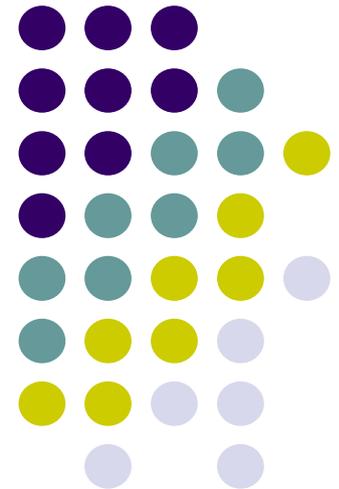




Dr. Francesco Ghisoni

Direttore U.O.C. Cure Palliative
Coordinatore Rete Cure Palliative
Ausl Parma

Parma, 26 settembre 2017



CURE PALLIATIVE

DEFINIZIONE O.M.S. 1990



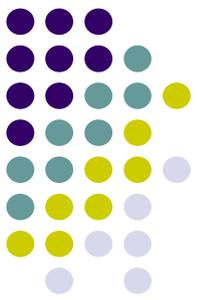
“L’assistenza (care) globale, attiva, dei pazienti la cui malattia non risponda più alle terapie curative.

È fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali.

L’obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e le loro famiglie.

Molti aspetti dell’approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia.”

Cure Palliative



Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale. Per soddisfare i bisogni dei malati e delle famiglie è necessario garantire il passaggio graduale dalle cure attive alle cure palliative, attraverso la condivisione degli obiettivi di cura, evitando così i rischi di una dolorosa percezione di abbandono.



Psicologici

Alterazione della propria immagine;
senso di impotenza;
rifiuto delle cure;
paura della morte

Fisici

Dolore, alterazioni della coscienza, astenia, dispnea, vomito, aumento delle secrezioni, etc

Sociali

Perdita del ruolo familiare e sociale, preoccupazioni economiche; senso di abbandono e isolamento

Problemi del malato terminale

Spirituali

Interrogativi esistenziali e religiosi

RIFERIMENTI NORMATIVI E TAPPE PRINCIPALI

- LEGGE 39/99: programma nazionale per la realizzazione in ciascuna regione di almeno una struttura dedicata all'assistenza palliativa e di supporto
- DECRETO LEGGE N.55/2000: Programma Nazionale realizzazione strutture Cure Palliative
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE 540/2000: interventi a supporto dell'assistenza sanitaria a favore di pazienti in fase critica
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE 456/2000: PSR99/2001 Programma le reti di cure palliative
- DECRETO PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 129/2001: Atto di indirizzo e coordinamento delle prestazioni socio-sanitarie.
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE 1602/2000: PSR99/2001 Programma le reti di cure palliative Provvedimenti attuativi
- CONFERENZA UNIFICATA MINISTERO SANITA', REGIONI, PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO E PROVINCE, COMUNI E COMUNITA' MONTANE 110/2001: documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE 2231/2001: Programma regionale "La rete delle cure palliative" – finanziamenti Aziende Sanitarie.
- COMITATO MINISTERO SALUTE CURE PALLIATIVE ISTITUITO DAL MINISTERO DELLA SALUTE DM 12/2001: modello organizzativo per la realizzazione della rete delle cure palliative
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE 2134/2003: Parziale modifica programma regionale - La rete di cure palliative
- PAL DELLA PROVINCIA DI PARMA 9/11/2005: Le cure palliative (pag.270)
- PIANO DELLE AZIONI 2006: RETI INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE E TERRITORIO (capitolo 5.1 Cure Palliative)





- 2005-2008 ISTITUZIONE PROGRAMMA AZIENDALE CURE PALLIATIVE AUSL PARMA
- 2007 ISTITUZIONE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE (Accordo Stato-Regioni)
- 2008-2010 LINEE STRATEGICHE PIANO REGIONALE SOCIALE E SANITARIO: gruppo di lavoro regionale tra aziende e servizi Assessorato alle Politiche per la Salute con produzione documento dati attività e modelli organizzativi regionali.
- 16/12/2010 NOMINA DIRETTORE UNITA' OPERATIVA COMPLESSA CURE PALLIATIVE
- 1/6/2011 ATTIVAZIONE EFFETTIVA ORGANIZZATIVA AREA ONCOLOGICA AFFERENTE ALL'U.O.C. CURE PALLIATIVE
- PIANO ATTUATIVO LOCALE Provincia di Parma 2009-2011
- **LEGGE 38 DEL 15/3/2010**
- 2010-2011 MINISTERO DELLA SALUTE: DOCUMENTO PER LA RIDIFINIZIONE DEI REQUISITI E LE MODALITA' ORGANIZZATIVE NECESSARIE PER LO SVILUPPO DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE, DELLA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE E DELLA RETE PEDIATRICA
- **25/7/2012 CONFERENZA RAPPORTO STATO REGIONI**
- DGR 1898 del 10/12/12 Approvazione progetto “ La rete delle Cure Palliative pediatriche della Regione Emilia Romagna”
- 7/2/2013 CONFERENZA STATO REGIONI “ Individuazione della disciplina Cure Palliative” (sancito accordo)



Gazzetta Ufficiale n.65 del 19 Marzo 2010
pubblicata Legge 15 Marzo 2010 n.38:

„Disposizioni per Garantire l'Accesso alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore“

19-3-2010

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 65

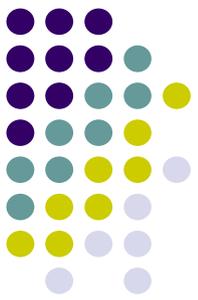
LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 15 marzo 2010, n. 38.

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

Entra in Vigore il 03 Aprile 2010



INTESA STATO-REGIONI DEL 25.07.2012 ACCREDITAMENTO RETE CURE PALLIATIVE

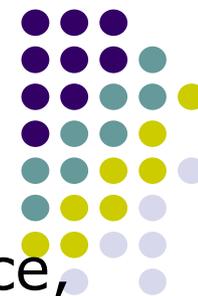
L'intesa stabilisce, come previsto dall'art. 5 comma 3 della L. 38/10, i requisiti minimi e le modalità organizzative per l'accREDITAMENTO delle strutture e delle attività residenziali e domiciliari

Ossia

gli standard strutturali qualitativi e quantitativi che definiscono la rete delle cure palliative

incluso una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenze ed esperienza in CP (L.38/10 art.5 comma 3 e Conf. Stato-Regione 16-12-10: Linee guida promozione-sviluppo-coordinamento degli interventi regionali per le reti ...)

Organizzazione regionale



- In Emilia-Romagna la nascita dei centri residenziali/hospice, posti in continuità con l'ADI, ha favorito lo sviluppo delle cure palliative e dell'integrazione tra professionisti e strutture.
- **Da diversi anni ogni azienda ha individuato un responsabile della rete delle cure palliative**
- A seguito della L.38/10 e dei successivi accordi stato-regioni, la Regione ha provveduto a rimodulare l'organizzazione della rete locale di cure palliative armonizzando i modelli aziendali già attivi da tempo con il modello previsto dalle norme nazionali.

Delibera regionale n.560 del 18 maggio 2015
RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

Rete locale di cure palliative (RLCP)



La RLCP è una **aggregazione funzionale e integrata** delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio, in Hospice.

La riorganizzazione prevede in particolare:



- **Garanzia dell'accesso alla rete attraverso valutazione multidimensionale e multiprofessionale di una unità di valutazione palliativa.**
- **La funzione di coordinamento è affidata ad un professionista specificatamente dedicato che opera all'interno di una struttura dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza. Il coordinamento della rete è preferibilmente inserito all'interno del Dipartimento di Cure Primarie.**

La riorganizzazione prevede in particolare:



- **Garanzia della continuità assistenziale in particolare attraverso una forte connessione alla rete del nodo ospedale e grazie a figure professionali quali il case manager infermieristico**
- **Individuazione dei NODI della rete, caratteristiche e funzioni:**
 - Nodo Ospedale**
 - Nodo Ambulatorio**
 - Nodo Hospice**
 - Nodo Domicilio**



NODO OSPEDALE :

All'interno delle strutture ospedaliere (sia pubbliche che private accreditate) le cure palliative dovranno essere erogate da consulenti specialisti in cure palliative per pazienti con bisogni complessi nella fase avanzata di malattia e nel fine vita.

Dovrà inoltre essere garantito a tutti i pazienti l'approccio palliativo attraverso la formazione del personale delle diverse Unità Operative.



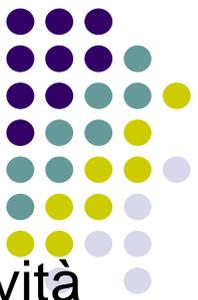
NODO DOMICILIO:

Sono previsti **due livelli**:

LIVELLO BASE che prevede un forte coinvolgimento del MMG che resta il responsabile terapeutico del caso ma che può contare sulla consulenza del medico palliativista e su un'equipe infermieristica completamente dedicata (e quindi anche specificatamente formata).

LIVELLO SPECIALISTICO, a cui accede il paziente quando aumenta la complessità clinica ed assistenziale, resta attivo il coinvolgimento del MMG e la responsabilità terapeutica passa al medico specialista, l'equipe infermieristica è sempre la stessa del livello base.

Assistenza 7 giorni su 7 con una presenza medica 24 ore su 24.



NODO AMBULATORIO :

L'attività ambulatoriale specialistica di cure palliative è un'attività dedicata a pazienti affetti da malattie progressive ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie efficaci ai fini della guarigione o di un prolungamento della vita. Le visite ambulatoriali di cure palliative hanno l'obiettivo di raggiungere l'ottimale controllo dei sintomi -compreso il dolore-, di individuare il percorso assistenziale più adeguato ai bisogni del malato e della sua famiglia, di assicurare continuità ed integrazione tra i diversi nodi della rete di cure palliative.

GLI AMBULATORI DI CURE PALLIATIVE RIENTRANO A TUTTI GLI EFFETTI TRA LE ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE, EROGATA DALLE AZIENDE SANITARIE.

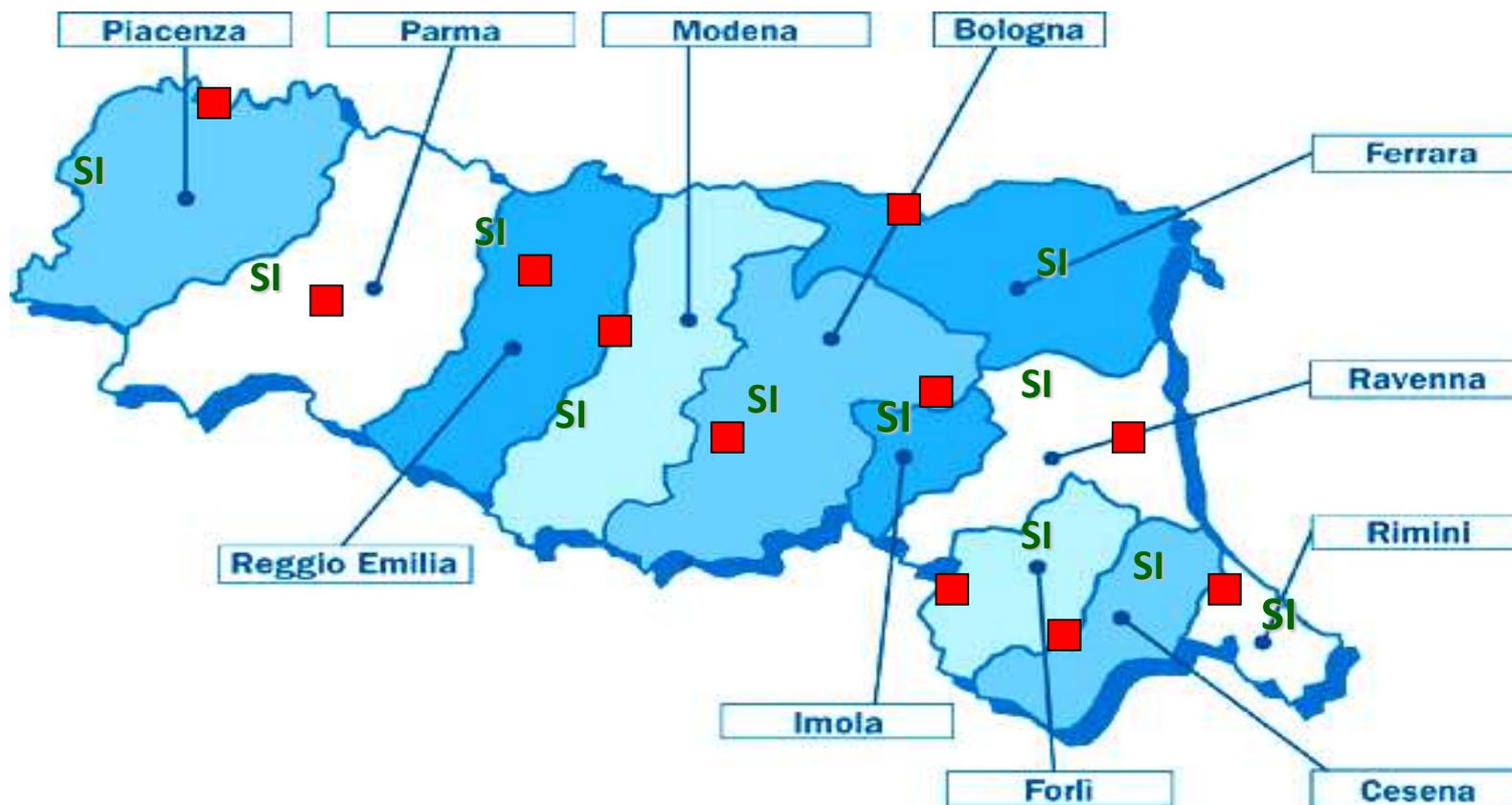
**HANNO QUINDI L'OBIETTIVO DI PRENDERE IN CARICO
PRECOCEMENTE IL PAZIENTE**

NODO HOSPICE :



Garantisce le cure palliative in regime residenziale a malati, che non possono essere assistiti temporaneamente o in via continuativa al proprio domicilio, attraverso equipe dedicate e specificatamente formate. Il malato e la sua famiglia in hospice possono trovare sollievo nei momenti di difficile gestione della malattia per motivi clinici, psicologici, sociali.

L'equipe multiprofessionale attraverso la valutazione multidimensionale redige il Piano Assistenziale Individuale (PAI) e adotta quale strumento di condivisione professionale le riunioni periodiche d'equipe e la cartella integrata.



**Individuato Responsabile della Rete Cure Palliative in tutte le aziende
USL**

**HOSPICE 22 strutture con 283 P.L. (coperto tutto il territorio
regionale con 6,39 PL ogni 100.000 abitanti)**

STRUTTURE HOSPICE



**DISTRETTO
FIDENZA**
Hospice 15 posti
letto
attivazione
luglio 2004

**DISTRETTO
VALLI TARO
E CENO**
Hospice
8 posti letto
attivazione
marzo 2005



**DISTRETTO
PARMA**
Hospice 16 posti
letto
c/o Casa di Cura
Piccole Figlie
attivazione
ottobre 2007

**DISTRETTO
SUD-EST**
Hospice
10 posti letto
attivazione
luglio 2005

RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE (RLCP)



NODI DELLA RETE



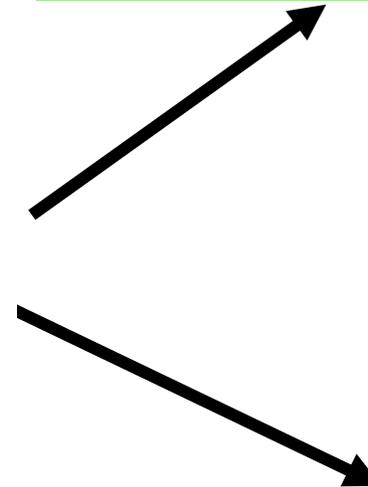
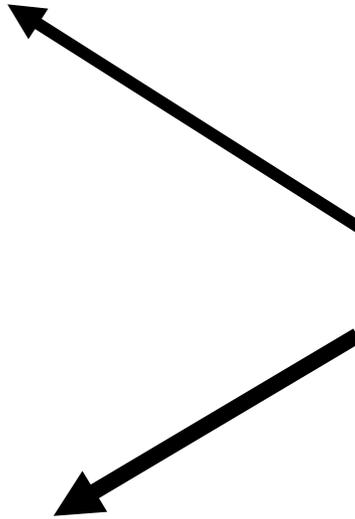
Nodo Ambulatorio:
Ambulatorio di cure palliative

Nodo Ospedale:
**Consulenza palliativa
intraospedaliera**

Nodo Domicilio:
**Unità di Cure Palliative
Domiciliari (UCPD)**

- **Di base (ADI)**
- **Specialistica**

Nodo Hospice:
Hospice





GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno lunedì 31 del mese di ottobre
dell' anno 2016 si è riunita nella residenza di via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Caselli Simona	Assessore
5) Costi Palma	Assessore
6) Donini Raffaele	Assessore
7) Gazzolo Paola	Assessore
8) Mezzetti Massimo	Assessore
9) Petitti Emma	Assessore
10) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Costi Palma

Oggetto: REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE



La riorganizzazione della rete prevede la definizione e la descrizione delle caratteristiche e delle funzioni:

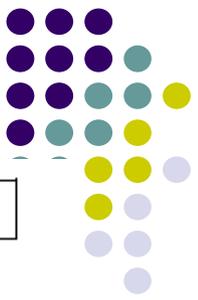
- del Coordinatore della rete e del gruppo di Coordinamento;
- dei nodi che compongono la rete - nodo ospedale, nodo ambulatorio, nodo hospice e nodo domicilio;
- dell'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD), per garantire cure palliative domiciliari di base e specialistiche;
- dell'unità di valutazione palliativa multidimensionale e multiprofessionale per garantire l'equità di accesso alla rete;
- della figura dell'infermiere case manager, punto di riferimento per paziente e famiglia, facilitatore delle relazioni tra i diversi setting assistenziali.



Campo di applicazione

Questo documento si applica alle organizzazioni pubbliche, private ed ai professionisti che operano nell'ambito della RLCP.

I requisiti descritti dal presente documento vanno ad integrare/aggiornare i requisiti generali di sistema e specifici di struttura (organizzativi, tecnologici, strutturali) già previsti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle stesse strutture presso le quali vengono erogate le prestazioni e/o dei requisiti prescritti da altri eventuali vincoli normativi.



CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

A livello di rete devono essere definiti annualmente i principali obiettivi di formazione che devono essere perseguiti dagli operatori dedicati e deve essere predisposto il relativo piano per garantire il processo di sviluppo delle competenze degli operatori afferenti alla rete di cure palliative, compresi i medici di continuità assistenziale eventualmente coinvolti.

Il Coordinamento deve realizzare incontri formativi rivolti ai professionisti delle strutture invianti alla rete per l'acquisizione di competenze atte a saper riconoscere il paziente che necessita di cure palliative.

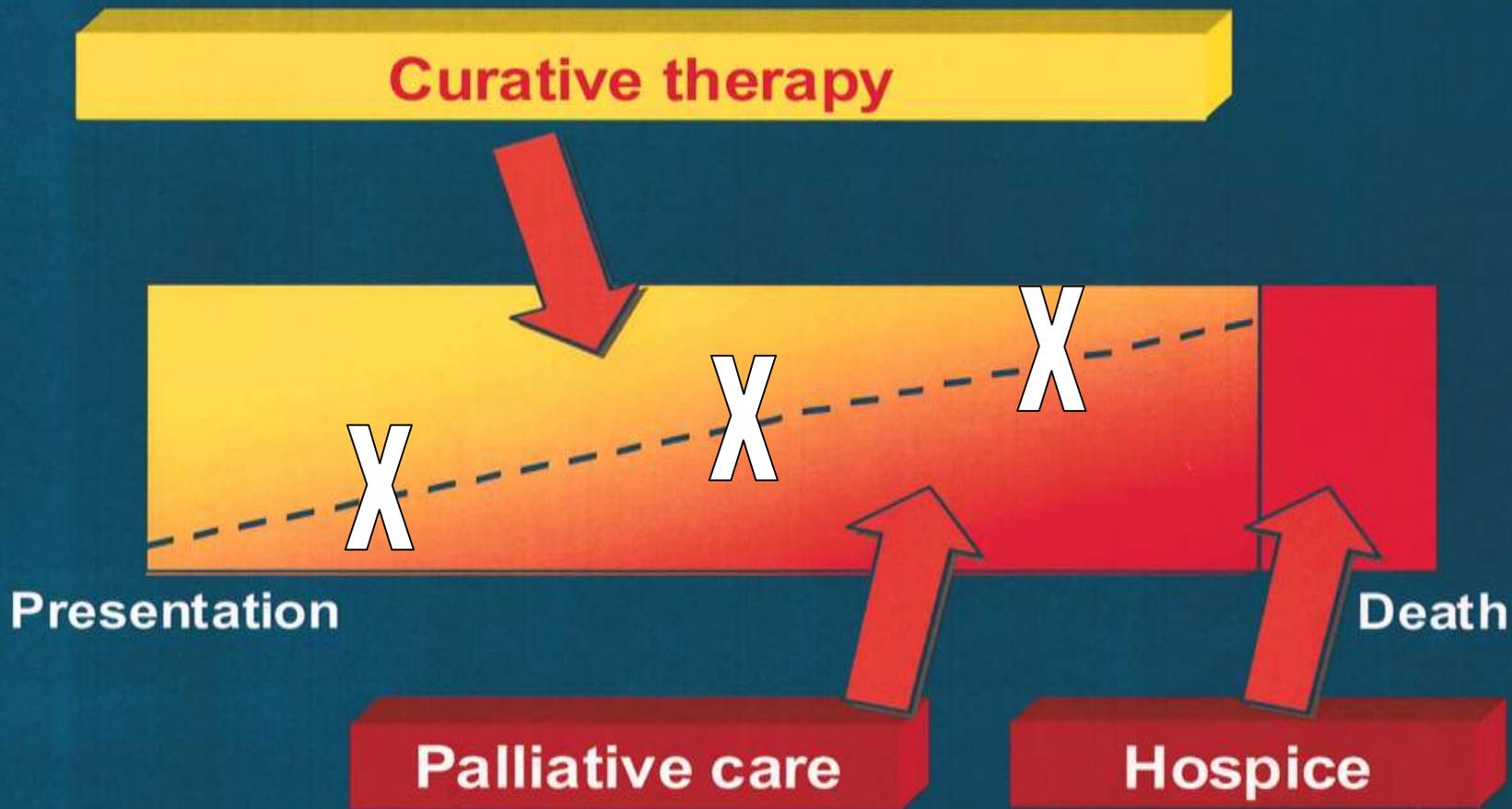
A livello di ogni singolo nodo devono essere individuati gli ulteriori bisogni formativi finalizzati allo sviluppo e/o mantenimento delle competenze dei professionisti che operano nel nodo in rapporto alle attività svolte.

A tal fine i coordinatori/referenti dei nodi valutano annualmente il livello di autonomia nella pratica clinico assistenziale raggiunto dai professionisti che operano nel nodo stesso, sulla base delle competenze previste per le specifiche figure professionali dalla DGR 1131/2015 e successive modificazioni o integrazioni, e in rapporto ai compiti assegnati.

Sono definiti i criteri per valutare il livello di competenza raggiunto dai professionisti.



Simultaneous Care Model





Il funzionamento della rete si basa su due principi:

- il principio della condivisione e della non competizione
- il principio dell'integrazione e della non sovrapposizione.

Il lavoro di equipe assume una rilevanza fondamentale...per la definizione e la realizzazione del piano di cura personalizzato e la continuità di cura



Grazie per l'attenzione