOVERI INOPPORTUNI

Si riportano, per l'Azienda ULSS 20, alcuni dati epidemiologici relativi alla mortalità per neoplasia nel 2008 e un breve resoconto del numero di pazienti assistiti nella fase terminale. (Dati tratti da: "Le cure palliative in Veneto", del Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore)

Totale deceduti per neoplasia	N° atteso (65% dei morti) di utenti assistiti in regime di cure palliative	N° osservato di utenti deceduti tra gli assistiti in regime di cure palliative	% di assistiti sui deceduti (n° assistiti / n° deceduti)	% copertura del fabbisogno atteso (n° osservato / n° atteso)
1.165	757	572	49,10%	75,54%

Numero malati assistiti in cure palliative nel 2008

Malati oncologici	Malati neurologici	Malati patologia cardiaca e/o respiratoria	Altri malati	TOTALE
593	217	175	202	1.187

Numero malati assistiti e deceduti nel 2008 e loro luogo di decesso

CASA	HOSPICE	OSPEDALE	TOTALE
161	299	112	572

Numero totale malati oncologici deceduti in ospedale entro 20 giorni dal ricovero

Azienda Ospedaliera – B.go Trento	198
Azienda Ospedaliera – B.go Roma	229
Ospedale ULSS 20	99
Altri Ospedali	88
TOTALE	614

Dai dati presentati, risulta come sia elevato il numero di pazienti assistiti nei servizi territoriali, con una copertura del 75,54% rispetto al fabbisogno atteso. A fronte però di un numero elevato di pazienti assistiti, si registra un elevato ricorso a ricoveri ospedalieri, in particolare negli ultimi 90 giorni di vita. Questo genera una serie di criticità, che possono essere così riassunte:

- il ricovero ospedaliero in regime ordinario di un paziente in fase avanzata/terminale in una struttura dedicata alla fase acuta di malattia, genera attività spesso inutili e dolorose per il malato;
- il ricovero è determinato da difficoltà assistenziali a domicilio, carenze organizzative, ansie e paure dei familiari non adeguatamente supportate; tutto questo non rispetta il desiderio dei malati, che, in gran parte, prediligono condurre le fasi finali della loro vita presso la propria abitazione;
- il prolungamento del ricovero e la riluttanza da parte dei familiari alla dimissione di un paziente terminale, determina un'occupazione di posti letto per acuti inopportuno, ma si giustifica con una debolezza organizzativa dei servizi domiciliari e una concomitante carenza informativa e di sostegno alla delicata fase del passaggio a domicilio.

Sembra necessario organizzare un'attività che integri maggiormente l'organizzazione delle UU.OO. ospedaliere con l'organizzazione dei nuclei di cure palliative distrettuali e favorisca il sostegno e l'accompagnamento dei familiari di un paziente terminale in dimissione ospedaliera.

Saranno quindi rivisti i percorsi assistenziali dall'Ospedale al territorio e viceversa, con la creazione di tutor di UO ospedaliera per ogni malato in fase avanzata e un team intraospedaliera per la facilitazione dei passaggi ospedale-territorio-ospedale.

L'obiettivo che si intende raggiungere nel corso del triennio è di ridurre in via prioritaria i ricoveri, seguiti da decesso del paziente, negli ultimi 20 giorni di vita. Le azioni che si intendono effettuare, dovranno portare anche ad una riduzione dei ricoveri complessivi negli ultimi 90 giorni di vita.

CRITERI E AZIONI

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

ANNO 2009

- Istituzione dell'Unita Operativa Cure Palliative, Struttura Semplice con funzione sovradistrettuale, inserita presso il Distretto n° 4, con incarico a Dirigente medico anestesista I livello;

- costituzione del Nucleo di cure palliative presso il Distretto n° 4; costituzione di un pool unico di medici esperti in cure palliative, che lavoreranno trasversalmente sia in Hospice di Cologna Veneta che nel Nucleo di cure palliative del Distretto;
- implementazione delle risorse infermieristiche, impegnate nell'assistenza in ADI a pazienti oncologici in fase avanzata, in tutti i 4 Distretti;

ANNO 2010

- costituzione dei Nuclei di cure palliative nei Distretti 1-2-3

ANNO 2011

- Pieno regime dei Nuclei di cure palliative in tutti i 4 Distretti dell'ULSS 20

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 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.

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

ANNO 2009

- Trasferimento di un Dirigente medico dall'UO di Anestesia rianimazione all'UO cure palliative del Distretto 4 e attivazione della UO stessa;
- incarico di n° 14 ore a medico del Servizio di Continuità Assistenziale, individuato tramite selezione aziendale per curriculum ed esperienza in cure palliative, da inserire nel pool unico di medici esperti in cure palliative, che lavoreranno trasversalmente sia in Hospice di Cologna Veneta che nel Nucleo di cure palliative del Distretto;
- incarico di n° 12 ore per medico specialista ambulatoriale (SAI), da inserire nel pool unico di medici esperti in cure palliative, che lavoreranno trasversalmente sia in Hospice di Cologna Veneta che nel Nucleo di cure palliative del Distretto;
- incarico di n° 12 ore di psicologo ambulatoriale (SAI), da inserire nel Nucleo di cure palliative;
- nell'ambito della convenzione con i Centri Servizio per l'erogazione dell'assistenza infermieristica domiciliare e riabilitativa presso i Distretti Sanitari dell'ULSS, incremento di n° 18.000 ore annue, da impiegare nel potenziamento dell'ADI rivolta a pazienti oncologici in fase avanzata e/o terminale di tutti i 4 Distretti.
- Attivazione di n. 100 protocolli di assistenza programmata codice 6, per un totale di n.160 mesi di assistenza.
- Noleggio n. 8 FIAT Panda per servizio

ANNO 2010

- Assunzione di n. 1 infermiere per ogni Distretto, al fine di implementare le risorse disponibili, da dedicare esclusivamente per le cure palliative domiciliari;
- incarico professionale a tempo pieno per n. 4 medici esperti in cure palliative, da assegnare ad ognuno dei 4 Nuclei di cure palliative distrettuali
- incarico professionale a n. 2 psicologi, da inserire nell'attività dei Nuclei di cure palliative dei 4 Distretti
- assunzione di n. 1 operatore d'assistenza per ognuno dei 4 Nuclei di cure palliative distrettuali;
- nell'ambito della convenzione con i Centri Servizio per l'erogazione dell'assistenza infermieristica domiciliare e riabilitativa presso i Distretti Sanitari dell'ULSS, ulteriore incremento di n° 5.000 ore annue, per un totale di 23.000 ore di incremento, da impiegare nel potenziamento dell'attività dei Nuclei di cure palliative di tutti i 4 Distretti.
- Attivazione di n. 250 protocolli di assistenza programmata codice 6, per un totale di n.400 mesi di assistenza.

- Noleggio ulteriori n. 4 FIAT Panda per servizio

ANNO 2011

- Assunzione di ulteriore n. 1 infermiere per ogni Distretto, al fine di implementare le risorse disponibili, da dedicare esclusivamente per le cure palliative domiciliari;
- incarico professionale a ulteriori n. 2 psicologi, da inserire nell'attività dei Nuclei di cure palliative dei 4 Distretti
- assunzione di ulteriore n. 1 operatore d'assistenza per ognuno dei 4 Nuclei di cure palliative distrettuali;
- nell'ambito della convenzione con i Centri Servizio per l'erogazione dell'assistenza infermieristica domiciliare e riabilitativa presso i Distretti Sanitari dell'ULSS, ulteriore incremento di n° 5.000 ore annue, per un totale di 28.000 ore di incremento, da impiegare nel potenziamento dell'attività dei Nuclei di cure palliative di tutti i 4 Distretti.
- Attivazione di n. 400 protocolli di assistenza programmata codice 6, per un totale di n.650 mesi di assistenza.
- Noleggio ulteriori n. 4 FIAT Panda per servizio

Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì

ANNO 2009

I Nuclei di cure palliative assicureranno la piena operatività, dal lunedì al venerdì, dalle ore 7.30 alle ore 17.00.

ANNI 2010 – 2011

I Nuclei di cure palliative estenderanno la loro operatività, dal lunedì al venerdì, dalle ore 7.30 alle ore 18.00.

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

ANNO 2010

Sarà attivato il progetto: "Creazione di una rete di facilitazione alla dimissione protetta di pazienti nella fase terminale della vita, attraverso la preparazione di tutor infermieristici di reparto e appoggio alla famiglia pre-dimissione da parte di un team di sostegno", d'intesa con l'Azienda Ospedaliera di Verona.

L'obiettivo principale è lo studio di un possibile modello di integrazione tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali nell'ambito delle cure palliative, in linea con quanto indicato dalla LR 7 del 19-3-09.

Il progetto è descritto nelle schede successive, inerenti gli aspetti di particolare innovazione.

Con le UU.OO ospedaliere, partecipanti al suddetto progetto, sarà stabilito un protocollo specifico di accesso facilitato per i pazienti in assistenza territoriale, che necessitano di ingresso ospedaliero per esami diagnostici o trattamenti terapeutici.

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, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a 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

La necessità di predisporre gli atti, gli accordi e i percorsi di formazione necessari alla realizzazione del progetto di integrazione ospedale-territorio, sopra descritto, comporterà:

ANNO 2010

- Formazione dei tutor di reparto
- Stesura protocolli
- n. 1 incarico professionale ad assistente sociale

ANNO 2011

- Avvio a regime del progetto di integrazione ospedale-territorio

PIANO DI RIENTRO DAI RICOVERI OSPEDALIERI INOPPORTUNI

I ricoveri inopportuni negli ultimi 20 giorni di vita, i dati relativi al 2008 ed elaborati dal Servizio di Controllo di gestione dell'ULSS 20, hanno interessato 614 pazienti oncologici, determinando una spesa pari ad € 1.998.202. La distribuzione è stata la seguente:

REPARTO	DESCRIZIONE	ANNO 2008	Importo degenza 2008
08	CARDIOLOGIA	2	10.981,91
09	CHIRURGIA GENERALE	26	152.953,19
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		
12	CHIRURGIA PLASTICA		
13	CHIRURGIA TORACICA		
14	CHIRURGIA VASCOLARE		
18	EMATOLOGIA	10	61.449,71
58	GASTROENTEROLOGIA	18	52.216,79
21	GERIATRIA	160	486.019,75
60	LUNGODEGENTI	31	47.589,16
19	MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	1	3.749,64
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1	16.928,95
26	MEDICINA GENERALE	111	347.369,91
29	NEFROLOGIA	2	7.490,31
30	NEUROCHIRURGIA	1	2.594,50
32	NEUROLOGIA	9	30.734,21
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA		
64	ONCOLOGIA	164	476.797,13
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	2.185,44
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	20.254,59
38	OTORINOLARINGOIATRIA	1	887,62
68	PNEUMOLOGIA	31	105.238,95
70	RADIOTERAPIA	6	14.323,16
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	2	8.060,85
49	TERAPIA INTENSIVA	32	143.550,58
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE		
50	UNITA' CORONARICA	1	2.106,82
28	UNITA' SPINALE		

43	UROLOGIA	2	4.719,55
	TOTALE	614	1.998.202,72

Per quanto riguarda, invece, i ricoveri negli ultimi 90 giorni di vita, sono stati elaborati i dati preparati dal Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore e il Registro Tumori del Veneto, corretti per l'intera popolazione dell'ULSS. I dati sono i seguenti:

• soggetti incidenti:		10.727
• numero di ricoveri inopportuni:	3.191	
• giorni di ricovero:		43.845
• costo in euro:		12.074.488

Il piano di rientro avrà la seguente articolazione:

anno 2010

- riduzione del 10 % dei ricoveri, seguiti dal decesso, negli ultimi 20 giorni di vita
- ulteriore riduzione del 1% dei ricoveri negli ultimi 90 giorni di vita

anno 2011

- riduzione del 30 % dei ricoveri, seguiti dal decesso, negli ultimi 20 giorni di vita
- ulteriore riduzione del 3 % dei ricoveri negli ultimi 90 giorni di vita

L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08

Nel 2010, la carta dei diritti del malato avrà la stesura definitiva, secondo i principi e gli obiettivi del presente progetto.

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

Sarà reso pienamente operativo dal 2010, il sistema informativo previsto dalle DGR citate. La necessità di una revisione e messa a punto dei sistemi informatici dell'Azienda, comporterà l'affidamento di un incarico professionale a tecnico informatico per n° 10 ore settimanali per l'anno 2010.

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

Dall'anno 2010, l'Unità Operativa cure palliative a valenza interdistrettuale, garantirà il funzionamento dei 4 Nuclei di cure palliative distrettuali anche con funzioni di UVMD, per la gestione complessiva delle cure palliative negli Hospice di Cologna Veneta e Marzana e nell'assistenza domiciliare.

Particolare sostegno sarà dato ai progetti che prevedono anche aspetti di particolare innovazione, come:

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

ANNO 2009

- Sarà attivo un servizio infermieristico di reperibilità notturna, prefestiva e festiva. Tale servizio sarà inoltre attivo, su programmazione legata alle necessità dei pazienti, anche al mattino del sabato, la domenica e altri giorni festivi.

ANNO 2010

- Servizio infermieristico di reperibilità notturna, prefestiva e festiva;
- servizio infermieristico attivo, su programmazione e su chiamata dei medici di Continuità Assistenziale, anche in orario diurno del sabato, domenica e altri giorni festivi;
- servizio di reperibilità telefonica di medico palliativista notturna, prefestiva e festiva, per tutto il territorio dell'Azienda, a disposizione dei Medici curanti e Medici del servizio di Continuità Assistenziale.

ANNO 2011

- Attivazione di un servizio di consulenza attivo ai medici curanti e della Continuità Assistenziale da parte di un palliativista, anche in orario diurno del sabato, domenica e altri giorni festivi;
- attivazione di una reperibilità dedicata, prefestiva e festiva, per gli aspetti organizzativi e problematiche della rete, da parte di un Medico di Distretto facente

parte dell'UVMD.

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 domiciliarietà 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

Questo ambito è descritto al punto precedente, in particolare per quanto riguarda l'attivazione di una reperibilità telefonica palliativistica nel 2010 e la possibilità di un servizio attivo di consulenza nel 2011.

ANNO 2010

- Sarà individuato un referente per le cure palliative per ognuno dei 10 punti di erogazione del Servizio di Continuità Assistenziale; tale referente parteciperà alle UVMD del Nucleo di cure palliative, facendo da collegamento con gli altri colleghi del punto di erogazione e garante della continuità del progetto assistenziale dei pazienti dell'area di competenza.
- I referenti effettueranno un periodo di stage formativo presso i 2 Hospice dell'Azienda, con modalità da concordare e integrare nell'Accordo Aziendale per la Continuità Assistenziale.

ANNO 2011

Sarà a regime il sistema di collegamento con il Servizio di continuità assistenziale e l'UO di cure palliative dell'ULSS.

La previsione di una consulenza del NCP presso le strutture del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliere e residenziali

ANNI 2010 – 2011

Un'esperienza simile presso l'UO di Oncologia dell'Azienda ospedaliera di Verona, non ha dato i risultati sperati.

Sarà attivata presso le UU.OO dell'Ospedale di S. Bonifacio e stabilita con protocollo d'intesa con Azienda Ospedaliera di Verona, nell'ambito del progetto Ospedale-Territorio.

Analoga consulenzialità sarà offerta presso I Centri Servizio per anziani non autosufficienti dell'ULSS, dove sarà altresì monitorato il numero annuo di deceduti per neoplasia e il consumo di oppiacei per singola struttura.

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

ANNI 2010 - 2011

Per il personale dedicato dell'equipe dei 2 Hospice e dell'assistenza domiciliare, sarà predisposto un'attività di supervisione trimestrale, su aspetti legati all'eticità delle cure, la sedazione palliativa e la relazione d'aiuto con il paziente e i suoi familiari.

Sarà pertanto istituita un incarico professionale in questo ambito, a professionista esterno all'organizzazione ed esperto in attività di supervisione di personale impegnato in reti palliative.

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

La disponibilità di tutti i farmaci necessari, presenti nel Prontuario ospedaliero, è già assicurata nei 2 Hospice.

ANNI 2010 e 2011

Tale disponibilità sarà garantita anche a domicilio, con consulenza ai 4 Nuclei di cure palliative da parte di un farmacista del dipartimento farmaceutico aziendale.

Attivazione dei day-Hospice

ANNO 2009

Presso l'Hospice di Cologna Veneta viene sperimentata un'attività di day-Hospice, rivolto a pazienti neoplastici in fase avanzata, in assistenza domiciliare, che necessitano di:

- consulenza su terapia antalgica e palliativa;
- infusioni endovenose, medicazioni di cateteri venosi centrali, ecc (non eseguibili a domicilio)
- emotrasfusioni
- consulenza psicologica

ANNI 2010 – 2011

Attivazione di analogo day-Hospice presso l'Hospice di Marzana, con attività ampliata dal lunedì al venerdì.

Progetto: "Creazione di una rete di facilitazione alla dimissione protetta di pazienti nella fase terminale della vita, attraverso la preparazione di tutor infermieristici di reparto e appoggio alla famiglia pre-dimissione da parte di un team di sostegno", d'intesa con l'Azienda Ospedaliera di Verona.

Gli obiettivi specifici possono essere riassunti in:

1 - Identificazione di un tutor infermieristico

Nelle U.U.O. ospedaliere dove si registrano un maggior numero di pazienti in fase avanzata/terminale, verrà identificata una figura infermieristica, che, dopo un adeguato training sugli aspetti organizzativi delle cure palliative avrà i compiti sottoelencati. Il tutor di Reparto avrà il compito di:

- seguire la programmazione della dimissione, raccogliere tutte le informazioni sanitarie del paziente, identificare i bisogni del paziente quando sarà dimesso e seguire la dimissione protetta secondo il protocollo d'intesa già in essere tra Azienda Ospedaliera e ULSS 20;
- raccordarsi con il NCP dei 4 Distretti dell'ULSS e partecipare, anche in forma telefonica o telematica, alla valutazione multidimensionale del NCP;
- illustrare al paziente e ai familiari i possibili percorsi extraospedalieri per il paziente, le opportunità di assistenza domiciliare o residenziale in Hospice;

Questa figura sarà identificata nelle U.O. ospedaliere che nel corso degli anni hanno dimostrato di avere il maggior numero di ricoveri da parte di questi pazienti. In particolare si stima che il numero appropriato sia:

- n° 3 UU.OO Geriatria Azienda Ospedaliera di Verona
- n° 1 UO Geriatria e n° 1 UO post acuzie Ospedali ULSS 20 di Verona
- n° 4 UU.OO. Medicina Azienda Ospedaliera di Verona
- n° 1 UO Medicina Ospedale ULSS 20 di Verona
- n° 1 UO Oncologia Azienda Ospedaliera di Verona,
- n° 1 UO Pneumologia Azienda Ospedaliera di Verona

2 - Team di sostegno

Già durante il ricovero in ospedale, le problematiche complesse del paziente e della sua famiglia vanno affrontate in modo complessivo e globale, poiché sostenere un nucleo familiare richiede di seguire gli aspetti psicologici del nucleo familiare, logistici dell'abitazione, organizzativi dell'assistenza a casa. Infondere sicurezza al paziente, sostenere tutto il nucleo familiare e seguire tutte le fasi del passaggio dall'assistenza ospedaliera all'assistenza del NCP a domicilio, rivestono un ruolo decisivo per limitare il prolungamento improprio della degenza e facilitare l'accettazione della dimissione da parte del paziente e della sua famiglia.

Il team di sostegno sarà composto da un'assistente sociale e uno psicologo, selezionati e formati per l'esperienza in cure palliative. Lavoreranno in sinergia con i Nuclei di Cure Palliative dei Distretti e collaboreranno al sistema di valutazione UVMD, che risulterà pertanto più tempestivo, perché realizzato già durante la degenza del paziente. Questo consentirà la stesura del piano di assistenza (PAI) prima della dimissione.

3 – Implementazione scheda di valutazione multidimensionale

Si ritiene opportuno affiancare alla scheda SVAMA una scheda informativa di completamento per una corretta valutazione e monitoraggio dei seguenti punti:

- Dolore. Si ritiene necessario la condivisione di un'unica scala di valutazione per la corretta valutazione degli interventi volti ad alleviare il dolore nelle ultime fasi della vita
- Risorse. L'attivazione di un sistema di intervento complesso e multiprofessionale quale è quello previsto dal progetto, richiede un'accurata valutazione delle risorse necessarie, con l'analisi non solo dei costi sanitari ma anche con la valutazione delle risorse umane e professionali necessarie a garantire il supporto idoneo al mantenimento del congiunto al domicilio. In tale ottica si potranno evidenziare e valutare gli eventuali punti critici che necessiteranno di approfondimento di studio per la formulazione di risposte adeguate.
- Carico di lavoro: l'uso di scale validate permetterà di valutare lo stress del caregiver, con valutazione di criticità eventuali

MATERIALI E METODI

Tutor infermieristico

D'intesa tra Azienda ospedaliera e ULSS 20, saranno identificati n° 12 figure infermieristiche delle 12 UU.OO. interessate.

I tutor seguiranno un corso di formazione di n° 24 ore, accreditato ECM, su tematiche riguardanti le cure palliative, le opportunità assistenziali territoriali, modelli organizzativi presenti e aspetti logistici e di collegamento con i NCP e le centrali organizzative dei singoli Distretti dell'ULSS 20. Il corso sarà articolato in 2 sessioni e sarà seguito da un incontro ogni 6 mesi, per verifica e ripianificazione dell'attività.

In totale saranno necessarie n° 60 ore di formazione, che saranno effettuate da:

- n° 40 ore da consulenti esterni, esperti in cure palliative: spesa prevista €1.600
- n° 20 ore da medici dipendenti ULSS 20: nessuna spesa

Team di sostegno

Sarà composto da:

n° 1 assistente sociale per 25 ore settimanali

n° 1 psicologo per 25 ore settimanali

Il team avrà come strutture di lavoro le UU.OO. sopra indicate, con possibilità in casi selezionati di svolgere analoghe attività anche domiciliare, sempre in raccordo con l'attività dei nuclei di cure Palliative distrettuali. Il team sarà manterrà i collegamenti con i nuclei di cure palliative anche con l'utilizzo di telefonia cellulare.

Le spese previste sono le seguenti:

incarico professionale per n° 18 mesi assistente sociale: €18.000

incarico professionale per n° 18 mesi psicologo: €21.000

n° 1 autovettura Fiat Panda (a noleggio)	€ 6.000
n° 2 telefoni cellulari (a noleggio) + canone	€ 700
Organizzazione e partecipazione convegni	€ 2.000

INDICATORI

- % malati neoplastici deceduti seguiti in cure palliative/ n° TOTALE deceduti per neoplasia
- % malati neoplastici deceduti a domicilio o in Hospice / n° TOTALE deceduti per neoplasia
- % malati neoplastici deceduti in ospedale / n° TOTALE deceduti per neoplasia
- n° ricoveri ospedalieri negli ultimi 20 giorni di vita, con decesso del paziente
- N dei malati seguiti dal NCP deceduti in ospedale/ N totale deceduti presi in carico dal NCP
- N complessivo dei gg di ricovero dei malati presi in carico dal NCP/N complessivo delle giornate di cura dei malati presi in carico dal NCP

FINANZIAMENTO RICHIESTO**PIANO FINANZIARIO**

	2009	2010	2011
incarico a Dirigente medico anestesista I livello, per UO cure palliative	80.000	80.000	80.000
incarico di n° 14 ore a medico del Servizio di Continuità Assistenziale	6.750	27.000	27.000
incarico di n° 12 ore per medico specialista ambulatoriale (SAI)	27.600	27.600	27.600
Incarichi per psicologi ambulatoriali (SAI),	5.300	55.200	110.400

incremento n° ore annue, ass. infermieristica	486.000	621.000	756.000
Assunzione di n. 1 infermiere per ogni Distretto	//	168.080	336.160
incarico professionale a tempo pieno per n. 4 medici esperti in cure palliative	//	202.000	404.000
assunzione di n. 1 operatore d'assistenza per ognuno dei 4 Nuclei di cure palliative distrettuali	//	128.136	256.272
incarico professionale a tecnico informatico per n° 10 ore settimanali	//	13.000	//
Servizio infermieristico di reperibilità notturna, prefestiva e festiva	33.580 (n. 2 per ULSS)	33.580 (n. 2 per ULSS)	67.160 (n. 4 per ULSS)
Noleggio FIAT Panda	33.984	50.976	67.968
Attivazione ass. progr. cod. 6	120.000	300.000	487.500
servizio di reperibilità telefonica di medico palliativista notturna, prefestiva e festiva	6.000	10.000	20.000
reperibilità dedicata Medico Distretto	//	//	5.000
Partecipazione referenti Servizio C.A. alle UVMD	//	10.000	12.000
Attività formativa in Hospice referenti Servizio C.A.	//	4.800	4.800
attività di supervisione	//	2.000	2.000

trimestrale			
Attivazione day-Hospice presso l'Hospice di Marzana	//	5.000	5.000
Progetto: "Creazione di una rete di facilitazione alla dimissione protetta di pazienti nella fase terminale di vita"	//	24.650	24.650
TOTALE	799.214	1.763.522	2.681.510

PIANO FINANZIARIO PER LA RIDUZIONE DEI RICOVERI INOPPORTUNI**ANNO 2010**

- riduzione del 10 % dei ricoveri, seguiti dal decesso, negli ultimi 20 giorni di vita : €198.494
 - ulteriore riduzione del 3% dei ricoveri negli ultimi 90 giorni di vita: €309.130
- totale €507.624

ANNO 2011

- riduzione del 30 % dei ricoveri, seguiti dal decesso, negli ultimi 20 giorni di vita : €595.482
 - ulteriore riduzione del 5 % dei ricoveri negli ultimi 90 giorni di vita: €517.386
- totale €1.112.868

ULSS 21 – LEGNAGO

REFERENTE: DR. FRANCESCO BUONOCORE

Premessa

L'azienda ULSS 21 comprende un territorio abitato da 153.522 persone al 31/12/2008.

Nell'anno 2008 si sono verificati 1471 decessi nel territorio aziendale, 755 femmine, 716 maschi, 779 persone sono decedute in ospedale, 692 in abitazione.

Tra le cause di morte le neoplasie sono state responsabili di circa 1/3 dei decessi.

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 dei sintomi 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".

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, 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 485, il numero di ultimi ricoveri (inappropriati) entro tre mesi dalla morte in 150 per una degenza totale di 2182 giorni.

E' possibile migliorare l'assistenza ai malati neoplastici terminali superando una condizione di inappropriatezza 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	2009	2010	2011
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)	progetto organico di sviluppo della rete di cure palliative	progetto di sviluppo e completamento della rete di cure palliative	progetto di completamento della rete di cure palliative
CRITERI E AZIONI	2009	2010	2011
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	PROTOCOLLO ATTIVAZIONE "NCP" garantito accesso presso hospice di altre aziende in base ad una valutazione di priorità fondata sulle condizioni cliniche e sociali	PROTOCOLLO SVILUPPO "NCP"	PROTOCOLLO COMPLETAMENTO "NCP"
In attesa della definizione di standard di personale e di funzionamento (ai sensi dell'art. 4, comma 1, L.R 7/2009) il NCP è composto da quanto previsto all'art. 10 comma 3, L.R.	DOTAZIONE ORGANICA	DOTAZIONE ORGANICA Medico esperto in	DOTAZIONE ORGANICA Medico esperto

<p>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). 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 (obiettivo 2011). 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</p>	<p>Medico esperto in cure palliative 20 ore sett</p> <p>Medico esperto in organizzazione 5 ore sett</p> <p>Psicologo 10 ore sett</p> <p>3 infermieri</p> <p>1 Ass. Sociale 5 ore sett</p> <p>1 Operatore Socio Sanitario</p> <p>amministrativo 18 ore sett</p>	<p>cure palliative 40 ore sett</p> <p>Medico esperto in organizzazione 3 ore sett</p> <p>Psicologo 20 ore sett</p> <p>4 infermieri</p> <p>1 Ass. Sociale 5 ore sett</p> <p>2 Operatori Socio Sanitari</p> <p>amministrativo 36 ore sett</p>	<p>in cure palliative 60 ore sett</p> <p>Medico esperto in organizzazione 1 ora sett</p> <p>Psicologo 38 ore sett</p> <p>5 infermieri</p> <p>1 Ass. Sociale 5 ore sett</p> <p>3 Operatori Socio Sanitari</p> <p>amministrativo 36 ore sett</p>
<p>ORARI DI ATTIVITA'</p>	<p>servizio medico 9.00 – 12.00 dal lunedì al venerdì</p> <p>servizio</p>	<p>servizio medico 9.00 – 17.00 dal lunedì al venerdì 9.00 – 12.00 reperibilità sabato e festivi</p> <p>servizio</p>	<p>servizio medico 9.00 – 17.00 dal lunedì al venerdì 9.00 – 12.00 sabato reperibilità festivi</p> <p>servizio</p>

	infermieristico 8.00 – 14.00 dal lunedì al venerdì	infermieristico 8.00 – 14.00 dal lunedì al venerdì 9.00 – 12.00 sabato	infermieristico 8.00 – 14.00 dal lunedì al venerdì 9.00 – 12.00 sabato e festivi
qualora i malati assistiti dal NCP abbiano bisogno di approfondimenti diagnostici o trattamenti palliativi non eseguibili direttamente dal personale del NCP devono trovare corsie dedicate. In particolare, vanno facilitati gli accessi ai servizi ospedalieri, nonché gli eventuali ricoveri che si rendessero necessari art.6, comma 2, L.R.7/2009	protocolli di accesso facilitato al sistema d'offerta dell'Azienda	protocolli di accesso facilitato al sistema d'offerta dell'Azienda	protocolli di accesso facilitato al sistema d'offerta dell'Azienda
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	previsione, progettazione e attivazione di piani di rientro dai ricoveri ospedalieri inopportuni	attivazione e sviluppo di piani di rientro dai ricoveri ospedalieri inopportuni	sviluppo e completamento di piani di rientro dai ricoveri ospedalieri inopportuni
DGR1609/08 Recepimento del documento “tutela dei diritti dei malati inguaribili ed a fine vita e dei malati con dolore”	Redazione e pubblicazione, in collaborazione con l'URP ed il comitato aziendale contro il dolore” della carta dei diritti del malato a fine vita	pubblicazione e diffusione della carta dei diritti del malato a fine vita	diffusione e aggiornamento della carta dei diritti del malato a fine vita

DGR 1608/08	Adeguamento del sistema informativo in uso al sistema informativo per le cure palliative
DGR 3318/08	formalizzazione criteri d'accesso all'hospice ed utilizzo della scheda regionale per la valutazione di accessibilità all'hospice
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	Integrazione regolamento UVMD aziendale

aspetti di particolare innovazione			
	2009	2010	2011
	Istituzione di un servizio attivo anche nei giorni festivi infrasettimanali, il sabato e la domenica		
Procedure per garantire un supporto decisionale, da parte di medici con competenza in cure palliative, al servizio di Continuità Assistenziale. Il supporto è destinato alla tutela della domiciliarità dell'assistenza ai malati, nonché al contenimento dei ricoveri inopportuni ospedalieri	Fasce di reperibilità telefonica		

<p>Procedura per una consulenza del NCP presso le strutture del sistema d'offerta del territorio di competenza, soprattutto ospedaliera e residenziali</p>	<p>Protocollo con reparti ospedalieri e con Centri Servizi</p>		
<p>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</p>	<p>Tutoraggio, riunioni periodiche, formazione</p>		
<p>disponibilità di farmaci, ordinariamente ad uso ospedaliero, che si rendono necessari per l'erogazione di cure palliative a domicilio</p>	<p>Accordo e protocollo di lavoro con la farmacia ospedaliera</p>		
<p>Altri aspetti particolarmente innovativi</p>	<p>Creazione di un gruppo di MMG (5 – 10) formato ed esperto di cure palliative</p>	<p>Individuazione alcuni posti letto (max 5 – 10) dedicati alle cure palliative presso uno – due centri servizio aziendali affidati al gruppo di MMG</p>	<p>Estensione formazione cure palliative a tutti i MMG. Rete territoriale diffusa di posti letto dedicati</p>

INDICATORI:

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.

FINANZIAMENTO RICHIESTO Anno 2009:

aree d'intervento	figure professionali	quantità	costi / anno
organizzazione	medico	5 ore / sett	9.000
	amministrativo	18 ore / sett	13.000
personale	medico	20 ore / sett	35.000
	psicologo	10 ore / sett	15.000
	infermiere	108 ore / sett	96.000
	ass. sociale	5 ore / sett	4.200
	operatore ss	36 ore / sett	26.000
formazione	medico	1 ore / sett	5.000
	psicologo	1 ore / sett	1.500
	infermiere	2 ore / sett	1.500
strutture			
materiale			
strumenti per controllo a distanza			
Altro			
TOTALE euro			206.200

ULSS 22 - BUSSOLENGO

REFERENTE: DR. ERMANN0 MOTTA

OBIETTIVI DI SALUTE E ORGANIZZATIVI	2009	2010	2011
Il progetto, nella sua specificità, si propone di: <ul style="list-style-type: none"> a) migliorare la qualità della vita del paziente e dei suoi familiari in un momento di criticità, con particolare riguardo alla diminuzione dell'incidenza del dolore e degli altri sintomi; b) fornire un livello assistenziale adeguato ai bisogni particolari espressi, inespressi e potenziali della situazione; c) ridurre il ricorso improprio al ricovero ospedaliero negli ultimi giorni di vita. 			
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	L'ULSS 22 è costituita da 1 solo distretto con popolazione di 290.000 abitanti. Costituzione di tre NCP con competenza per le aree di riferimento degli ex distretti.		
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	Si prevede di inserire <u>in ogni NCP</u> : 1 medico palliativista (10 ore sett.) 1 psicologo (15 ore sett.) 3 infermieri (36 ore sett.) Per i 3 NCP:	(15 ore sett.) (18 ore sett.) 4 infermieri (36 ore sett.)	(20 ore sett.) Idem 5 infermieri (36 ore sett.)

<p>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>	1 Psicologo coordinatore (6 ore sett.)	(9 ore sett.)	idem
Un servizio medico e infermieristico attivo dal lunedì al venerdì	Servizio infermieristico attivo da lun a ven ore 8.00 – 18.00.	Estensione oraria ore 8.00 – 20.00 Attivazione della pronta disponibilità medica.	
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	Stesura di protocollo operativo con U. O. di Oncologia Ospedale di Bussolengo	Estensione del protocollo alle U. O. di Oncologia degli Ospedali privati accreditati di Negrar e Peschiera	
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		Riduzione del numero di ricoveri impropri negli	Riduzione del numero di ricoveri impropri negli

<p>riconversione delle risorse ospedaliere recuperate in risorse destinate al NCP, consentendo virtuosi circuiti di spostamento dell'offerta da ospedaliera a 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>ultimi tre mesi di vita di almeno il 10% rispetto all'anno precedente</p>	<p>ultimi tre mesi di vita di almeno il 15% rispetto all'anno precedente</p>
<p>L'integrazione nel progetto della carta dei diritti del malato a fine vita, predisposta ai sensi della DGR1609/08</p>		<p>Predisposizione e diffusione della "Carta del diritto del malato a fine vita" nell'ULSS 22</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>Integrazione del modulo relativo al malato oncologico nell'applicativo Caribel attualmente in uso per l'assistenza domiciliare.</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>Altre azioni</p>		<p>Attivazione di un hospice conformato alla vigente normativa nazionale e regionale (Vedi progetto allegato)</p>	

Particolare sostegno sarà dato ai progetti che prevedono anche aspetti di particolare innovazione, come:			
	2009	2010	2011
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	Servizio infermieristico attivo il sabato ore 8.00 – 12.00	Estensione dell'attività del servizio infermieristico fino alle ore 22.00 (sabato fino alle ore 14.00) per migliore integrazione con la Continuità Assistenziale.	
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 NNCP distrettuali	Informatizzazione di tutte le sedi di CA finalizzata alla consultazione delle cartelle domiciliari aggiornate degli assistiti, in particolare dei pazienti in carico ai NCP	Valutazione periodica ed implementazione del sistema informativo di comunicazione dei dati	
La previsione di una consulenza del NCP 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		Supervisione del personale appartenente ad ogni NCP e riunioni periodiche del personale di tutti i tre NCP condotta dallo psicologo.	
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		Previsione di un protocollo di fornitura e gestione di tutti i farmaci, anche ospedalieri, per i pazienti domiciliari ed in hospice.	
Altri aspetti particolarmente innovativi			

Convenzione con associazione di volontariato "AMO Baldo Garda" (dotata di personale medico, infermieristico, psicologi ed operatori addetti all'assistenza conformi agli standard regionali previsti) per la totale presa in carico dei pazienti in quattro Comuni dell'ULSS, in collaborazione con l'Azienda, con trasmissione alla stessa di tutti i dati assistenziali richiesti ed in seguito a libera opzione esercitata dal paziente e/o dai familiari.	Stipula della convenzione	Inizio e monitoraggio dell'attività	Monitoraggio ed eventuali integrazioni
---	---------------------------	-------------------------------------	--

INDICATORI:

- Numero di malati deceduti per neoplasia presi in carico dal Nucleo di cure palliative/numero totale di deceduti per malattia oncologica: tendenza al 65% nel triennio.
- Numero di malati presi in carico dal NCP deceduti a domicilio/numero totale di malati presi in carico dal NCP deceduti: tendenza al 75% nel triennio
- Numero di malati presi in carico dal NCP con tempo d'attesa inferiore a 3 gg./numero totale di pazienti presi in carico dal NCP: tendenza all'80% nel triennio
- Coefficiente di intensità assistenziale (CIA) tendente al 50% nel triennio
- Riduzione del numero dei ricoveri negli ultimi novanta giorni di vita uguale o superiore al 15% rispetto al dato attuale nel triennio

FINANZIAMENTO RICHIESTO:

Incremento del personale: medici, infermieri e psicologi: €180.000,00

Costo della convenzione: €20.000,00

Informatizzazione (interventi sul software + nuovo hardware): €50.000,00

Interventi di formazione specifica sul personale dei NCP e sui MMG: €20.000,00

Informazione e materiale divulgativo: €10.000,00

Totale finanziamento richiesto: €280.000,00