Regione Autonoma della Sardegna **Asl Carbonia**

Deliberazione n 10327/C

Adottata dal Commissario Straordinario il 29 DIC 2016

OGGETTO: Procedura per la presa in carico palliativa e assistenza del paziente oncologico-integrazione tra U.O. ADI e UO Cure Palliative Terapia del Dolore e Hospice.
Integrazione alla Delibera Az.le n. 740/C del 16/05/2016

Su Proposta del Coordinatore Aziendale ADI e del Resp.le U.O. ADI e UO Cure Palliative Terapia del Dolore e Hospice.

Premesso che con la delibera Aziendale 740/C del 16/05/2016 si è disciplinata la presa in carico di pazienti che necessitano di elevata assistenza affetti da patologie evolutive irreversibili, quali esiti di gravi lesioni del Sistema Nervoso Centrale e Periferico (Stati vegetativi conseguenti ad anossia – ipossia celebrale, esiti di ictus, sclerosi laterale amiotrofica, fasi avanzata di sclerosi multipla), malattie neuromuscolari e respiratorie;

Premesso Che con l'istituzione dell'U.O. Cure Palliative, Terapia del Dolore e Hospice è necessario definire una procedura per la presa in carico dei pazienti in cure palliative e del paziente oncologico in assistenza domiciliare in modo da precisare le modalità di integrazione tra il Servizio Cure domiciliari (U.U.O.O. ADI e l' U.O. Cure Palliative...);

Precisato Che allo stato attuale le U.U.O.O. ADI continuano a svolgere gli interventi di supporto per i pazienti presi in carico dall'U.O. Cure Palliative, e che pertanto si rende necessario l'individuazione di una procedura unica e condivisa tra i vari attori, che definisca le competenze e le responsabilità per questa tipologia di assistenza specifica.

Dato Atto che la proposta è finalizzata ad arricchire ed integrare l'offerta dei servizi rivolti ai pazienti e alle famiglie con complessità assistenziale e problematiche inerenti le patologie neoplastiche e le cure palliative;

Dato Atto che con la Deliberazione n. 1936 del 21/12/2015 avente per oggetto "Presa d'atto obiettivi di Budget Strutture organizzative è stato assegnato l'obiettivo di definizione del percorso assistenziale dei pazienti in cure domiciliari e di supporto alla U.O. di Cure Palliative per la gestione della casistica assistenziale secondo la procedura Sisar.

Visto il documento elaborato dal gruppo di lavoro coordinato dal Coordinatore aziendale ADI e dalla Resp.le dell' UO Cure Palliative Terapia del Dolore e Hospice che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale,

Richiamata la Delibera n. 740/C del 16/05/2016 avente per oggetto "procedura per la presa in carico del paziente ad alta intensità assistenziale da inserire nelle Cure Domiciliari integrate di Area Critica;

Ritenuto pertanto necessario ed opportuno procedere all'approvazione di tale documento

PROPONGONO

L'adozione del presente provvedimento

Il COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista l'istruttoria svolta dal Direttore Socio Sanitario unitamente al resp.le dell'UO Cure Palliative Terapia del Dolore e Hospice,

Acquisito Il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Per quanto meglio esposto in premessa

- Di approvare il documento sulla presa in carico del paziente che necessita di Cure palliative e del paziente oncologico da inserire nelle cure Domiciliari di Area Critica allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
- Di impegnare le Direzioni Ospedaliere e del Distretto a dare attuazione a quanto stabilito nel documento ;
- Di stabilire che il gruppo di lavoro valuterà le necessità di aggiornare i contenuti del documento decorsi i 3 mesi dell'entrata in vigore della presente deliberazione;

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Maria Fannì Pittau

SERVIZIO SANITARIO ASL N.7 CARBONIA

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Silvio Maggetti

Il COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Antonio Onnis

Dir/SA dott. A. Atzori

Resp.le UO Cure Palliattive dr.ssa G.Gatto

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Asl n° 7 Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la deliberazione

n. 10327/C del 29 DIC 2016

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 29 DIC 2016

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione

Archivio Deliberazioni del sito www.aslcarbonia.it

SERVIZIO SANITARIO ASL N.7 CARBONIA

PRESA IN CARICO PALLIATIVA E ASSISTENZA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

INTEGRAZIONE TRA UO ADI E UO TERAPIA DEL DOLORE CURE PALLIATIVE HOSPICE

Data	Redazione	Verifica	Approvazione
18.11.2016	Servizio Cure Domiciliari (UUOO ADI)		19/12/2016
	UO di Cure palliative, Terapia Antalgica e Hospice		

Valenza Documentale	Aziendale	Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X	X		X

Livello di diffusione	Portale aziendale		Riunioni

Storia del documento	Data	N Rev.	Tipo di revisione
	03/10/2016		Integrazione alla procedura deliberate il 16/05/2016 con Del. n° 740/C

INTRODUZIONE

Premessa e normative

Secondo la definizione dell'OMS del 2002, le CURE PALLIATIVE prevedono "un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie, che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale".
Il DPCM 29/11/2001 prevede che "l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta ai pazienti in fase terminale" (sia in area territoriale e ambulatoriale domiciliare, sia in area territoriale residenziale e semi-residenziale) faccia parte dei LEA.
La legge 38 del 15/03/2010 sancisce il diritto all'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato su tutto il territorio nazionale per garantire "l'equità nell'acceso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze".
A livello regionale in Sardegna il Piano Sanitario 2006-2008 pone tra gli obiettivi strategici la riorganizzazione del sistema di cure domiciliari integrate, finalizzata al potenziamento dei servizi territoriali rivolti alle persone non autosufficienti o a grave rischio di perdita dell' autosufficienza, interventi che privilegiano l'integrazione sociale e sanitaria e assicurano la continuità assistenziale tra i diversi centri di offerta e quindi la qualificazione dell'assistenza (Delibera GR 51/49 del 20/12/2007).
La ASL 7 già nella programmazione sanitaria aziendale del triennio 2013-2015 recepisce le indicazioni regionali di tutela dell'assistenza alle persone con patologie croniche invalidanti e di potenziamento dei servizi territoriali, al fine di aumentare il grado di soddisfazione della popolazione e di ridurre i ricoveri ordinari impropri.
Con delibera aziendale 740/C del 16/05/2016 viene definita la procedura per la presa in carico del pz ad alta intensità assistenziale da inserire nelle cure domiciliari integrate di area critica.
Alla luce della peculiarità dei pz oncologici in fase avanzata di malattia (e con prevedibile prognosi a breve) e delle caratteristiche dell'assistenza necessaria per questa tipologia di malati, la nostra UO, in collaborazione col servizio ADI esistente

e attivo sul territorio da circa 15 anni, intende individuare un percorso assistenziale ad hoc, al fine di implementare ed integrare la procedure esistente ,come proposto nel presente modello.

Epidemiologia e Fabbisogno Sulcis- Iglesiente

L'ASL 7 coincide con l'ambito territoriale della provincia di Carbonia-Iglesias (art 2, LR 10/2006) che comprende 23 comuni, con una popolazione complessiva di circa 130.000 abitanti, di cui circa 81.000 residenti nel Distretto di Carbonia e circa 48.000 nel Distretto di Iglesias.

Con la difficoltà di reperire dati epidemiologici a cui attingere (assenza di registro tumori; target di pz utilizzato gli ultrasessantacinquenni), si può ipotizzare un fabbisogno di CP domiciliari per pz affetti da patologia tumorale pari a circa a 200 casi/anno (65% dei pz deceduti per tumori in un dato anno).

Nei due distretti dell'ASL 7, sono presenti le sedi per l'erogazione dei servizi per le cure domiciliari (ADI), inquadrate come strutture semplici a valenza distrettuale. Tali UO svolgono le attività di presa in carico per i pazienti da inserire in ADI dei vari livelli assistenziali , collaborando con i Medici Curanti dei singoli pazienti e con il "Personale specialistico" che si attiva per l'ADI di 3 livello Area critica (come meglio definito nelle procedure specifiche).

Inoltre il Servizio offre attività assistenziali dirette, attraverso una ditta esterna che fornisce il Personale infermieristico ed i terapisti della riabilitazione; gestisce direttamente le attività di supporto come il trasporti a domicilio di farmaci e presidi, il ritiro dei rifiuti speciali, l'attivazione delle consulenze specialistiche, la gestione e l'invio dei piani terapeutici alla farmacia territoriale, la registrazione e l'aggiornamento dei flussi informatizzati per tutte le tipologie di pazienti.

MODELLI ORGANIZZATIVI DELLE CURE PALLIATIVE

In Settembre 2004 è stato stilato un accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul Modello Organizzativo per la realizzazione delle Cure palliative. In esso si sottolinea "la necessità di offrire livelli

assistenziali a complessità differenziate, adeguati alle necessità del malato, mutevoli anche in modo rapido e imprevedibile, che rende necessario programmare un sistema a rete che offra la maggiore possibilità di integrazione possibile tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i differenti e numerosi soggetti professionali coinvolti".
La rete di assistenza ai pz terminali è costituita da un'aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali che si articola nelle seguenti linee organizzative differenziate e nelle relative strutture dedicate alle cure palliative:

a. Assistenza Ambulatoriale
b. Assistenza Domiciliare Integrata
c. Assistenza Domiciliare Specialistica
d. Ricovero Ospedaliero in regime ordinario o day hospital
e. Assistenza residenziale nei centri residenziali di cure palliative.

L'obbiettivo di servire il 100 % del fabbisogno di cure palliative è realizzabile solo ricorrendo ad una organizzazione di rete completa, come delineata qui sopra.

Fino a novembre 2015 l'organizzazione della Asl 7 prevedeva l'ADI, il ricovero ospedaliero ordinario e il ricovero presso RSA con posti letto dedicati a pazienti con fabbisogno di assistenza palliativa. Dal 1°novembre 2015 è partita l'attività della Struttura a valenza aziendale Terapia del dolore Cure Palliative Hospice (istituita con delibera aziendale a Giugno 2015), che eroga assistenza domiciliare a pazienti in ventilazione meccanica e a pazienti in trattamento antalgico; a Giugno 2016 sono stati avviati gli ambulatori di Terapia Antalgica di Carbonia, Iglesias, Giba e Carloforte da giugno 2016. Il Personale medico dell'UO offre attività di consulenze intraospedaliere, domiciliari, presso le strutture residenziali già esistenti, e l'ambulatorio di cure palliative. Di futura attivazione il Day Hospice per procedure diagnostico-terapeutiche in pazienti ambulatoriali, e l'Hospice quale struttura residenziale specificamente dedicata alle cure palliative dei pazienti neoplastici in fase terminale che non possono essere assistiti a domicilio.

PROPOSTA DI PROCEDURA AZIENDALE CURE PALLIATIVE TERRITORIALI

Oggetto e scopo

La proposta che segue è finalizzata ad arricchire ed integrare l'offerta dei servizi di assistenza specialistica territoriale alla luce della recente istituzione dell' UO Cure Palliative Terapia del dolore – Hospice. Si fonda su principi di collaborazione con il servizio ADI, a cui fino ad oggi afferisce per attivazione delle procedure di presa in carico domiciliare, la registrazione dei flussi informativi, le procedure di richiesta ed erogazione farmaci, il servizio di recupero dal domicilio dei rifiuti speciali, l'attivazione di ulteriori visite specialistiche (fisiatra, chirurgo, etc), l'attivazione della fisioterapia e le procedure dei prelievi .
La presenza di figure professionali dedicate alle Cure Palliative, fà emergere l'esigenza di sviluppare una nuova procedura per la presa in carico dei pazienti specifici da inserire in un percorso domiciliare e per meglio definire l'autonomia dell'UO CP rispetto ad alcune funzioni e responsabilità (farmacia, aggiornamento flussi informatici, responsabilità sulla cartella clinica, gestione attività di supporto).
Il modello attuale và rivisto e deve prevedere le procedure per il passaggio di alcune competenze, in una prima fase, direttamente all'UO CP con l' ipotesi di una autonomia completa nel tempo. Inoltre è necessario precisare le caratteristiche della presa in carico per quanto riguarda la tipologia del paziente da inserire a carico dell'UO specifica e per quanto riguarda l'integrazione con l'ADI.
Il modello proposto per la presa in carico del paziente oncologico a domicilio che necessita di assistenza palliativa, prevede il mantenimento della centralità del Medico di Medicina Generale nella gestione clinica del suo paziente (case manager). Tale modello fa riferimento all'organizzazione ADI esistente (con caratteri di multiprofessionalità e di intervento sociale laddove utile), e non ne prescinde al momento per la modalità di avvio e la formalizzazione della presa in carico e per l'utilizzo della modulistica (cartella domiciliare).

L'assistenza domiciliare in oggetto (ADI 3° livello/area critica cure palliative) si caratterizza per un'intensità di interventi sanitari ed eventualmente sociali di livello

intermedio/elevato. Fino alla stesura della presente proposta di un nuovo modello organizzativo, l' UO Terapia del dolore Cure Palliative Hospice erogava l'assistenza continuativa a domicilio col Personale dedicato appartenente all'UO, solo nei casi in cui era necessaria una terapia antalgica parenterale (gestione pompa elastomerica).
L'orientamento futuro e' quello di poter individuare criteri di complessità assistenziale più vicini al modello olistico delle cure palliative con quindi la possibilità di attivazione che possa prescindere dalla complessita del grado di medicalizzazione dell'assistito (cioè anche in assenza di una terapia antalgica parenterale), ma essere indirizzata alla complessità dei bisogni specifici di cure palliative (bisogni fisici, funzionali, psicologici,sociali e spirituali del malato e della famiglia) per garantire la continuità di cura attraverso una gestione flessibile dell'assistenza,con appropriati obiettivi in ogni singola situazione attraverso la valutazione , pianificazione, coordinamento, monitoraggio, selezione delle opzioni e dei servizi ed evitare il senso di abbandono nella fase avanzata e terminale.
Mentre nelle situazioni a bassa intensità assistenziale o con bisogni che sono affrontabili direttamente dal medico di medicina generale con l'eventuale integrazione dei servizi territoriali esistenti (ADI di I , II e III livello), può non essere necessario attivare il percorso specifico per l'attivazione delle cure palliative.

Al fine di rendere applicabile tale procedura si possono prendere in considerazione 2 fasi di questo processo:

Fase 1 - condivisione della presa in carico e trasferimento delle competenze per quanto riguarda:

1) Prescrizione farmaceutica e richiesta di fornitura alla farmacia territoriale compresa l'attivazione del Servizio di trasporto (da condividere con il Servizio farmaceutico territoriale) entro il 29/12/2016;
2) Aggiornamento flussi informativi attraverso Areas (SISAR) entro il 29/12/2016;
3) Gestione prelievi entro 10/01/2017;
4) Attivazione consulenze specialistiche (chirurgo, urologo, ematologo) dal 10/01/2017.

In questa fase l'U.O. ADI mantiene alcune competenze relativamente a: attivazione ritiro rifiuti speciali, su richiesta della U.O. Cure palliative; attivazione FKT in presenza di prescrizione specialistica.

Sino alla completa autonomia l'U.O. CP è tenuta a comunicare tempestivamente all'U.O. ADI tutte le variazioni relative a: ricoveri , rientri, decessi, dimissioni, trasferimenti in altra struttura, assenze per consulenze ospedaliere ecc., per consentire all'U.O. ADI l'aggiornamento della statistica e la corretta gestione delle competenze ancora in carico all'ADI.

Fase 2 – Presa in Carico dell'UO CP con completa acquisizione delle competenze .

Lo scenario futuro, anche alla luce delle future decisioni delle Direzioni Aziendali è da valutare in condivisione tra U.O. CP, U.O. ADI e MMG, prevede la completa autonomia dell'U.O. CP, dall'inserimento del paziente alla gestione completa delle competenze fino ad allora in carico all'ADI (gestione rifiuti e attivazione FKT).

Caratteristiche del servizio

E' istituita l' UO Cure Palliative Terapia del dolore – Hospice (con nota prot n 13797 del 28/05/2015 della Direzione Generale dell'Assessorato alla Sanità). Ha due sedi operative: Iglesias c/o locali di istituendo Hospice, Carbonia c/o Ospedale Sirai.
È il centro di raccolta delle richieste di valutazione per l'accesso alle cure palliative territoriali e della documentazione relativa al Servizio.

Tipologia dei pz destinatari e criteri di eleggibilità

Oltre ai malati neoplastici, vi sono altri pazienti che necessitano di cure palliative, in particolare quelli affetti da patologie di tipo cronico-degenerativo come le miocardiopatie dilatative, le malattie neurologiche degenerative come la sclerosi laterale amiotrofica e la sclerosi sistemica, demenze senili e presenili; le malattie respiratorie croniche con insufficienza respiratoria refrattaria; le malattie epatiche e renali in fase avanzata; l'AIDS.
Il progressivo invecchiamento della popolazione, con la conseguente maggiore prevalenza di forme croniche di malattie per le quali allo stato attuale non vi è guarigione, e l'aumento della sopravvivenza di quei pazienti affetti da malattie neoplastiche dalle quali non possono però guarire, inducono la comunità medica e le istituzioni sanitarie a riconsiderare l'intervento palliativo come elemento fondamentale della cura di pazienti affetti da malattie inguaribili.

Solo però nel setting di pz oncologici l'intervento palliativo può inserirsi in una fase terminale di durata prevedibile e limitata nel tempo, nelle altre condizioni caratterizzate da una lunga sopravvivenza e da un andamento di malattia variabile, le cure palliative specialistiche devono intervenire in fase di aggravamento, quando il paziente presenta bisogni complessi.
La fase terminale delle malattie oncologiche è stata definita come caratterizzata da un'aspettativa media di vita variabile dai tre ai sei mesi, da una non idoneità del paziente a essere trattato con terapie specifiche mirate alla guarigione, in quanto inutili a questo fine, e da un variabile grado di gravità delle condizioni cliniche con una conseguente marcata riduzione del livello di autosufficienza.
Per garantire un servizio equo e di qualità, è necessario definire dei requisiti di accesso al servizio stesso, in un momento di avvio della nuova attività con le risorse attualmente disponibili.
Si definiscono i seguenti criteri di eleggibilità per l'inserimento del paziente in cure palliative domiciliari (secondo il modello qui proposto) che riguarda, al momento, principalmente il pz oncologico in fase avanzata con prognosi a breve termine e/o con problematica di dolore "difficile":

1. iscrizione del pz al SS Regionale
2. patologia oncologica in stadio avanzato in fase palliativa (fuori da trattamenti antineoplastici causali) con fabbisogno sanitario compatibile con cure domiciliari di livello intermedio
3. performance status secondo ECOG ≥ 3 (pz allettato per più del 50% delle ore diurne; solo parzialmente in grado di accudire a se stesso)[1]
4. parere favorevole del MMG (nel caso la richiesta provenga da altri)
5. abitazione idonea (o struttura protetta, es. RSA)
6. presenza (se luogo di assistenza il domicilio) di care giver (familiare/badante)
7. accordo esplicito con paziente e famiglia ad assistenza a domicilio
8. fabbisogni compatibili con le risorse assistenziali al momento disponibili

Anche per tutte le patologie non oncologiche saranno comunque garantite le consulenze domiciliari di cure palliative e valutate caso per caso situazioni da gestire eventualmente in maniera continuativa.

---

1 Karnofsky Performance Status < 50 ; ECOG 3 (Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982

Richiesta attivazione

La richiesta di attivazione al servizio C.P. può avvenire con diverse modalità :

1. Per i pazienti **ambulabili** la richiesta viene effettuata dal MMG (o da altri specialisti) con impegnativa (con dicitura: richiesta di visita di cure palliative) e contatto diretto con l'UO CP.

2. Per i pazienti **non ambulabili** il MMG effettuerà la richiesta di consulenza domiciliare direttamente al servizio Cure Palliative attraverso compilazione di apposito modulo (allegato 1) da inviare via fax o via posta elettronica o con contatto telefonico diretto con i Medici dell'UO Cure Palliative.
L'impegnativa della richiesta di consulenza verrà ritirata dai medici dell'UO Cure Palliative a domicilio del paziente in occasione della consulenza.

3. Per i pazienti **ricoverati in ospedale** che hanno i requisiti di eleggibilità per le cure palliative, il medico ospedaliero invierà richiesta informatica di consulenza di cure palliative al servizio cure palliative.

4. Se il paziente è **già inserito in ADI**, il MMG segnalerà al Servizio ADI la necessità di consulenza di cure palliative. Il servizio ADI comunicherà telefonicamente al servizio CP la richiesta del MMG. L'impegnativa della richiesta di consulenza verrà ritirata dai Medici dell' Unità CP a domicilio del paziente in occasione della consulenza.

Verifica idoneità

L'UO Cure Palliative Terapia del dolore – Hospice verifica i criteri di eleggibilità, acquisisce informazione da documentazione clinica, da contatti coi colleghi, da visita diretta al malato (ricoverato o a domicilio), da colloquio coi familiari ed avvalendosi eventualmente dell'aiuto dell'assistente sociale per le informazioni non sanitarie.

La verifica si conclude col giudizio formale di idoneità o meno alla presa in carico in cure palliative territoriali (attivazione di ADI di 3° livello CP o passaggio da ADI di altro livello assistenziale ad ADI di 3° livello CP). In caso di giudizio negativo potrà essere proposta assistenza alternativa, nel caso questa fosse necessaria, attraverso il contatto diretto col MMG e/o col medico ospedaliero, che valuteranno eventuale attivazione di ulteriori forme di assistenza (ADI, ricovero in struttura etc).
L'attivazione dell'adi di 3°livello cp presuppone per ciò che concerne l'assistenza infermieristica, l'esclusiva gestione da parte dell'équipe dell'UO terapia del dolore, cure palliative Hospice.

Accettazione caso e stesura piano assistenziale

In tutti i casi la consulenza si conclude con una relazione per il medico curante in caso di pazienti territoriali, per il medico ospedaliero in caso di pazienti ricoverati.
Se dalla consulenza emerge la necessità di attivazione di cure palliative il procedimento sarà distinto a seconda della tipologia dell'assistito distinguendo I diversi setting assistenziali:

1.Pazienti territoriali: il medico curante dell'assistito, a seguito della consulenza ambulatoriale o domiciliare, che segnala la necessità di cure palliative, contatterà il servizio ADI per l'inserimento del paziente in ADI 3° livello CP.

2. Pazienti ricoverati in ospedale: La procedure è quella prevista dalla Del. Aziendale 740/C del 16.05.2016 al punto b;

3. Pazienti già inseriti in ADI: se a seguito della consulenza emerge la necessità di cure palliative, sia il medico curante sia l'U.O. CP contatteranno il Servizio ADI per evidenziare le nuove necessità assistenziali e consentire la presa in carico del paziente da parte dell'U.O. CP.
Le due U.U.O.O. collaboreranno per il passaggio delle consegne da un setting all'altro al fine di favorire la continuità assistenziale.

Gestione del caso

Peculiarità dell'assistenza palliativa è il lavoro in équipe di multiprofessionalità. Alcune figure professionali saranno coinvolte dall'inizio dell'assistenza (MMG, medico palliativista e infermieri dell'UO Terapia del dolore Cure Palliative – Hospice).

Altre eventuali figure saranno coinvolte quando necessario (specialisti, assistente sociale, fisioterapista, psicologo, etc).

Il Medico di Medicina Generale è il responsabile clinico del caso ("Case Manager"), rappresentando, assieme agli infermieri e ai medici palliativisti dell' UO CP Terapia del dolore – Hospice, il nucleo di base dell'assistenza.

Il Medico Oncologo Palliativista costituisce il primo riferimento a disposizione del Medico di Medicina Generale ed è contattabile telefonicamente tramite cellulare di servizio in fasce orarie stabilite.

Conduzione del caso e suo adeguamento

Gli operatori coinvolti nell'assistenza, hanno come obiettivo l'attuazione del PAI, ognuno per la propria competenza. Sono tenuti a corretta e costante compilazione della cartella clinica, che resta presso il domicilio del paziente, al fine di favorire il flusso di informazioni tra i diversi operatori.

E' necessaria la massima elasticità di adeguamento rapido del PAI in rapporto al variare delle necessità di pz e familiari, con procedure di autorizzazione snelle. A tal fine ciascun caso potrà essere ridiscusso con riunioni multiprofessionali, per affrontare con strategie e obiettivi comuni problematiche complesse.

Le linee di indirizzo nazionali per la realizzazione della rete CP, prevedono la copertura assistenziale 24 hh/24 e 7 gg/7. Con le attuali risorse il Nostro Servizio potrà garantire l'assistenza secondo gli orari di attività contrattuale degli operatori coinvolti. E' assicurata la disponibilità infermieristica 24 h/24 7/7gg e la reperibilità telefonica medica solo in alcune fasce orarie diurne e feriali. Eventuali richieste di intervento medico notturno o festivo o eventuali urgenze saranno di competenza dei servizi di Continuità Assistenziale e 118.

A sospensione del servizio di assistenza domiciliare (dimissione,trasferimento presso altro setting assistenziale,decesso) l'UO CP archivierà la cartella presso i locali indicati dalla Direzione Sanitaria e registrerà la conclusione del PAI su Areas.

Valutazione dell'assistenza

La valutazione dell'assistenza si baserà su:
1. indicatori di processo
- tempo di attesa (mediana e range): numero di gg di attesa tra la data di ricezione della richiesa e la data del I accesso domiciliare di un componente dell'équipe
- durata dell'assistenza domiciliare in cure palliative: numero di gg dalla presa in carico (I giorno di assistenza in adi cp, se nuova attivazione, o giorno di passaggio ad ADI 3° livello CP se pz già in ADI) alla cessazione del servizio (decesso o passaggio ad altra modalità assistenziale), esclusi eventuali periodi di ricovero
- intensità assistenziale per le diverse figure professionali dell'équipe (n° di accessi domiciliari di ogni componente dell'équipe per giornata media di assistenza(n° di accessi/giorni di presa in carico)

2. indicatori di risultato (esito)
a. n° di pazienti assistiti /anno solare
Definizione: numero di nuovi casi presi in carico, in base alla data di 1° accesso domiciliare (o primo giorno di passaggio ad ADI 3: livello CP) /anno solare.

b. % di medici che hanno attivato l'assistenza per un loro paziente /anno
Definizione : n° di Medici di Medicina Generale che hanno attivato l'assistenza / n° totale di Medici di Medicina Generale /anno

c. % di pazienti deceduti al domicilio
Definizione: n° di deceduti al domicilio/n° totale di deceduti nell'anno solare, fra i pazienti presi in carico.

d. % di giornate di ricovero in ospedale per acuti / totale giornate di assistenza erogata .
Definizione: Rapporto tra il numero di giornate in ricovero ordinario di pazienti in carico / totale delle giornate di assistenza erogate / anno solare.

3. Indicatori di qualità (esito)

a. Utilizzo di protocolli di valutazione multidimensionale .
Definizione : % di casi in cui siano stati utilizzati strumenti standardizzati di valutazione multidimensionale del paziente terminale.

b. Utilizzo di questionari di soddisfazione (12).
Definizione : % di casi in cui si sia somministrato un questionari di soddisfazione ai pazienti e/o alle famiglie dei pazienti assistiti dalla équipe di cure palliative /n° di assistiti/anno.

c. Livelli di soddisfazione dei famigliari per l'assistenza
Definizione : % di casi in cui un questionari di soddisfazione delle famiglie dei pazienti assistiti ha dato esito positivo /n° di casi assistiti /anno.

Gestione della fase di implementazione e transizione

È prevista l'attivazione graduale del servizio su tutto l'ambito territoriale della ASL 7.
La presente proposta operativa per la presa in carico domiciliare di pazienti candidabili a percorso assistenziale di cure palliative sarà da sottoporre a periodica revisione per gli opportuni adeguamenti sulla base delle criticità emerse e in base all'esito degli indicatori di valutazione dell'assistenza.

Competenze dei componenti l'équipe

Medico di Medicina Generale

- Richiede l'inserimento del paziente all'interno del Progetto Cure Palliative
- Partecipa alla stesura e alla verifica del piano individualizzato di assistenza

- È responsabile clinico dell'assistenza del singolo paziente ("Case manager")
- Attua direttamente l'assistenza domiciliare di competenza medica

Coordinatore Infermieristico UO Cure palliative Terapia del dolore - Hospice

- Partecipa alla valutazione iniziale del caso direttamente o tramite delegato
- Coordina l'attività degli infermieri dell'UO Cure palliative Terapia del dolore - Hospice
- E'il referente per l'assistenza infermieristica per il Medico di Medicina Generale e per i Medici Specialisti

Infermiere Professionale dell'UO Cure palliative Terapia del dolore – Hospice

- Partecipa alla stesura del piano assistenziale
- E' responsabile dell'assistenza infermieristica su prescrizione medica o in autonomia.

Medico Oncologo Palliatore

- Riceve le richieste di inserimento in Cure Palliative Territoriali
- Coordina la valutazione di idoneità del singolo caso alle cure palliative domiciliari
- Partecipa alla stesura del piano assistenziale e alla sua verifica periodica
- È a disposizione del Medico di Medicina Generale per consulenza o intervento diretto al domicilio
- Attua direttamente l'assistenza domiciliare di competenza medica, in collaborazione col medico di medicina generale
- Svolge reperibilità telefonica per alcune ore al giorno nei giorni feriali a favore degli operatori sanitari di 1° livello.

Altri Specialisti Ospedalieri

- Intervengono come consulenti al domicilio del paziente, in accordo con il Medico di Medicina Generale con richiesta diretta da parte dell'UO CP.

Assistente Sociale del territorio / Ospedaliero

- Fornisce al paziente e alla famiglia il necessario supporto per pratiche di vario genere

Psicologo

- Interviene direttamente al domicilio per i pazienti che ne hanno necessità
- Interviene a sostegno della famiglia, quando necessario
- Gestisce gli interventi volti a favorire il processo di elaborazione del lutto
- Interviene per fornire supporto e strumenti per un corretto e adeguato rapporto dell'équipe curante con il malato e la sua famiglia, specie nei casi problematici
- Interviene nei confronti dell'équipe per supporto nelle condizione di stress

Terapisti della riabilitazione (Fisioterapisti / Logopedisti)

- Svolgono attività di consulenza al paziente, alla sua famiglia e agli operatori per quanto concerne l'individuazione degli ausili, la postura/mobilizzazione, l'alimentazione e la comunicazione.
- Garantiscono gli interventi di riabilitazione eventualmente previsti dal piano

Allegato I

RICHIESTA VALUTAZIONE PER PZ CANDIDABILE A CP DOMICILIARI

All'UO Cure palliative Terapia del dolore – Hospice Te.:0781 6683425 0781 3922855

Si chiede Vostra consulenza per il /la Sig./ra :

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

_____

Che attualmente si trova : ☐ al domicilio
☐ in struttura protetta

familiare di riferimento, Sig./ra _____

(Tel. _____/ _____)

MOTIVO DELLA RICHIESTA:

_____

_____

_____

_____

Il medico di Medicina Generale Dott._____

Recapiti (tel./e-mail/fax) _____

Data _____