

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE F.F. N. 286 DEL 13 GIU. 2019

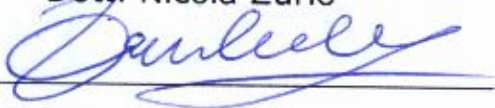
OGGETTO: riorganizzazione Area delle Cure Palliative e Terapia del Dolore -  
modifica e integrazione delibera n. 350 del 27.06.2012.

Il Direttore Generale f.f. adotta la seguente deliberazione in merito  
all'argomento emarginato in oggetto

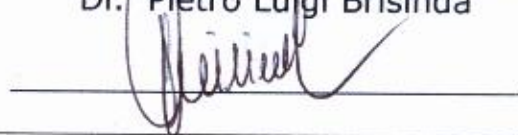
STRUTTURA PROPONENTE: DISTRETTO UNICO AZIENDALE

Il Direttore del Distretto Unico Aziendale propone al Direttore Generale f.f.  
l'adozione del presente atto del quale ha accertato la regolarità tecnico-  
procedurale

Il Responsabile del procedimento  
Dott. Nicola Zurlo



Il Direttore del D.U.A./Sostituto  
Dr. Pietro Luigi Brisinda



**PREMESSO:**

- che il DPCM del 12 gennaio 2017 (G.U. n. 65 del 18.03.2017 -Supplemento ordinario n.15) ha confermato la presenza delle cure palliative nei LEA;
- che detto DPCM all'art. 23, in merito alle cure palliative domiciliari, prevede che "Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della



vita. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale";

- che le Cure Palliative sono, ai sensi della legge 38/2010, art 2 comma 2: "l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici";

- che con decreto dirigenziale Regione Calabria n. 1423 del 04.03.2011, è stato istituito il comitato regionale per le cure palliative;

- che con decreto dirigenziale Regione Calabria n. 11162 del 06.09.2011 ha approvato le linee guida per l'attuazione della rete delle cure palliative;

- che con delibera n. 341 del 26.06.2012, l'ASP di Crotona ha preso atto delle suddette linee guida;

- che con delibera n. 350 del 27.06.2012, l'ASP di Crotona costituiva la "struttura aziendale per il coordinamento delle attività delle cure palliative";

- che il nuovo atto aziendale approvato con delibera n. 253 del 21.07.2016, prevede che il Distretto Unico Aziendale garantisce, nel rispetto degli atti di programmazione di livello regionale e aziendale, l'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito del PAT afferenti a diverse aree funzionali assistenziali, tra le quali vi è anche l'area delle cure Palliative e Terapia del Dolore;

- che il dr. Francesco Bossio ha elaborato un progetto dal titolo "Progetto di Rete Locale Cure Palliative per l'ASP di Crotona", allegato alla presente proposta, che fornisce un quadro specifico sull'importanza dell'aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali ed ospedalieri in riferimento alle cure palliative;

- RITENUTO che allo stato è necessario modificare e integrare la composizione della suddetta area funzionale, al fine di adeguarla al nuovo atto aziendale, nonché alle nuove esigenze assistenziali centrate sui bisogni del paziente e delle famiglie così come previsto dal citato DPCM del 12 gennaio 2017 partendo dalle risorse a disposizione, ottimizzandole, in vista di una riorganizzazione più organica e strutturale di tutto il settore che riguarda l'assistenza al malato fragile, cronico ed evolutivo per il quale non esistono terapie adeguate ed efficaci quoad vitam;

VISTI

- la legge n. 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";

- l'Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni



e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 sulle "linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore";

- il decreto dirigenziale Regione Calabria n. 1423 del 04.03.2011;
- il decreto dirigenziale Regione Calabria n. 11162 del 06.09.2011;
- la delibera n. 341 del 26.06.2012 - l'ASP di Crotona;
- la delibera n. 350 del 27.06.2012 - l'ASP di Crotona;
- l'Atto Aziendale dell'ASP di Crotona

#### PROPONE

per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente riportate e trascritte, di modificare e integrare la delibera n. 350 del 27.06.2012 e precisamente di indicare quali componenti dell'Area Funzionale delle Cure Palliative e Terapia del Dolore i seguenti dipendenti:

- medico coordinatore: dr. Francesco Bossio, specialista in Anestesia e Rianimazione con indirizzo in Terapia del Dolore;
- componente equipe socio-psico-pedagogica: dott. Carlo Sestito;
- infermiere: dott. Gianfranco Malena
- assistente sociale: dott.ssa Vincenza Ferramosca;
- unità amministrativa: Teresa Corrado.

Di allegare alla presente delibera il progetto elaborato dal dr. Francesco Bossio dal titolo: "Progetto di Rete Locale Cure Palliative per l'ASP di Crotona".

Notificare la copia del presente atto ai suddetti incaricati.

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario  
Il Direttore Generale f.f.

Vista la proposta di deliberazione su esposta che si intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta.

Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

Ritenuto di condividerne il contenuto

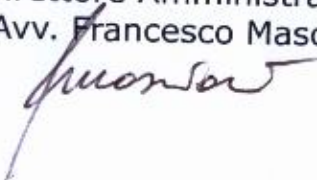
#### DELIBERA

di approvare la modifica e l'integrazione della delibera n. 350 del 27.06.2012 e precisamente di indicare quali componenti dell'Area Funzionale delle Cure Palliative e Terapia del Dolore i seguenti dipendenti:

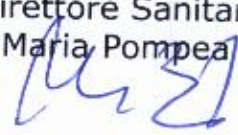
- medico coordinatore: dr. Francesco Bossio, specialista in Anestesia e Rianimazione con indirizzo in Terapia del Dolore;
- componente equipe socio-psico-pedagogica: dott. Carlo Sestito;
- infermiere: dott. Gianfranco Malena
- assistente sociale: dott.ssa Vincenza Ferramosca;
- unità amministrativa: Teresa Corrado.

Di allegare alla presente delibera il progetto elaborato dal dr. Francesco Bossio dal titolo: "Progetto di Rete Locale Cure Palliative per l'ASP di Crotone".  
Notificare la copia del presente atto ai suddetti incaricati.

Direttore Amministrativo  
Avv. Francesco Masciari



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Maria Pompea Bernardi



Il Direttore Generale f.f.  
Dott.ssa Maria Pompea Bernardi



UFFICIO AFFARI GENERALI  
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

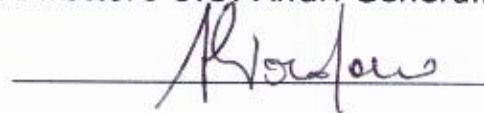
Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge  
all'Albo pretorio dell'Azienda in data 13 GIU. 2019 con  
protocollo n. 075

Crotone li, 18 GIU. 2019

Il Responsabile del procedimento

.....

Il Direttore U.O. Affari Generali





## Progetto di Rete Locale Cure Palliative per l'ASP di Crotona

A cura: dr. Francesco Bossio, specialista in Anestesia e Rianimazione con indirizzo in Terapia del Dolore

Le cure palliative, sono rivolte a pazienti affetti da patologie neoplastiche o da altre patologie in fase avanzata in cui non vi sono spazi terapeutici per modificare significativamente il decorso della patologia, e vi sia necessità di un supporto al caregiver e di un aiuto nella gestione dei trattamenti al fine di ottimizzare il controllo dei sintomi e migliorare la qualità della vita.

Le cure palliative mettono al centro della cura sia la persona malata che la sua famiglia. La complessità e la variabilità dei bisogni che il nucleo "paziente-famiglia" manifesta viene soddisfatta da una rete assistenziale che oltre ad essere composta da *setting* diversificati (assistenza domiciliare, ospedale, hospice) è costituita da un'équipe interprofessionale di operatori che, in maniera flessibile, personalizzata e competente si prendono cura di tutti i bisogni espressi ed inespressi del paziente-famiglia.

Contrariamente a quanto si ritiene nel linguaggio comune, "palliativo" non significa "medicamento o terapia che si limita a combattere provvisoriamente i sintomi di una malattia"; le "cure palliative" sono cure che, come un mantello (dal latino "pallium") abbracciano, per soddisfarli, tutti i bisogni non solo fisici, ma anche psicologici, affettivi, sociali, spirituali della persona malata.

La legge sulle cure palliative (L. 38/2010) definisce il malato terminale come: "la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita".

Si possono distinguere 3 criteri all'interno della definizione citata:

- Criterio terapeutico: assenza, esaurimento o inopportunità di trattamenti causali finalizzati al controllo della patologia (ad esempio chemioterapia o radioterapia per il cancro)
- Criterio sintomatico: presenza di sintomi invalidanti con riduzione dello stato funzionale (secondo l'indice di Karnofsky)<sup>1</sup>, caratterizzato da una progressiva perdita di autonomia (ingravescenti difficoltà di deambulazione, di cura di sé, incapacità a lavorare, allettamento, ecc...)
- Criterio evolutivo o temporale: evoluzione rapida della malattia. La fase terminale è quella condizione non più reversibile con le cure che, nell'arco di poche settimane o qualche mese, evolve nella morte del paziente.

---

<sup>1</sup> L'indice di Karnofsky, anche conosciuto come Karnofsky Performance Status scale (KPS), è un indice di valutazione funzionale di pazienti che misura su una scala di punteggi da 0 (morte del paziente) a 100 (massimo benessere del paziente) 4 variabili fondamentali: l'attività lavorativa, le attività quotidiane, la cura personale, e i sintomi o supporto sanitario. I pazienti definiti "in fase avanzata" hanno un punteggio dell'indice minore o uguale a 50.



Chi opera nelle cure palliative è consapevole dell'importanza di un approccio terapeutico-assistenziale che tenga conto non solo del paziente, ma anche delle persone a lui più vicine. I familiari sono in genere del tutto impreparati culturalmente e psicologicamente ad accompagnare chi sta morendo.

Tra i bisogni delle famiglie emerge la necessità di ricevere precise informazioni sui trattamenti e sui loro effetti collaterali per:

- sapersi occupare delle cure di tipo pratico e materiale. Questo aspetto fornisce gli strumenti per aumentare le capacità di gestire a casa il paziente e per il miglioramento delle condizioni emotive;
- confermare i familiari nel loro ruolo di supporto ed aumentare la loro fiducia ed autostima.

Oltretutto, l'essersi presi cura da vicino del congiunto ed il senso di competenza che ne deriva risultano tra i fattori che predispongono ad una risoluzione positiva del successivo periodo di lutto.

## La rete di cure palliative

Il decorso della malattia del malato inguaribile è molto irregolare, segnato da esigenze e necessità sempre diverse e nuove. Per questi motivi l'assistenza deve essere flessibile, attenta e rapida, al contrario del sistema ospedaliero incentrato sul paziente con problematiche acute, che risulta preparato a risposte spesso standardizzate e automatiche.

La Legge 38/2010 punta a dare nuovo impulso all'integrazione tra ospedale e territorio, soprattutto allo sviluppo dell'assistenza domiciliare.

La Regione Calabria attraverso il Dipartimento Tutela della Salute ha inteso fornire alle ASP calabresi delle linee guida per l'attuazione della rete delle cure palliative, distinguendo:

- un livello regionale (*Rete Regionale*) di indirizzo, controllo, formazione e promozione a cura del *Comitato Regionale degli interventi nell'ambito delle cure palliative*, formato da un'équipe di specialisti in cure palliative individuati dalle Direzioni delle ASP, delle A.O. e dall'Università.
- Un livello aziendale (*Rete di Cure Palliative Aziendale*) che prevede l'aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che operano in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale, nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale dei singoli componenti.



Attualmente non esiste una situazione regionale omogenea per quanto riguarda le reti locali di cure palliative. Accanto ad esperienze consolidate di UOCP (Unità Organizzativa di Cure Palliative) che coordinano l'erogazione di cure domiciliari sia a domicilio che in ospedale e negli Hospice, esistono situazioni di insufficiente offerta di cure palliative.

Tale risulta attualmente la situazione presso l'ASP di Crotone, nonostante gli sforzi di alcuni professionisti che nel corso degli anni hanno cercato di offrire la propria esperienza per dare risposta al crescente bisogno di cure adeguate nel malato complesso: oncologi sia del territorio che ospedalieri, anestesisti esperti in terapia del dolore (soprattutto a livello ospedaliero) e di operatori sanitari (medici e infermieri) delle Cure Domiciliari Integrate.

Si rende pertanto necessario costituire una rete di cure palliative che possa dare risposta ai bisogni del paziente e delle famiglie previste dai LEA (**Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm) del 12 gennaio 2017**), partendo dalle risorse a disposizione, ottimizzandole, in vista di una riorganizzazione più organica e strutturale di tutto il settore che riguarda l'assistenza al malato cronico ed evolutivo per il quale non esistono terapie adeguate ed efficaci *quoad vitam*.

Il percorso deve essere costruito centrando il modello organizzativo sui bisogni del malato e della famiglia, fortemente integrato (in modo da garantire la continuità delle cure), disponibile e flessibile a diversi setting di cura, ma privilegiando il domicilio come luogo ideale di cura, sicuro, efficiente ed appropriato in termini di costo-efficacia.

### **Fasi del percorso**

- 1. identificazione precoce del malato con bisogno di cure palliative**
- 2. La segnalazione e la condivisione di informazioni con gli altri operatori**
- 3. La Valutazione Multi-Dimensionale (VMD) e l'assegnazione al tipo di cure e al setting più appropriato: Domicilio vs Hospice**
- 4. La stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI)**
- 5. La rivalutazione multi-dimensionale periodica dettata dal progredire della malattia**
- 6. L'accompagnamento negli ultimi giorni di vita**
- 7. La visita di cordoglio e l'eventuale supporto al lutto**

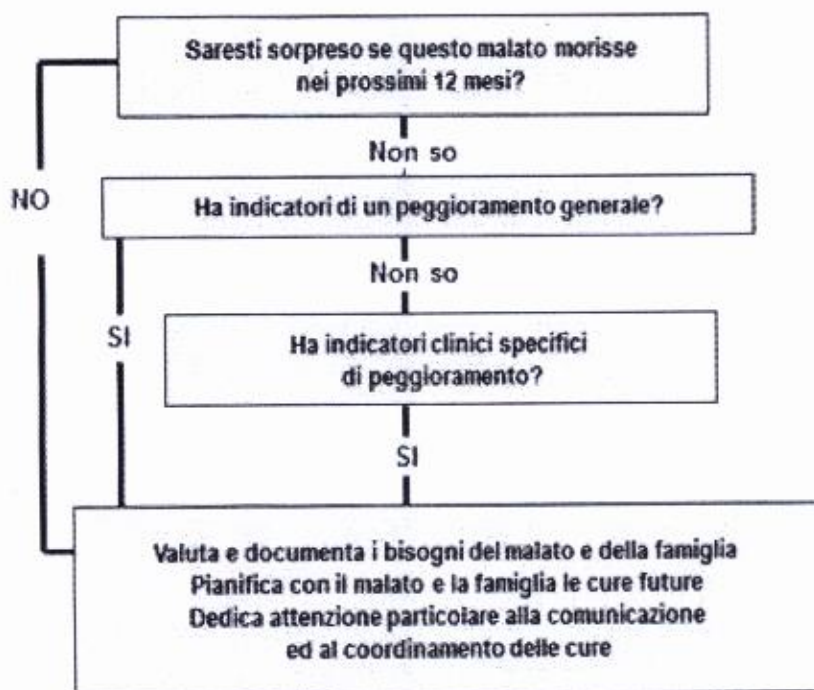
### **Identificazione precoce del malato cronico in fase avanzata con bisogni di Cure Palliative**

Tutti i medici devono essere in grado di riconoscere e segnalare i bisogni di cure palliative. Il medico curante (MMG) deve farsi carico prioritariamente del processo di identificazione precoce del paziente che ha in carico. Qualora il paziente sia ricoverato in ospedale anche il responsabile del reparto identifica gli eventuali bisogni di cure palliative.

Lo strumento idoneo per identificare i pazienti in stato avanzato-terminale che necessitano di cure palliative nell'ambito dei servizi sanitari e sociali è il NECPAL CCOMS – ICO TOOL (All. 1), che permette di identificare i pazienti con elevata probabilità di morire entro un anno, ivi inclusi i pazienti in condizioni di fine vita.

Tale strumento, attraverso la flow chart di seguito riportata valuta tre criteri:

- ▢ Criterio della domanda sorprendente
- ▢ Criteri generali di peggioramento
- ▢ Criteri specifici per singola patologia.



### La segnalazione e la condivisione di informazioni con gli altri operatori

La segnalazione viene accolta dall'Unità locale di Cure Palliative-ADI che valuta l'appropriatezza della richiesta di presa in carico del malato e della sua famiglia.

La segnalazione può essere effettuata:

- Dal MMG o dal Pediatra di libera scelta (PLS)
- Attraverso dimissione protetta dall'ospedale con valutazione palliativista
- Da un medico specialista
- Attraverso accesso diretto da parte del malato o del caregiver
- Attraverso segnalazione dei servizi sociali
- Attraverso segnalazione dell' Infermiere delle Cure Domiciliari Integrate (ex ADI)



## **La Valutazione Multi-Dimensionale (VMD) e l'assegnazione al tipo di cure e al setting più appropriato: Domicilio vs Hospice**

La VMD è parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona e si configura come un'operazione dinamica e continua che segue il paziente nel suo percorso, esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale-ambientale. Dalla VMD si ricavano gli obiettivi realisticamente raggiungibili, le risorse necessarie il setting di cura (domicilio o hospice).

## **La stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI)**

Il PAI è un documento che definisce un progetto assistenziale che viene condiviso con l'equipe multidisciplinare e multiprofessionale di Cure Palliative, a seguito della valutazione basata sull'analisi attenta dei bisogni della persona e della famiglia. Il PAI riporta la valutazione multidimensionale, gli obiettivi terapeutico-assistenziali e il monitoraggio nel tempo.

## **La rivalutazione multi-dimensionale periodica dettata dal progredire della malattia**

Il percorso assistenziale di Cure Palliative per uno stesso malato può essere caratterizzato da differenti livelli di intensità assistenziale domiciliare e da differenti setting assistenziali. È fondamentale una rivalutazione multidimensionale periodica che si colloca in genere ogni volta che si manifesti un nuovo peggioramento con necessario aggiornamento del PAI.

## **L'accompagnamento negli ultimi giorni di vita**

Negli ultimi giorni di vita ci sono bisogni che necessitano di essere identificati e soddisfatti. Occorre prestare maggiore attenzione al contesto (famiglia), astenersi da accanimento diagnostico e terapeutico (prelievi, idratazione, alimentazione), concentrarsi sul controllo dei sintomi soprattutto dolore e dispnea, non trascurare i bisogni spirituali.

## **La visita di cordoglio e l'eventuale supporto al lutto**

La prevenzione del cosiddetto "lutto patologico" deve iniziare ben prima degli ultimi giorni di vita, tuttavia, fare una visita al domicilio della famiglia (la cosiddetta visita di cordoglio) il più presto possibile dopo la morte del paziente per ricordare al paziente/parente che lo si continua ad aiutare e gli si è vicini rafforza il rapporto con la famiglia, testimonia che gli operatori sono ben presenti ed ha un effetto rassicurante per il futuro.

Entro i primi tre mesi (periodo a maggior rischio di sviluppare lutto patologico) è appropriato programmare una visita generale nella quale dare la possibilità al familiare di esprimere le proprie paure ed emozioni represses e spiegare le caratteristiche "normali" del lutto.



