

A.G.C. 20 - Assistenza Sanitaria - **Deliberazione n. 449 del 25 marzo 2010 – Approvazione: Progetto di collaborazione tra ASL AV - Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei Tumori G.Pascale di Napoli e Centro Oncologico di Mercogliano (CROM) per la istituzione di una struttura di ricovero integrata ospedale-territorio tipo Hospice, per la terapia del dolore e le cure palliative di malati oncologici terminali"**

PREMESSO

- che la legge 26/02/99 n. 39 prevede che ciascuna Regione realizzi una o più strutture denominate "Centri residenziali per cure palliative – hospice" ubicate nel territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie;
- che a tale previsione la Regione assicuri una rete di integrazione delle attività residenziali hospice con i servizi esistenti sul territorio preposti alle cure palliative per l'assistenza ai pazienti terminali;
- che con decreto del Ministero della Sanità 28/09/99 è stato adottato il programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative, che attribuiva alla Regione Campania un finanziamento di L. 19.800.080.989-;
- che con D.G.R. 4408 del 26/09/2001 è stato approvato il documento di programma regionale per la "Realizzazione dei centri residenziali di cure palliative – hospice con la relativa rete di assistenza domiciliare";
- che con la predetta deliberazione è stato, inoltre, impegnato l'importo di L. 16.505.000.000- per finanziare il "Programma per la realizzazione della rete di assistenza ai malati terminali, prioritariamente per i pazienti affetti da patologie neoplastiche, tra i centri residenziali hospice- ed i servizi e le strutture esistenti sul territorio di terapia del dolore e cure palliative";
- che con successivo decreto del Ministero della Sanità 05/09/2001 è stato attribuito alla Regione Campania un ulteriore finanziamento pari a L. 11.079.233.345- pari ad € 5.721.946,52;
- che con D.G.R. 5509 del 15/11/2002 sono stati approvati i progetti per la realizzazione di Hospice previa valutazione della Commissione Regionale per le cure palliative e tra questi il progetto presentato dall' IRCCS Pascale di Napoli con posti letto 11 con un finanziamento di Euro 1.621.483,31

ATTESO

che con nota 0012582 del 24.3.2010 il Commissario straordinario della ASL Avellino ha presentato un progetto denominato " Progetto di collaborazione tra Azienda sanitaria locale di Avellino – Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori G.Pascale di Napoli e Centro di Ricerche oncologiche di Mercogliano (CROM) per la istituzione di una struttura di ricovero integrata ospedale-territorio tipo Hospice, per la terapia del dolore e le cure palliative di malati oncologici terminali;

VALUTATO

- che il progetto risponde pienamente alle esigenze del sistema sanitario regionale aderendo perfettamente alle indicazioni dei Piani sanitari regionali vigenti nonché alle indicazioni del Piano sanitario nazionale;
- che non esistono allo stato attuale analoghi progetti in corso o proposti alla Regione Campania;
- che la spesa appare congrua ed in linea con gli obiettivi del progetto stesso;

propone e la Giunta a voto unanime

DELIBERA

per i motivi espressi in premessa che qui si intendono integralmente riportati

-di approvare il progetto denominato “progetto di collaborazione tra Azienda sanitaria locale di Avellino – Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori G.Pascale di Napoli e Centro di Ricerche oncologiche di Mercogliano (CROM) per la istituzione di una struttura di ricovero integrata ospedale-territorio tipo Hospice, per la terapia del dolore e le cure palliative di malati oncologici terminali

- di stabilire che l'acquisizione di risorse umane per la realizzazione del progetto avvenga nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia nonché dei provvedimenti adottati dal Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro;

- di appostare la somma di euro 300.000,00 sul capitolo di bilancio 7092 UPB 4.15.38 esercizio finanziario 2010 che presenta sufficienti disponibilità;

- di trasmettere la presente delibera all'Area 20 per i provvedimenti di conseguenza

- di trasmettere la presente delibera al BURC per la successiva pubblicazione

Il Segretario
Cancellieri

Il Presidente
Bassolino



ASL

PROGETTO DI COLLABORAZIONE TRA AZIENDA SANITARIA LOCALE di
AVELLINO – ISTITUTO NAZIONALE PER LO STUDIO E LA CURA DEI
TUMORI “G. PASCALE” di NAPOLI E CENTRO DI RICERCHE
ONCOLOGICHE di MERCOGLIANO (CROM) PER L’ISTITUZIONE DI UNA
STRUTTURA DI RICOVERO INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO, TIPO
“HOSPICE”, PER LA TERAPIA DEL DOLORE E LE CURE PALLIATIVE DI
MALATI ONCOLOGICI TERMINALI

INTRODUZIONE

La realizzazione del Programma Hospice è la traduzione operativa di quella filosofia del prendersi cura che pone al centro del suo interesse il paziente in condizioni terminali e la sua famiglia, e che sposta l'attenzione dal **TO CURE= CURARE**(il medico fa qualcosa **al** paziente) al **TO CARE=AVER CURA**(il medico fa qualcosa **con** il paziente).

Tale programma si articola in una serie di interventi finalizzati a migliorare la qualità di vita residua del malato terminale, soddisfacendo le sue necessità assistenziali e curative e supportando quanti di lui si occupano, famiglia o altro contesto, durante tutto il periodo della terminalità per giungere fino all'elaborazione del lutto.

L'attenzione del presente progetto è, al momento focalizzata sui malati neoplastici.

Nel nostro paese ogni anno ammalano di cancro circa 300.000 persone ,delle quali approssimativamente il 50 % guarisce,

mentre il rimanente ,fin dalla diagnosi o dopo un periodo di malattia più o meno lungo, va incontro alla cosiddetta fase di terminalità.

La terminalità dei malati di tumore si caratterizza per una mancata risposta alle terapie specifiche, per la compromissione di uno o più organi vitali ed una conseguente aspettativa di vita ridotta a pochi mesi.

E' importantissimo saper riconoscere la terminalità neoplastica in quanto le cure antitumorali specifiche in questa fase non solo sono inutili ma spesso anche dannose, mentre diventa di fondamentale importanza un approccio globale ai problemi del malato, per assicurargli la miglior qualità di vita residua possibile.

Quando un paziente dopo mesi o anni di cure che oltre a prolungare la sopravvivenza hanno mantenuta viva la speranza della guarigione, si trova nella condizione di non responsività alle terapie specifiche, giunge al limite oltre il quale questa speranza si annulla.

Sovente, in questa fase di storia clinica della malattia viene riconsegnato ad una famiglia ansiosa, soverchiata dal senso di incapacità anche perchè impreparata, senza aiuto, in un labirinto di difficoltà organizzative, assistenziali, psicologiche,

sociali e morali in cui l'evento morte non è solo una linea di confine ma un territorio così impervio e sconosciuto che neanche il medico sa valutare quanto lontano sia il confine.

E' a questo punto che trova giustificazione la realizzazione di un programma Hospice che congiuntamente al paziente ed alla famiglia tracci una mappa del territorio umano ed assistenziale da attraversare decidendo la strada più adatta da seguire, prevedendo le difficoltà che si potranno incontrare, i luoghi di sosta, la collocazione delle risorse e gli ausili necessari. secondo un concetto **rivoluzionario**, moderno, e nel contempo che attinge al senso più antico e originale di intendere la medicina, la quale non interpreta la morte come un evento isolato e separato dall'habitat entro il quale si svolge l'esistenza, ma

come realtà che riguarda tutta la persona e la famiglia, di una nuova medicina che si rende consapevole che curare non significa solo e sempre guarire, ma prendersi cura di.

Il termine Hospice deriva dal latino Hospitium e ne riprende idealmente l'immagine: rappresenta, cioè, un luogo di accoglienza, dove il malato e la sua famiglia sono benvenuti, curati ed assistiti, come il pellegrino era accolto negli antichi ostelli medioevali che sorgevano lungo il percorso dei lunghi pellegrinaggi. Il primo Hospice per la cura degli inguaribili fu costruito da Madame Cycles Saunders, nel 1967, in un sobborgo di Londra.

Gli hospice, pertanto, sono definiti "Centri residenziali di cure palliative, facenti parte della rete assistenziale ai malati terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di malati affetti da malattie progressive ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è più possibile. Il ricovero negli Hospice è destinato per lo più a malati affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto".

L'Hospice non è il luogo dove i malati terminali vanno a morire, né tantomeno una lunga degenza, ma si pone come una struttura residenziale dedicata per ospitare quei pazienti che temporaneamente hanno bisogno di assistenza più intensa:

- 1) per la risoluzione di problemi "acuti" che non trovano soluzione al domicilio;
- 2) per inadeguatezza dello stesso domicilio;

- 3) per la mancanza di un nucleo familiare in grado di far fronte a situazioni impegnative;
- 4) per la drammaticità della sintomatologia;
- 5) per volontà espressa del paziente;
- 6) per interventi di "respite care" alla famiglia.

L'intento del ricovero in Hospice è quello di risolvere questi problemi contingenti e di favorire il reinserimento del paziente nel proprio contesto familiare, ogniqualvolta questo sia possibile.

L'Hospice è un luogo dove prevalgono le cure High Touch (versus quelle High Tech), che non si identificano con cure scarsamente professionali, ma anzi prevedono una formazione specifica ben precisa ed altamente motivata.

Ciò che in sostanza caratterizza l'originalità del programma Hospice è l'applicazione di una serie di interventi che si possono riassumere in:

- 1) cura ed assistenza
- 2) informazione e comunicazione
- 3) sostegno alla famiglia
- 4) sostegno nelle fasi precedenti e successive al decesso
- 5) gestione e verifica della qualità
- 6) formazione interna/esterna
- 7) ricerca scientifica

Sulla base di questi contenuti,

l'Azienda Sanitaria Locale di Avellino, l' Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori "G. Pascale" di Napoli e CROM (Centro di Ricerche Oncologiche di Mercogliano), al fine di:

- contribuire all'attivazione di una rete territoriale di assistenza ai pazienti terminali;
- garantire un'assistenza mirata al controllo del dolore e degli altri sintomi di malattia, improntata al rispetto della dignità, dei valori umani, spirituali e sociali di ciascuno di essi;
- garantire il sostegno psicologico e sociale del malato e dei suoi familiari;
- ottenere una riduzione significativa e programmata dei ricoveri impropri in ospedale

concordano

di dare vita, nell'ambito territoriale del comune di Solofra, ad una struttura sanitaria dedicata alla terapia del dolore e alle cure palliative di malati terminali, che si interfacci, da un lato, con le degenze per acuti, riducendo così i ricoveri impropri, dall'altro, con il territorio e l'assistenza domiciliare, per le finalità innanzi enunciate.

A tal fine:

- l'ASL Avellino si impegna a garantire la presenza quotidiana di tutte le figure professionali necessarie per il buon svolgimento dell'attività di che trattasi, affinché non si abbiano a verificare interruzioni del servizio, accollandosene la gestione operativa ed adottando ogni iniziativa necessaria a garantire il corretto svolgimento dell'attività stessa.

Saranno a carico dell'ASL le spese inerenti l'erogazione dell'assistenza farmaceutica, i farmaci per la nutrizione ed i presidi medico-chirurgici, le spese per utenze e la gestione ordinaria, comprese guardiana e pulizia e vitto.

- l'Istituto dei Tumori assicurerà la Direzione ed il coordinamento della Struttura, comprese la valutazione dei requisiti d'accesso, la verifica costante dell'attinenza dei protocolli assistenziali e la verifica della qualità e provvederà alla formazione, al tirocinio e all'aggiornamento continuo del personale

- il CROM provvederà alla progettazione ed al coordinamento dell'attività scientifica, mediante l'attivazione di un'apposita linea di ricerca che porti allo sviluppo di progetti nel campo della terapia del dolore e delle cure palliative, anche mediante l'individuazione di nuovi partnership nazionali ed internazionali.

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

- L'art.3 quinquies del Decreto legislativo del 30/12/92 n.502, come modificato dal decreto legislativo del 19/6/1999 n.229, ha attribuito all'ambito distrettuale e territoriale i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, ivi inclusa l'assistenza domiciliare integrata;

- Il D.M. n.450/98, convertito con modificazioni con la Legge n.39/99, detta disposizioni per

assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 attraverso la

“realizzazione di strutture per le cure palliative per i malati terminali, finalizzate ad assicurare una

migliore qualità della loro vita e dei loro familiari”;

- Il Decreto del Ministero della Salute del 28/9/1999 ha approvato il “Programma nazionale per

la realizzazione di strutture per le cure palliative”;

- L'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 19 Aprile 2001 ha approvato il documento

“Linee Guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le Cure Palliative;

- Il Decreto del Ministro della Salute del 5 dicembre 2006 propone “la variazione dei modelli di

rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie”;

- Il D.M. del 5 dicembre 2006 modifica i precedenti provvedimenti in materia di

flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle

aziende ospedaliere, constatata la necessità di adeguare ed integrare l'acquisizione dei dati

per finalità di programmazione, di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza e di

governo della spesa sanitaria;

- Con DGRC n. 4408 del 26/9/2001 la Regione Campania ha approvato il documento di Programma Regionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali;

- con DGRC 3329 del 21/11/2003 la Regione Campania ha approvato le "Linee Guida per

l'attivazione della rete integrata di Assistenza ai Malati Terminali tra gli Hospice, i Servizi e le

strutture esistenti sul territorio preposti alle Cure Palliative";

- con DGRC n.460/2007 la Regione Campania ha approvato il Piano di Rientro del disavanzo e di

riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale, ai fini della sottoscrizione

dell'Accordo tra Stato e Regione Campania, ai sensi dell'art.1 comma 180 della legge 311/2004;

- il DPCM del 29/11/2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza” che ha garantito

l'erogazione dell'Assistenza programmata a domicilio e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADP e

ADI) e ha stabilito le singole tipologie erogative di carattere socio-sanitario;

- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che ha rafforzato la tutela dei soggetti fragili, tra cui gli

anziani e i soggetti nella fase terminale della vita;

- il decreto del Ministro della Salute 22 febbraio 2007 n.43, recante regolamento di “Definizione

degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo”, in attuazione

dell'art.1, comma 169, della legge n.311 del 30/12/2004.

Questo progetto, pertanto, si pone nello scenario delineato dagli ultimi Piani Sanitari Regionale e Nazionale.

In particolare, giovi ricordare che il P.S.N.1998-2000 prevedeva la creazione di una Rete di Cure palliative,esplicitata nel D.L.450/98 convertito in Legge 39/99,che stabilisce i componenti della Rete di assistenza come:

-assistenza ambulatoriale;

-assistenza domiciliare integrata;

-assistenza domiciliare specialistica;

-ricovero ospedaliero in regime ordinario o di Day Hospital;

-assistenza residenziale negli Hospice, coerentemente con le raccomandazioni della Consensus Conference della Società Italiana di Cure Palliative"Realizzare le Cure Palliative in Italia".

La Commissione Ministeriale sulle Cure Palliative, nel suo documento di indirizzo e coordinamento, ha dato questa definizione di Cure Palliative:

"Le Cure Palliative sono la cura attiva, globale e multidisciplinare dei pazienti affetti da malattia che non risponde più a trattamenti specifici e di cui la morte è diretta conseguenza. Il controllo del dolore, dei sintomi, e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle Cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità possibile di vita per i pazienti e per le loro famiglie".

Le cure palliative :

- affermano la vita e considerano il morire un evento naturale
- non accelerano né ritardano la morte
- provvedono al sollievo dei sintomi
- integrano gli aspetti spirituali, sociali, psicologici dell'assistenza
- offrono supporti per aiutare i pazienti a vivere il più attivamente possibile fino alla morte
- offrono assistenza alla famiglia durante la malattia ed il lutto."

Il modello organizzativo delle cure palliative deve pertanto assicurare:

- la possibilità di intervenire in ambiti diversi:a domicilio,in ospedale,in strutture di tipo residenziale
- l'erogazione di tipologie assistenziali diversificate:assistenza domiciliare,ambulatorio,D.H.,ricovero ordinario,...
- mantenimento della continuità assistenziale(accesso unico ai servizi)
- coordinamento con i servizi sociali
- collaborazione organica con le risorse formali ed informali esistenti:associazioni di volontariato,rete amicale,e parentale
- raggiungimento del rapporto ottimale costi-benefici
- riduzione dei ricoveri incongrui e delle giornate di degenza
- mantenimento dei livelli essenziali di assistenza
- verifica e valutazione della qualità dei servizi offerti e dei risultati
-

Criteri di accesso all'hospice

All'hospice accedono i malati, affetti da una malattia progressiva e in fase avanzata, in rapida evoluzione e con prognosi infausta, non più suscettibili di cure finalizzate alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia, in base ai seguenti criteri:

- limitata aspettativa di vita, stimata (sulla base di indicatori prognostici validi scientificamente e in base all'esperienza, scienza e coscienza dell'equipe curante) non superiore ai sei mesi;
- elevato livello di necessità e/o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di "fragilità";
- impossibilità di attuare cure domiciliari palliative, per problematiche di tipo sanitario e/o sociale.

Si tratta di persone con bisogni assistenziali complessi, che richiedono un elevato livello di competenze professionali da parte di personale specializzato ed un elevato indice di rapporto tra numero di componenti l'equipe e ciascun paziente ricoverato, in quanti i malati possono avere ridotta autonomia funzionale e/o dello cognitivo.

L'hospice deve perciò essere inteso come una struttura ad elevata intensità assistenziale, non da un punto di vista delle dotazioni di tecnologia sanitaria, quanto piuttosto in rapporto ai servizi alla persona e all'umanizzazione degli interventi assistenziali e dei luoghi di cura; deve garantire la dignità ed il rispetto dell'essere umano, e deve rappresentare un'estensione del domicilio quando, per differenti motivi, primo la volontà del malato, l'assistenza a casa non è possibile definitivamente o temporaneamente; deve prevedere, ovunque possibile, la dimissione al domicilio del paziente e può fornire anche assistenza tipica del ricovero "di sollievo".

Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative

Nelle more della revisione degli standard di qualità necessari per l'accreditamento definitivo delle strutture, da attuarsi ai sensi dell'art. 7 della Legge regionale n. 10/2006, gli standard di seguito riportati sono definiti sulla base delle indicazioni contenute nel DPCM del 20 gennaio 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative", opportunamente adattati per consentire l'aderenza degli standard con i provvedimenti regionali di indirizzo già in essere, in materia di strutture residenziali sanitarie. Per quanto non specificato si rimanda alle disposizioni contenute nella deliberazione della Giunta Regionale n. 26/21 del 4 giugno 1998.

Requisiti minimi strutturali.

3.1.1 Localizzazione.

La localizzazione è individuata preferibilmente nell'ambito di una struttura sanitaria o di un complesso residenziale sanitario o socio-sanitario, anche con edificio specificamente dedicato. In ogni caso la localizzazione dovrà avvenire in zona urbana o urbanizzata, protetta dal rumore cittadino e con buoni collegamenti con il contesto urbano, in modo da favorirne l'accessibilità da parte dei familiari e dei parenti. Nel caso di impossibilità di eliminare il rumore, esso deve essere opportunamente abbattuto.

3.1.2 Dimensioni generali.

Le esigenze di elevata personalizzazione dell'intervento rendono necessaria una capacità recettiva limitata, non inferiore a 8 e non superiore a 30 posti, eventualmente articolata in moduli.

3.1.3 Tipologia strutturale e articolazione in aree funzionali.

La tipologia strutturale adottata deve garantire il rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari mediante una articolazione spaziale utile a creare condizioni di vita simili a quelle godute dal paziente presso il proprio domicilio. Deve essere permessa la personalizzazione delle stanze. La qualità degli spazi progettati deve facilitare il benessere ambientale, la fruibilità degli spazi e il benessere psicologico.

L'articolazione funzionale del Centro dovrà includere le seguenti aree:

- A) area destinata alla residenzialità;
- B) area destinata alla valutazione e alle terapie;
- C) area generale di supporto.

Area destinata alla residenzialità

Ogni modulo deve essere dotato di:

- a) di camere singole, in almeno il 70% delle camere totali di degenza, di dimensioni tali da permettere la permanenza notturna di un accompagnatore, un tavolo per consumare i pasti, una poltrona, i servizi igienici. Nella camera arredata si deve assicurare lo spazio adeguato per interventi medici;
- b) cucina-tisaneria;
- c) deposito biancheria pulita;
- d) deposito attrezzature, carrozzine e materiali di consumo;
- e) servizi igienici per il personale;
- f) locale di postazione per il personale di assistenza in posizione idonea;
- g) ambulatorio mediceria;
- h) soggiorno polivalente o spazi equivalenti anche divisi in ambiti da destinare a diverse attività (ristorazione, conversazione, lettura ecc.);
- i) deposito sporco dotato di vuotatoio e di lavapadelle.

B. Area destinata alla valutazione e alla terapia:

- a) locali e attrezzature per terapie antalgiche e prestazioni ambulatoriali, con spazio per l'attesa che non intralci i percorsi;
- b) locale per la preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali;
- c) locali per le prestazioni in regime diurno;
- d) locale per i colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale ecc.);
- e) locale deposito pulito, sporco e attrezzature.

C. Aree generali di supporto.

Le aree generali di supporto devono includere:

- a) ingresso con portineria e telefono e spazio per le relazioni con il pubblico;
- b) spogliatoio del personale con servizi igienici;
- c) spogliatoio e locali di sosta e lavoro per il personale volontario;
- d) locale per riunioni di équipe.

Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura o in un complesso residenziale sanitario o socio-sanitario, le aree generali devono includere:

- a) camere mortuarie;
- b) sala per il culto e spazio per i dolenti;
- c) locale per uso amministrativo;
- d) cucina, dispensa e locali accessori per lavanderia e stireria (qualora questi servizi venissero dati in appalto, il Centro dovrà comunque essere dotato di locali di stoccaggio o di temporaneo deposito o di riscaldamento dei cibi, di supporto alle ditte esterne);
- e) magazzini.

3.2. Requisiti minimi tecnologici.

3.2.1 Requisiti minimi impiantistici.

Il Centro deve essere dotato di:

- a) impianto di riscaldamento o di climatizzazione
- b) impianto di illuminazione di emergenza;
- c) impianto di forza motrice nelle camere con almeno una presa per l'alimentazione normale;
- d) impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- e) impianto gas medicali: prese per il vuoto, per l'ossigeno e l'aria;
- f) impianto telefonico con disponibilità di telefoni fissi e mobili per i pazienti in ogni modulo;
- g) impianto televisivo.

3.2.2 Fattori di sicurezza e prevenzione infortuni:

- a) pavimenti in materiale e superficie antisdrucciolo;
- b) assenza di barriere architettoniche;
- c) applicazione di sostegni e mancorrenti in vista alle pareti e ai servizi igienici;
- d) dotazione di sistema di allarme nelle camere e nei servizi igienici per i pazienti;
- e) impianto centralizzato di segnalazione delle chiamate;
- f) segnaletica di informazione diffusa.

3.2.3 Dotazioni tecnologiche:

- a) arredi, comprendenti letti speciali con schienali regolabili;
- b) ausili e presidi, includenti materassi e cuscini antidecubito, carrozzelle, sollevatori trasportatori,

barelle-doccia, vasche da bagno per disabili;

c) apparecchiature, includenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per

piccola chirurgia.

3.3. Requisiti minimi organizzativi.

Il Centro residenziale di cure palliative è funzionalmente integrato con la rete di assistenza ai pazienti terminali. La temporanea degenza del paziente costituisce parte del progetto terapeutico formulato per ciascun paziente che prevede momenti differenziati all'interno di un continuum assistenziale. Il Centro residenziale di cure palliative, per la programmazione e la erogazione delle prestazioni si avvale di equipe multiprofessionali costituite dalle seguenti figure professionali:

- medico specialista,
- infermiere,
- psicologo,

- operatore socio-sanitario (OSS),
- assistente sociale,
- fisioterapista,
- assistente spirituale,

e altre figure professionali individuate in base alle esigenze specifiche. Il personale dovrà essere adeguato per numero e tipologia in relazione alla dimensione della struttura, e ne va favorita la formazione specifica. Il responsabile del Centro residenziale di cure palliative promuove la

personalizzazione dell'assistenza anche mediante riunioni periodiche di equipe finalizzate alla definizione, alla verifica ed alla eventuale rimodulazione del piano terapeutico nonché alla verifica e alla promozione della qualità dell'assistenza. Va assicurata l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino.

L'assistenza deve essere erogata su sette giorni/settimana e deve prevedere:

- l'assistenza medica sulle 24 ore;
- la presenza continuativa nelle 24 ore dell'infermiere e dell'OSS.

Nell'organizzazione del Centro va promossa e valorizzata la presenza e la collaborazione di associazioni di volontariato operanti nel settore.

4. Fabbisogno regionale delle prestazioni di hospice

La prima rilevazione ufficiale del Ministero della Salute sul numero degli Hospice e sulla dotazione di posti letto "Il rapporto "Hospice in Italia 2006 – Prima rilevazione ufficiale" ha evidenziato una notevole variabilità interregionale nello stato di realizzazione della rete degli Hospice e, più in generale, della rete per le cure palliative. Il rapporto rileva un andamento decrescente da Nord a Sud per quanto riguarda il numero degli hospice attivi e da attivare e nel numero di posti letto.

La Società Italiana di Cure Palliative ritiene che il numero ottimale per poter assistere anche i malati non oncologici in fase avanzata e terminale è di almeno 0,6 posti letto/10.000 residenti.

In regione Campania il "progetto Hospice" è ancora in una fase di iniziale attuazione, con un'offerta di posti letto molto inferiore ai bisogni: deve essere privilegiata l'attivazione di nuovi posti letto di hospice in strutture pubbliche, per favorire la continuità dell'assistenza dei programmi di cura dei malati

terminali, l'integrazione con le cure domiciliari e il riferimento con unità organizzative specialistiche ospedaliere.

5. Remunerazione delle prestazioni di hospice

L'hospice è una struttura residenziale caratterizzata da una elevata intensità assistenziale, non per le dotazioni di tecnologia sanitaria, quanto piuttosto in rapporto ai servizi alla persona e all'umanizzazione degli interventi assistenziali; non è prevista alcuna quota di compartecipazione da parte del malato o del comune di residenza.

6. Fornitura di farmaci e presidi

L'erogazione dell'assistenza farmaceutica è effettuata nel rispetto della vigente normativa in materia di appropriatezza prescrittiva, piani terapeutici, note AIFA e farmacovigilanza con particolare riferimento alla segnalazione di reazioni avverse.

L'assistenza farmaceutica è riferita:

- a) all'erogazione delle specialità medicinali, farmaci generici e prodotti galenici relativi alle patologie presentate dal soggetto ospite;
- b) all'erogazione dei dispositivi e del materiale di consumo necessari alla somministrazione dei medicinali (deflussori, aghi a farfalla, cerotti, cotone, garze, ecc.);
- c) all'erogazione dei farmaci per la nutrizione artificiale (parenterale ed enterale) e i presidi medico-chirurgici, questi ultimi costituiti da: pompe elastomeriche, cateteri peridurali e spinali, cateteri venosi centrali, sonde gastrostomiche, placche per stomie e relative buste e presidi per il trattamento delle piaghe da decubito.

7. Modalità di accesso e presa in carico

L'accesso alle prestazioni erogate in hospice è regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza. I malati hanno diritto di scegliere il luogo di cura, nell'ambito delle diverse opzioni offerte dalla rete delle cure palliative della Regione.

I malati possono accedere alle prestazioni di hospice provenendo da qualsiasi regime assistenziale, previo colloquio iniziale e valutazione dei requisiti d'accesso.

La degenza del paziente in hospice costituisce parte del progetto terapeutico formulato per ciascun malato che comprende momenti differenziati all'interno di un continuum assistenziale e deve prevedere, ovunque possibile, le dimissioni del paziente a domicilio.

8. Indicatori e Standard di assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo

Il Decreto ministeriale 22 febbraio 2007 n. 43 ha definito gli standard qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali.

“HOSPICE SOLOFRA”

Il nostro progetto prevede una struttura di 12 posti letto in stanze singole con arredi personabilizzabili e letto aggiunto per agevolare la presenza di un familiare.

La tipologia strutturale adottata garantisce il rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari mediante una articolazione spaziale utile a creare condizioni di vita simili a quelle godute presso il proprio domicilio.

La qualità degli spazi facilita il benessere ambientale, la fruibilità degli spazi, il benessere psicologico.

L'articolazione funzionale del centro rispetta i Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative, così come riportato in precedenza e che, pertanto, si ritengono integralmente applicati nell'Hospice di cui al presente progetto.

Non si è ritenuto necessario predisporre una sala operatoria, perché l'invasività è minima (toracentesi, paracentesi, posizionamento di accessi venosi) e può essere effettuata al letto del paziente.

Anche le indagini diagnostiche sono molto limitate, soprattutto sono di regola evitate quelle invasive. L'utilizzo dei servizi è orientato soprattutto alla diagnostica di laboratorio di base (ematologia, biochimica, batteriologia) alla diagnostica radiologica

di 1° livello (Rx torace, Rx segmenti ossei, Rx tubo digerente) all'ecografia, alla diagnostica elettrocardiografia.

- per ciò che attiene ai servizi di diagnostica, farmacia, cucina e lavanderia, nonché per le figure professionali di nutrizionista, fisioterapista, assistente sociale e assistente spirituale, si ritiene che possano essere utilizzati quelli dell'adiacente ospedale.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Le figure professionali che si ritiene debbano essere coinvolte nel percorso assistenziale, in considerazione della tipologia e del numero dei pazienti assistiti e delle caratteristiche della struttura stessa, sono:

- n. 1 medico, preferibilmente specialista in Anestesia e Rianimazione, comunque con esperienza documentata nell'assistenza palliativa ai malati oncologici, presente, con solo turno mattutino dal lunedì al sabato (dalle ore 16.00 alle ore 8.00 dei giorni feriali e nei giorni festivi dovrà essere prevista una pronta disponibilità medica, identificabile con il medico di guardia dell'attiguo ospedale).

Compiti del medico:

- **organizzazione** del lavoro **per obiettivi**
- utilizzo di **cartella clinica** e strumenti per la valutazione dello stato psicofisico del paziente
- impiego di **protocolli scritti** per il trattamento dei sintomi
- **formulazione** e rivalutazione periodica del **piano di intervento**
- **riunioni periodiche** con l'equipe
- definizione di **procedure** per **accettazione e dimissione** del malato, per la **comunicazione**, per preparazione e **supporto al lutto**, per la prevenzione del **Burn-out**

n. ore settimanali di personale medico: 36

(= 30 minuti/paziente per giorno)

- n. 1 psicologo, presente, con solo turno mattutino dal lunedì al sabato.

Compiti dello psicologo:

- **sostegno** al morente, alla famiglia e all'equipe
- formazione
- **ascolto e comunicazione**
- **gestione delle dinamiche** all'interno del gruppo e tra equipe, malato e famiglia
- analisi e prevenzione del **burn-out**
- **supervisione dell'evento luttuoso**

n. ore settimanali di personale specialista in psicologia: 36

(= 30 minuti/paziente per giorno)

- n. 1 coordinatore infermieristico (**ore settimanali: 36**)
- n. 5 infermieri turnisti, per assicurare la continuità assistenziale
- n. 1 infermiere "fuori turno", da impiegare nelle ore mattutine

Compiti degli infermieri:

- **organizzazione** del lavoro per **obiettivi**
- utilizzo di **cartella infermieristica**
- impiego di **protocolli scritti** per il trattamento dei sintomi
- **gestione** del paziente privo di **conoscenza**
- **gestione** del **catetere vescicale**
- prevenzione e trattamento dei **decubiti**
- **medicazioni**
- **igiene del cavo orale**

n. ore settimanali di personale infermieristico: ore 36x6 = **ore 216** (= 180 minuti/paziente per giorno)

- n. 10 OSS, con copertura delle 24 ore

Compiti degli OSS:

- **organizzazione** del lavoro per **obiettivi**
- **igiene del malato**
- **mobilizzazione**
- **igiene del cavo orale**

- **alimentazione**
- **sanificazione dell'ambiente**

n. ore settimanali di personale OSS: ore 36x10 = **ore 360**
(= 180 minuti/paziente per giorno)

- **n. 10 volontari** (dovranno essere previste collaborazioni con associazioni del volontariato operanti sul territorio)

COSTI DI GESTIONE

Tenuto conto di quanto riportato in premessa, circa l'attribuzione della spesa farmaceutica e dei costi di manutenzione e gestione della struttura, così come specificato, all'Azienda Sanitaria Locale di Avellino, si ritiene che i costi di gestione per un anno di attività possano essere costituiti dalla somma dei costi delle voci inerenti il personale (a), la formazione/aggiornamento dello stesso (b) e la direzione ed il coordinamento della struttura (c).

In sintesi:

a) TOTALE COSTO DEL PERSONALE: € 300.000,00

Da destinare esclusivamente alla ASL di Avellino 1

b) COSTO PER LA FORMAZIONE/TIROCCINIO ED AGGIORNAMENTO
DEL PERSONALE

Obiettivi della formazione:

- competenze specifiche nelle Cure Palliative
- competenze trasversali:

a) competenze psico-relazionali (nella relazione con il
paziente, con la famiglia e all'interno dell'equipe)

b) formazione etica.

La formazione, il tirocinio e l'aggiornamento saranno garantiti mediante l'organizzazione e l'effettuazione di:

N. 1 Corso teorico-pratico di terapia del dolore e cure palliative, con crediti ECM, della durata di tre giorni (sono previste tre edizioni)

N. 1 Corso di aggiornamento residenziale, della durata di due giorni (sono previste tre edizioni)

Aggiornamenti mensili su temi specifici

TOTALE COSTO PER LA FORMAZIONE/TIROCINIO ED
AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE: € 50.000,00

Da destinare all' INT. Fondazione G. Pascale

c) COSTO PER LA DIREZIONE ED IL COORDINAMENTO DELLA STRUTTURA

La direzione ed il coordinamento della Struttura comprende la valutazione dei requisiti d'accesso, la verifica costante dell'attinenza dei protocolli assistenziali, la verifica della qualità, l'organizzazione della formazione e dell'aggiornamento del personale e la collaborazione per l'attuazione dei protocolli di ricerca.

TOTALE COSTO PER LA DIREZIONE ED IL
COORDINAMENTO DELLA STRUTTURA: € 20.000,00

Da destinare all'INT Fondazione G. Pascale

TOTALE COSTI: € 370.000,00