

Con il patrocinio di:



GENOVA

Sala Convegni OMCeO
Piazza della Vittoria, 12

4 APRILE 2019

ONCORETE SHARING AND INNOVATION SYSTEM

**NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI
PER L'ONCOLOGIA**

2019 **MOTORE**
SANITA'
Gestire il Cambiamento

COORDINATORE SCIENTIFICO

Paolo Pronzato

Coordinatore

DIAR Oncoematologia

Regione Liguria

L'INTEGRAZIONE DI TRATTAMENTI ANTINEOPLASTICI E CURE PALLIATIVE IN OSPEDALE E SUL TERRITORIO

Paolo Cavagnaro

Commissario Straordinario ASL 2 Liguria



Definition of End of Life Care General Medical Council, UK 2010

People are 'approaching the end of life' when they are **likely to die within the next 12 months**. This includes people whose death is imminent (expected within a few hours or days) and those with:

- Advanced, progressive, incurable conditions
- General frailty and co-existing conditions that mean they are expected to die within 12 months
- Existing conditions if they are at risk of dying from a sudden acute crisis in their condition
- Life-threatening acute conditions caused by sudden catastrophic events.

- ***I malati "si avvicinano alla fine della vita" quando è probabile che essi muoiano entro i prossimi 12 mesi. In questa definizione sono inclusi i pazienti la cui morte è imminente (attesa entro poche ore o giorni) e quelli con:***
 - *Malattie inguaribili, progressive, in fase avanzata*
 - *Una condizione clinica di fragilità ("frailty") generale e patologie concomitanti per la quali è prevedibile una morte entro 12 mesi*
 - *Condizioni cliniche per le quali questi pazienti sono a rischio di morte per una crisi acuta ed improvvisa legata alla loro situazione*
 - *Condizioni acute a rischio per la vita causate da eventi improvvisi e catastrofici*



La legge n. 38 del 15 marzo 2010 ha sancito il diritto di tutti i cittadini ad accedere alle cure palliative (CP), a tutela della dignità del malato e a garanzia della qualità della vita fino al suo termine

- La **legge 38/2010** ha istituito le reti locali di cure palliative per assicurare la continuità nel percorso di cura del paziente in ospedale, nella struttura residenziale (Hospice) e in ambito domiciliare, per mezzo dell'integrazione di queste strutture sul territorio.
- **L'Accordo della Conferenza tra Stato e Regioni del 16 dicembre 2010** ha dato un ulteriore impulso alla strutturazione delle reti di cure palliative, avendo definito le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito delle cure palliative e della terapia del dolore. Tale documento identifica per la prima volta la struttura organizzativa delle Reti di cure palliative e delle Reti di terapia del dolore, articolate in strutture regionali e aziendali. Questi principi sono poi ripresi e ampliati nell'Intesa tra Stato e Regioni del 25 luglio 2012.



- **Negli anni successivi al 2012 sono stati approvati i seguenti nuovi provvedimenti in tema di Cure palliative:**
 - 1. Individuazione delle figure professionali operanti nelle reti di Cure palliative**
 - 2. Certificazione professionale in cure palliative per i medici non in possesso di specializzazione**
- **L'Intesa 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie e in particolare al punto 1.2 programmi per lo sviluppo delle reti assistenziali e al punto 1.2.3. Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge n.38/2010;**



DPCM “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) è stato pubblicato nella GU n.65 del 18/3/2017 – Suppl. Ordinario n. 15)

Dopo la legge 38/2010 e i numerosi provvedimenti attuativi attraverso i decreti, gli accordi e le intese Stato-Regioni che hanno introdotto e normato in Italia la disciplina cure palliative e recependo tutta la normativa progressivamente adottata sono previsti i seguenti livelli di assistenza nell’ambito della Rete Locale di cure palliative:

- **art. 21 Percorsi assistenziali integrati**: è garantito l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale con la definizione dei bisogni terapeutici-riabilitativi ed assistenziali nel progetto assistenziale individuale (PAI). Una novità importante l’approccio per percorso, con la VMD che concorre ad identificare il malato con bisogni di cure palliative. **Le cure palliative confermate dai LEA in questa cornice escono dall’orizzonte temporale dell’end stage e si allargano alle fasi precoci della malattia inguaribile ad evoluzione sfavorevole**
- **art. 23 Cure palliative domiciliari**: sono erogate dalle strutture UCP (Unità di Cure Palliative) e non più nell’ambito dell’ADI: sono le UCP che erogano sia le cure palliative di base che quelle specialistiche con ciò garantendo l’unitarietà ed l’integrazione dei percorsi di cura con un’equipe curante di riferimento sul percorso e non sul setting assistenziale. Viene garantita la specificità specialistica delle cure palliative non più inquadrata nel contenitore indifferenziato delle cure domiciliari rivolte alla non autosufficienza e alle fragilità che non richiedono un approccio palliativo. Il coordinamento delle cure viene puntualmente caratterizzato (comma 3 art.21, comma 1-a e 1-b art.23) con ciò contribuendo a chiarire la responsabilità del rapporto di cura.



DPCM “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) è stato pubblicato nella GU n.65 del 18/3/2017 – Suppl. Ordinario n. 15)

Dopo la legge 38/2010 e i numerosi provvedimenti attuativi attraverso i decreti, gli accordi e le intese Stato-Regioni che hanno introdotto e normato in Italia la disciplina cure palliative e recependo tutta la normativa progressivamente adottata sono previsti i seguenti livelli di assistenza nell’ambito della Rete Locale di cure palliative:

- **art. 31 Centri specialistici di Cure palliative – Hospice**: garantiscono in ambito territoriale l’assistenza ai malati nella fase terminale della vita.
- **art. 38 Ricovero ordinario per acuti**: Le cure palliative sono per la prima volta espressamente citate come prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali, necessarie ai fini dell’inquadramento diagnostico e terapeutico, che devono essere garantite durante l’attività di ricovero ordinario.
- **art.15 Assistenza specialistica ambulatoriale**: il nomenclatore delle prestazioni prevede le prime visite multidisciplinari per le cure palliative inclusa la stesura del PAI e le visite di controllo inclusa la rivalutazione del PAI.



I bisogni del malato



- Area del bisogno di **non soffrire**
- Area del bisogno di **non essere lasciati soli**
- Area del bisogno **dell'essere ascoltati**
- Area del bisogno di **informazione e comunicazione**

F Fusco RICP 2003 (5) 1: 49-51

P Singer et al JAMA 1999; 281:163-68

[Can Fam Physician.](#) 2017
Dec;63(12):e536-e542.

**Needs of cancer patients in
palliative care during medical
visits: Qualitative study.**
Melhem D¹, Daneault S².

Study participants primarily needed the **expertise** of their physicians, but they also needed **reassurance** by means of clear **information** about their disease, its treatment, and the prognosis delivered over the course of patient-physician visits

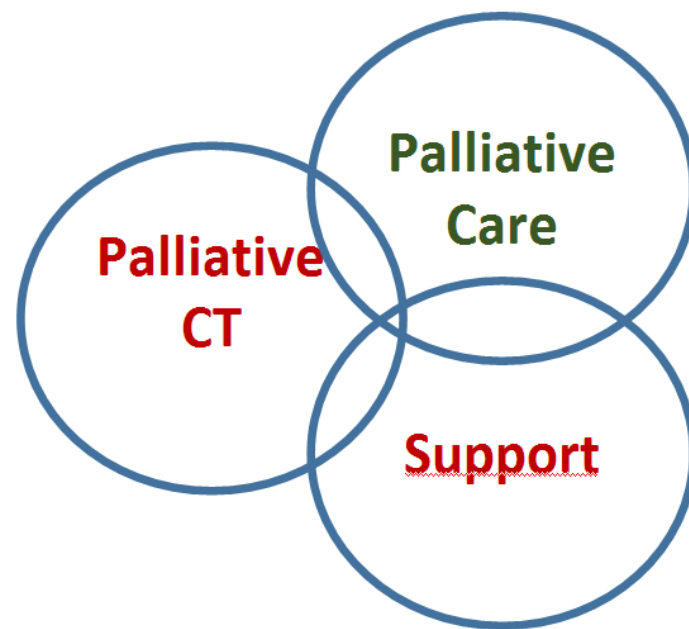
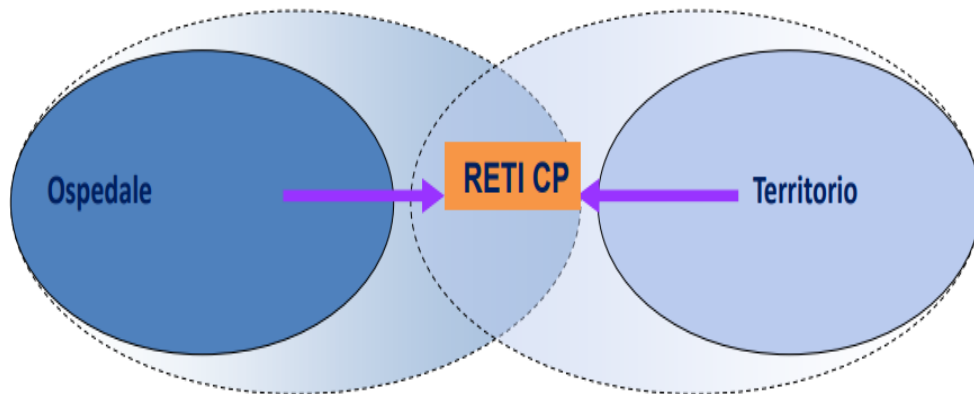


Integrazione ospedale - territorio

Meglio parlare di integrazione e continuità
assistenziale territorio – ospedale - territorio

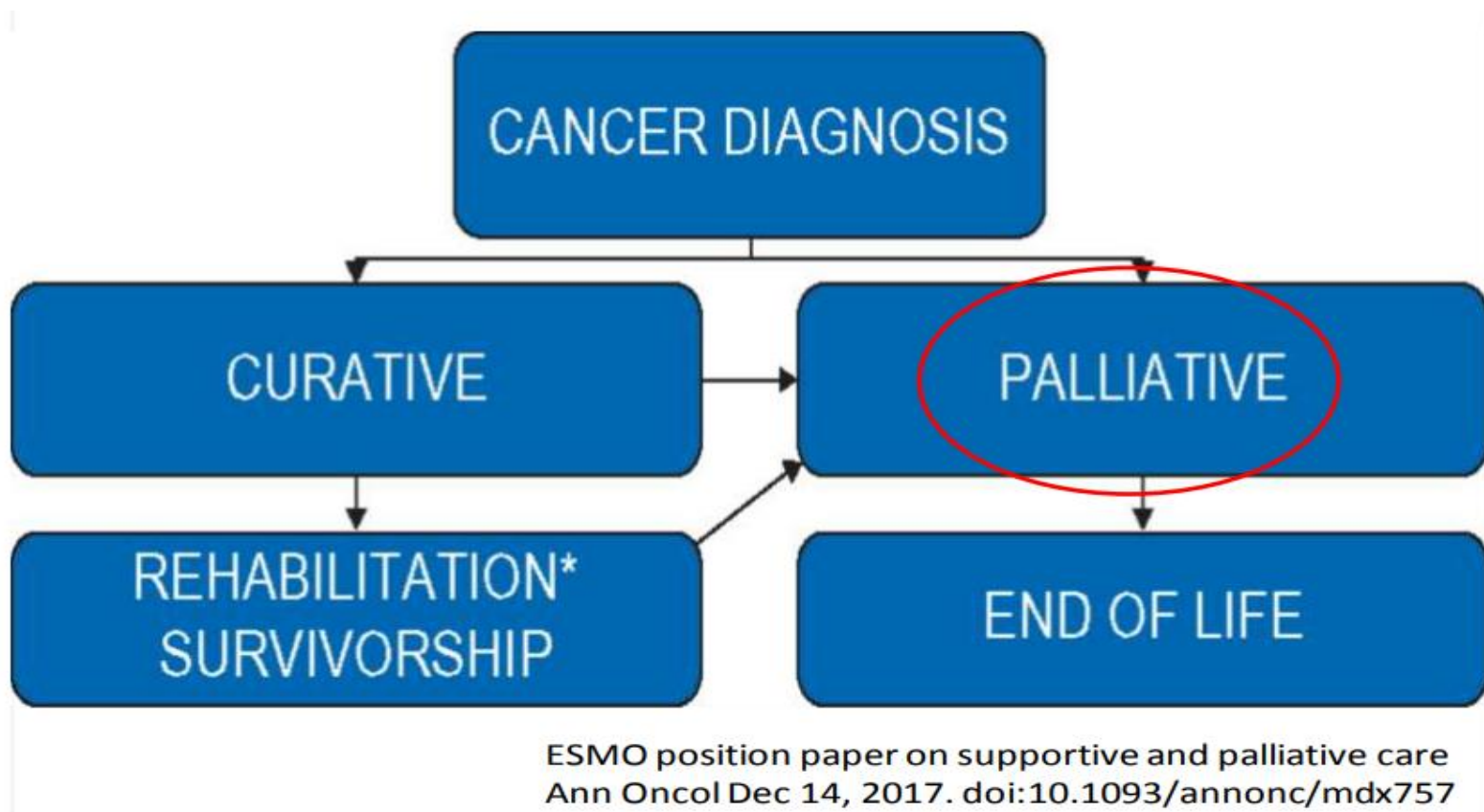
Ospedale o territorio ?

Ospedale e territorio !





E' in evoluzione l'obiettivo della cura





Nell'art. 21 “Percorsi assistenziali integrati” dei nuovi LEA si evidenzia che le cure palliative escono dall'orizzonte temporale dell'end stage e si allargano alle fasi precoci della malattia inguaribile ad evoluzione sfavorevole e questa indicazione normativa era stata anticipata ed è confermata da studi in letteratura che evidenziano la necessità di **CURE PALLIATIVE PRECOCI e di condivisione di cure e di presa in carico oncologo – team cure palliative (CURE SIMULTANEE)**



CURE PALLIATIVE PRECOCI: indica la temporaneità dell'attivazione delle cure palliative (contemporanee alle terapie oncologiche attive)

CURE SIMULTANEE: indica la modalità di erogazione delle cure palliative precoci (ambulatorio condiviso tra oncologo e team di cure palliative - modello integrato)



Il bisogno di cure palliative precoci

| Uomini | | Donne | |
|-----------------------|----------------|------------------------|---------------|
| Elevata | Bassa | Elevata | Bassa |
| Testicolo 91% | Colecisti 17% | Tiroide 95% | SNC 26% |
| Prostata 91% | Polmone 15% | Melanoma 89% | Polmone 19% |
| Tiroide 90% | Esofago 13% | Mammella 87% | Colecisti 15% |
| Melanoma 85% | Mesotelioma 9% | Linfoma di Hodgkin 87% | Esofago 13% |
| Sarcoma di Kaposi 85% | Pancreas 7% | Vescica 78% | Pancreas 9% |

TABELLA 4. Sopravvivenza a 5 anni negli uomini e nelle donne (elevata o bassa in base alla differente sede tumorale).

SNC = sistema nervoso centrale.

➤ **condizioni ad elevato bisogno : malattia metastatica con complessità clinica o psicologica e sociale**





Cure palliative precoci

Esistono chiare evidenze per implementare
“outcomes” per quanto riguarda:

- **Sintomi**
- **Qualità della cura nel fine vita**
- **Soddisfazione del paziente**
- **Riduzione dei costi della cura**

Ramchandran K et al *Oncology* 27:1-18, 2013

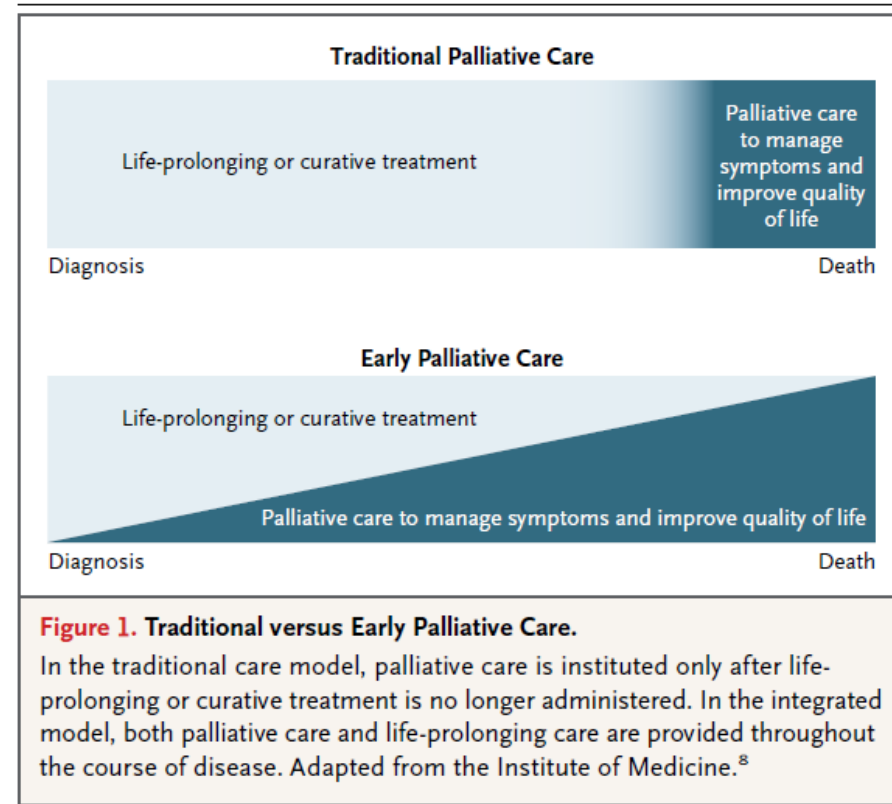


Early palliative care for adults with advanced cancer

- This systemic review of **small number of trials** indicates that EPC interventions may have **more beneficial effects on QoL and symptoms intensity** among patients with advanced cancer than among those given usual/standard cancer care alone.
- Although we found only **small effect size**, these may be **clinically relevant** at an advanced stage with limited prognosis, at which time further decline in QoL is very common.
- At this point, **effects on mortality and depression are uncertain.**

Haun MW et al. *Cochrane Review*, 2017 DOI:10.1002/14651858. CD011129.pub2.

Continuum of Care



R Parikh, New Engl J Med 2014

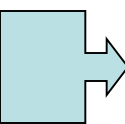


Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update

Betty R. Ferrell, City of Hope Medical Center, Duarte, CA; Jennifer S. Temel and

Betty R. Ferrell, Jennifer S. Temel, Sarah Temin, Erin R. Alesi, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Janice I. Finn, Todd A. Gilman, Jeffrey M. Guss, Thomas J. Gruninger, Ellen F. Stewart, and Cynthia Zimmerman, et al.

Key Recommendation



Patients with advanced cancer, whether patient or outpatient, should receive dedicated palliative care services, early in the disease course, concurrent with active treatment. Referring patients to interdisciplinary palliative care teams is optimal, and services may complement existing programs. Providers may refer caregivers of patients with early or advanced cancer to palliative care services.

ASCO believes that cancer clinical trials are vital to inform medical decisions and improve cancer care and that all patients should have the opportunity to participate. Patients in clinical trials may benefit from the support of palliative care.



CLINICAL QUESTION 1

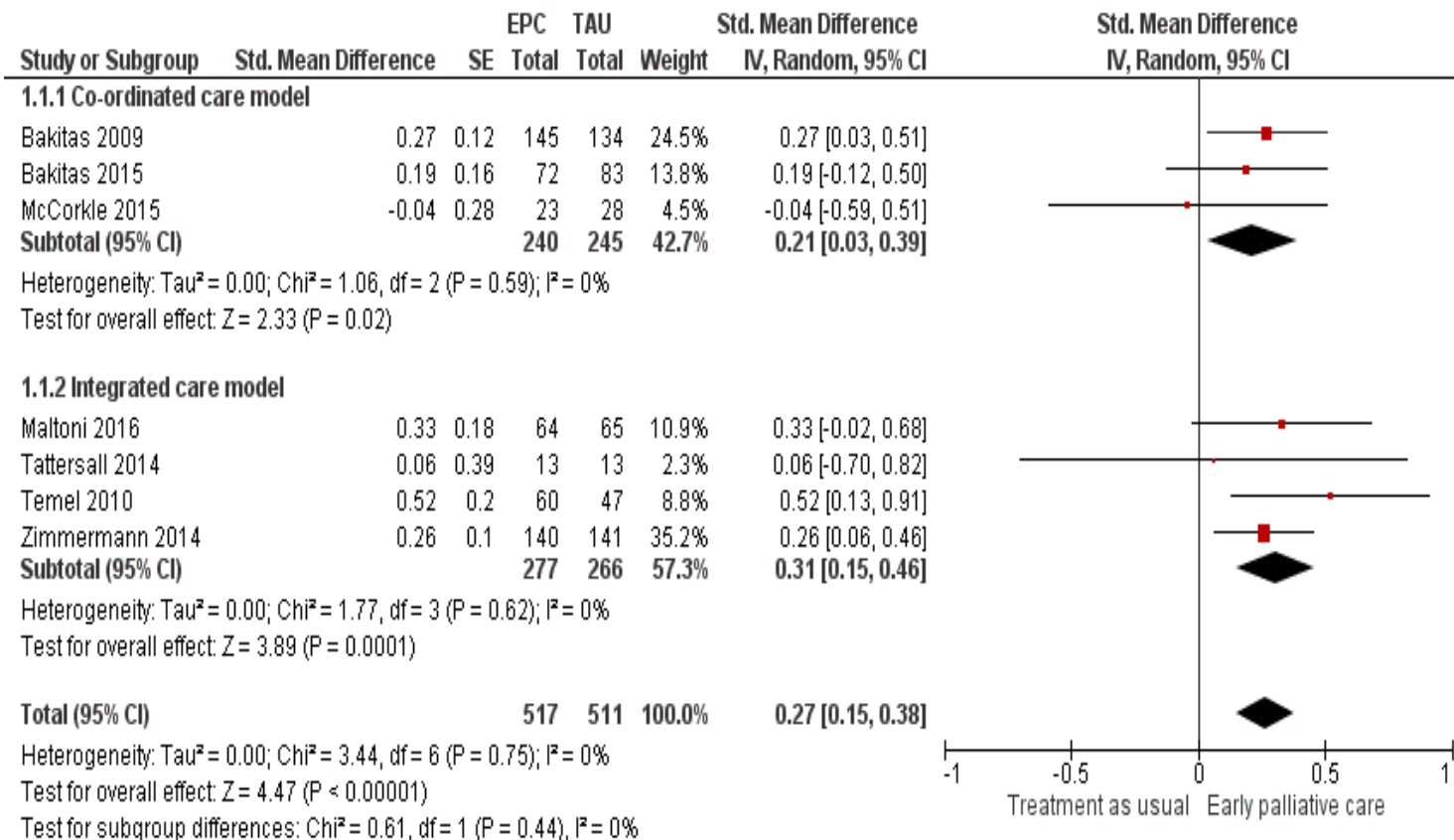
What is the most effective way to care for patients with advanced-cancer symptoms (palliative care services in addition to usual care compared with usual care alone)?

Recommendation 1

Patients with advanced cancer should be referred to interdisciplinary palliative care teams (consultation) that provide inpatient and outpatient care early in the course of disease, alongside active treatment of their cancer (type: evidence based, benefits outweigh harms; evidence quality: intermediate; strength of recommendation: strong).



Results: Health-related quality of life



5 RCTs, 2 cRCTs, 1028 analysed participants → those receiving early palliative care **had significantly higher quality of life than those receiving usual care** (SMD 0.27, 95% CI 0.15 to 0.38)



Integrazione con outcome in parte condivisi



**Integrazione significa continuità di cura e assistenza durante tutto il percorso di malattia
soprattutto nell'area di condivisione**

G.Scaccabarozzi "La continuità delle ure e il
paradigma delle Cure Palliative"



DOCUMENTO

DEL TAVOLO DI LAVORO AIOM-SICP

CURE PALLIATIVE PRECOCI e SIMULTANEE

2015

Cure Palliative precoci e simultanee: Le cure simultanee/**cure palliative precoci** nel malato oncologico rappresentano un modello organizzativo mirato a garantire **la presa in carico globale del malato oncologico attraverso un'assistenza continua, integrata e progressiva fra Terapie Oncologiche e Cure Palliative quando l'outcome non sia principalmente la sopravvivenza del malato.**

Le finalità sono:

- Ottimizzare la qualità della vita in ogni fase della malattia, attraverso una meticolosa attenzione agli innumerevoli bisogni, fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia.
- Garantire la continuità di cura attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni, con appropriati obiettivi in ogni singola situazione attraverso la valutazione, pianificazione, coordinamento, monitoraggio, selezione delle opzioni e dei servizi.
- Evitare il senso di abbandono nella fase avanzata e terminale.

L'integrazione tra le Terapie Oncologiche e le Cure Palliative nel continuum della cura è essenziale per il malato di cancro.



Screening dei malati oncologici suscettibili di cure palliative

Il team oncologico dovrebbe eseguire la corretta identificazione dei malati suscettibili di cure palliative ad ogni visita per i seguenti elementi clinici:

1. Sintomi non controllati
2. Distress collegato alla diagnosi di tumore e/o terapia
3. Severe comorbidità di tipo fisico, psichiatrico, psicosociale
- 4. Aspettativa di vita inferiore ai 6 -12 mesi**
5. Preoccupazione da parte del malato o dei suoi famigliari rispetto all'andamento della malattia
6. Richieste dirette da parte del malato/famigliari per trattamento palliativo

Per quanto riguarda il **punto 4**, alcuni indicatori sono più strettamente correlati ad una prognosi <6 -12 mesi ; tra questi:

- Tumori solidi metastatici
- Performance status limitato (ECOG ≥ 3 ; KPS ≤ 50)
- Ipercalcemia
- Metastasi SNC
- Delirio
- Sindrome Vena Cava Superiore
- Compressione midollare
- Cachessia
- Insufficienza epatica e/o renale
- Versamenti di origine neoplastica

Inoltre molti pazienti con malattia al IV stadio e diagnosi di tumore polmonare e di tumore del pancreas sono suscettibili di cure palliative fin dalla diagnosi, a causa della limitata sopravvivenza attesa. Analoghe considerazioni valgono per il glioblastoma multiforme nel quale più che la sopravvivenza attesa sono i problemi sintomatologici a richiedere un impegno assistenziale

molto significativo.



CURE PALLIATIVE PRECOCI E SIMULTANEE

Criteri di eleggibilità e finalità

- **Le Cure Palliative Precoci e Simultanee nel setting Ambulatoriale hanno criteri di eleggibilità simili a quelli precedentemente indicati ove si eccettui il Performance Status che è in questo caso compreso tra 50 e 80 (KPS).**
- **I pazienti che rispondono a questi criteri dovrebbero ricevere una valutazione multidimensionale “*palliativa globale*” con un primo screening dell'oncologo per il rischio/beneficio della eventuale terapia antitumorale, la valutazione e il trattamento dei principali sintomi, la discussione con il malato rispetto alle aspettative personali e alla presenza di un possibile distress psicosociale.**

Pazienti oncologici eleggibili alle Cure Palliative Precoci e Simultanee - Pazienti affetti da tumore in fase metastatica, anche in concomitanza alle terapie specifiche antitumorali

- Pazienti sintomatici o paucisintomatici con un Indice di Karnofsky compreso tra 50 e 80 che necessitano di una presa in carico globale di cure palliative
- Familiari in difficoltà nel percorso di accettazione della consapevolezza della prognosi del congiunto (non consapevolezza della progressione di malattia e della non efficacia dei trattamenti)
- Pazienti e familiari che necessitano di un supporto nella pianificazione del percorso di cura.



CURE PALLIATIVE PRECOCI E SIMULTANEE

Tab. 8 Finalità della Cure Palliative Precoci e Simultanee

- Presa in carico con cure palliative precoci e globali del malato e della famiglia
- Trattamento di tutti i sintomi somatici, compreso il dolore, correlati alla malattia
- Valutazione del livello di consapevolezza del paziente e dei familiari della prognosi della malattia e valutazione dell'opportunità di rendere più consapevole il paziente, se possibile, sulla prognosi;
- Valutazione dei bisogni psicologico-relazionali del paziente e della sua famiglia:
 1. sostegno ed aiuto nelle scelte terapeutiche per il paziente e nella programmazione del percorso di cura
 2. collaborazione con MMG e/o con altri Medici Specialisti
 3. sostegno al MMG e/o ad altri Medici Specialisti nel percorso di comunicazione con il malato e la famiglia
 4. collaborazione con MMG e/o con altri Medici Specialisti per evitare chemioterapie inappropriate ed approcci di ostinazione diagnostica e terapeutica negli ultimi mesi di vita
 5. accompagnamento del paziente e della famiglia nell'accettazione della fase avanzata di malattia finalizzato al raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per il malato e per la famiglia



CURE PALLIATIVE PRECOCI E SIMULTANEE

- **Patologie a buona prognosi e basso bisogno di Cure Simultanee**
- **Patologie a cattiva prognosi e alto bisogno di Cure simultanee**
- **Condizioni con alto bisogno di Cure Simultanee indipendentemente dalla prognosi**

RACCOMANDAZIONE

- Nell'ambito delle singole Unità Operative dovrebbe essere identificato un oncologo che funga da interfaccia con il Servizio di Cure Palliative operante in Ospedale o con le strutture di Cure Palliative operanti sul territorio.
- Nei pazienti con malattie neoplastiche sintomatiche in cui l'effetto dei trattamenti sulla storia naturale è limitato o nelle quali la qualità di vita è fortemente compromessa dagli stessi, una gestione condivisa con l'equipe interdisciplinare di cure palliative ha da un lato un impatto positivo sul prolungamento della sopravvivenza, sul miglioramento della qualità di vita e sul controllo dei sintomi dei pazienti e comporta dall'altro una riduzione dei costi e una più corretta allocazione delle risorse disponibili



ONCORETE SHARING AND INNOVATION SYSTEM

**NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI
PER L'ONCOLOGIA**

2019 **MOTORE**
SANITÀ
Crestre il cambiamento

 **Alisa**
Sistema Sanitario Regione Liguria

Come si è adeguata Regione Liguria a questo nuovo scenario



DGR 277/2007 per la definizione di un modello organizzativo della rete Ligure di CP

**Deliberazione di ALISA n. 128 del 23.05.2018
“Ridefinizione della Rete Regionale di CP della
Regione Liguria in applicazione della Legge n.
38/2010**

**DGR 1127 del 21.12.2018 «Definizione delle tariffe
per le attività di Cure Palliative Domiciliari»**



**BOLLETTINO UFFICIALE
 DELLA REGIONE LIGURIA**

**STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI
 RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO**

A. Strutture sociosanitarie per anziani

- Strutture sociosanitarie residenziali
- Ambiente protesico per gravi patologie involutive
- Centro diurno per anziani

B. Strutture sociosanitarie per persone con disabilità

- Strutture per prestazioni riabilitative intensive ed estensive residenziali
- Strutture per prestazioni riabilitative intensive ed estensive semiresidenziali
- Strutture socio-riabilitative residenziali
- Strutture socio-riabilitative semiresidenziali
- RSA disabili

C. Strutture per soggetti in stato vegetativo e stato di minima coscienza

D. Strutture psichiatriche

- SRP1- Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo
- SRP2- Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo
- SRP3- Strutture residenziali psichiatriche per interventi socio-riabilitativi
- Centro diurno psichiatrico
- Strutture per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.)
- Strutture terapeutiche di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza-R.E.M.S.

Strutture di assistenza sociosanitaria per persone con

dipendenze patologiche

- Strutture di assistenza sociosanitaria per persone con dipendenze patologiche
- Unità mobili per persone dipendenti da sostanze di abuso
- Comunità alloggio per persone affette da HIV/AIDS e sindromi correlate
- Alloggio protetto per persone affette da HIV/AIDS e sindromi correlate

E. Hospice

SERVIZI

A. Cure domiciliari

B. Cure palliative domiciliari

PUBBLICATO DALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO REGIONALE - ASSEMBLEA
 LEGISLATIVA DELLA LIGURIA - VIA FIESCHI 15 - GENOVA

Direzione, Amministrazione: Tel. 010-54.851

Redazione: Tel. 010 5485663 - 4974 - 4038

PARTE SECONDA

Atti di cui all'art. 4 della Legge Regionale 24 dicembre 2004, n 32 e ss.mm. e ii.

SOMMARIO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16/11/2018 N. 944

Approvazione dei documenti in materia di autorizzazione al funzionamento delle Strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali: requisiti e procedure per l'autorizzazione pag. 2

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16/11/2018 N. 945

Approvazione revisione e aggiornamento procedure di accreditamento istituzionale pag. 293

HOSPICE

L'hospice è una struttura residenziale operante nell'ambito della Rete locale di Cure Palliative che eroga prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere e di sostegno spirituale a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Tale complesso integrato di prestazioni è erogato da équipes multidisciplinari e multi professionali che assicurano cure e assistenza in via continuativa sulle 24 h.

Può essere struttura autonoma o essere inserito in una struttura di ricovero e cura o in una RSA.



CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

Le cure palliative domiciliari sono costituite da un complesso di prestazioni sanitarie di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, fornitura di farmaci, dispositivi medici e preparati per la nutrizione artificiale, accertamenti diagnostici nonché di sostegno spirituale a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Si articolano nei seguenti livelli:

- **Livello base**: comprende interventi di base, coordinati dal MMG o dal PLS, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e un'adeguata comunicazione con il paziente e la famiglia.
- **Livello specialistico**: comprende interventi di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, tra loro interagenti, rivolti a pazienti affetti da malattie progressive (oncologiche e non) con bisogni complessi, che presentano un elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo e per i quali gli interventi di base risultano inadeguati.

Le Cure Palliative domiciliari specialistiche vengono assicurate sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della rete di cure palliative locale, comprendente anche l'hospice; l'attivazione è a cura del MMG o dello specialista ospedaliero secondo specifiche procedure.

Le cure palliative domiciliari possono essere erogate anche a soggetti anziani e disabili assistiti presso le strutture residenziali socio-sanitarie.



Requisiti strutturali e/tecnologici

Vedere *Cure domiciliari*

Requisiti organizzativi

Cure di livello base:

Vedere *Cure domiciliari*

Cure di livello specialistico:

Devono essere garantiti:

- valutazione multidimensionale del paziente e presa in carico da parte dell'equipe ,
- un piano di cura personalizzato,
- continuità assistenziale ,
- interventi programmati e articolati su 7 giorni, definiti nel piano di assistenza individuale,
- pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 h,
- supporto alla famiglia e/o al caregiver.

Il personale è in numero adeguato all'attività svolta e funzionale a soddisfare con continuità i bisogni dei pazienti e dei familiari.

L'equipe di cure palliative domiciliari prevede le figure indicate nell' Accordo Stato- Regioni n 87 del 10.7.2014.

Per ogni paziente deve essere redatto da parte dell'equipe multiprofessionale un progetto assistenziale con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle condizioni cliniche.



DELIBERA ALISA n. 29 del 30.01.19

“Indirizzi per la presa in carico sul territorio della persona in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative”

UN MODELLO DI CLINICAL GOVERNANCE PER LO SVILUPPO DELLE RETI LOCALI DI CURE PALLIATIVE

Obiettivo del presente documento è la caratterizzazione di un **modello di riferimento per la gestione da parte delle Reti Locali/Aziendali di Cure Palliative** dei percorsi di cura e assistenza dei malati in condizioni di cronicità complesse e avanzate, garantendo la **valutazione multidimensionale dei bisogni** e delle aspettative del malato e della sua famiglia, la **presa in carico integrata** attraverso un progetto assistenziale condiviso, la **continuità delle cure**, l'integrazione dei professionisti e delle strutture che costituiscono la Rete locale, la valutazione dei risultati.

I **principi** che stanno alla base del modello che si intende promuovere con il presente documento sono:

- Centrato sul paziente e sulla famiglia
- Basato sui bisogni
- Accessibile
- Equo (a prescindere da età, diagnosi, residenza, cultura, ...)
- Integrato, garantendo la continuità delle cure
- Disponibile a garantire la possibilità di ricevere cure al proprio domicilio
- Sicuro ed efficiente
- Appropriato in termini di rapporto costo-efficacia



DELIBERA ALISA n. 29 del 30.01.19

“Indirizzi per la presa in carico sul territorio della persona in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative”

UN MODELLO DI CLINICAL GOVERNANCE PER LO SVILUPPO DELLE RETI LOCALI DI CURE PALLIATIVE

E' necessario sviluppare un'ORGANIZZAZIONE che si modelli sui bisogni del paziente, che sia FLESSIBILE, sempre pronta ad adattarsi alle necessità mutevoli della persona con bisogni di CP e dei suoi familiari.

La Rete Locale/Aziendale di CP è la sede di presa in carico del paziente con bisogni di cure palliative nei DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI e deve garantire, grazie alla FLESSIBILITA' di passaggio da un setting ad un altro, CONTINUITA' ASSISTENZIALE E DI CURA SULLA BASE DEL BISOGNO ATTUALE E MUTEVOLE DEL PAZIENTE STESSO E DELLA FAMIGLIA



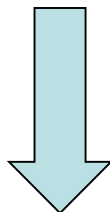
DELIBERA ALISA n. 29 del 30.01.19

“Indirizzi per la presa in carico sul territorio della persona in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative”

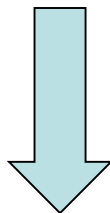
UN MODELLO DI CLINICAL GOVERNANCE PER LO SVILUPPO DELLE RETI LOCALI DI CURE PALLIATIVE

Rete Locale/Aziendale di CP

Accogliere e valutare il bisogno di CP del pz. e della famiglia



Definire il percorso di cura e la continuità di cura



Ospedale ↔ Ambulatorio ↔ Hospice ↔ Domicilio



DELIBERA ALISA n. 29 del 30.01.19

“Indirizzi per la presa in carico sul territorio della persona in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative”

UN MODELLO DI CLINICAL GOVERNANCE PER LO SVILUPPO DELLE RETI LOCALI DI CURE PALLIATIVE

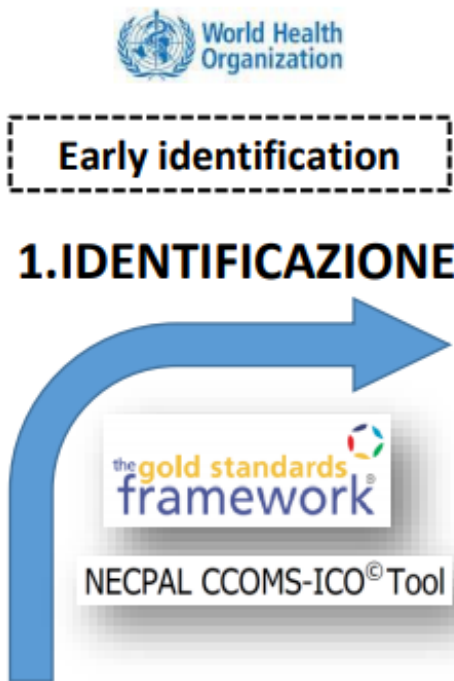
Percorso integrato per la presa in carico:

- 1. Eleggibilità del pz con bisogno di CP (NECPAL CCOMS-ICO Toll e PPS per pz. Oncologici)**
- 2. Segnalazione e accesso alla Rete Locale di Cure palliative (RLCP)**
- 3. Valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinic, funzionale e sociale (segnalazione assistenza delle cure palliative domiciliari – scheda AGED – PAI)**
- 4. Rivalutazione del bisogno dell'intensità assistenziale (eventuale revisione scheda AGED – Scheda I POS per l'équipe)**
- 5. Chiusura della presa in carico (scheda di chiusura assistenza delle cure palliative domiciliari)**



COME GESTIRE I PERCORSI NELL'AMBITO DELLA RETE

In Liguria ruolo fondamentale dello Sportello Polifunzionale Distrettuale (SPD)



G.Scaccabarozzi "Cure Palliative: il tempo dell'integrazione nella rete"



Stimolo alla discussione

- **Promuovere attività formative per MMG e per tutte le figure previste nel TEAM di CP sulla presa in carico precoce e simultanea dei malati oncologici (master?)**
- **Promuovere attività formative all'èquipe medico-infermieristica delle strutture sociosanitarie residenziali da parte delle UCP locale**
- **Cure palliative specialistiche domiciliari:** per poter implementare i numeri degli assistiti a domicilio è indispensabile un'integrazione con le cure domiciliari di III° livello
- **Implementare la presa in carico da parte dell'UCP locale dei pazienti complessi che hanno necessità di cure palliative, anche precoci, all'interno delle strutture residenziali sociosanitarie**



Grazie per l'attenzione

