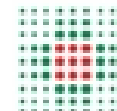
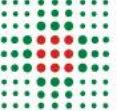


# Modello di erogazione diffusa delle Cure Palliative/Fine Vita con supporto di esperti

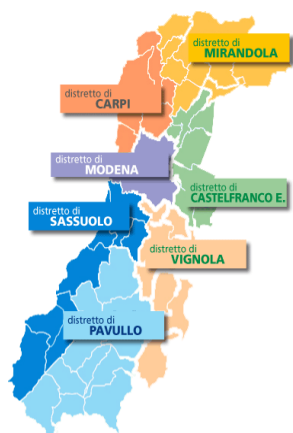


Parma, 21 ottobre 2011

Dott.ssa Maria Luisa De Luca



Le Aziende USL di Modena e Reggio Emilia hanno sviluppato una rete delle Cure Palliative con molti punti in comune che si riconosce nella definizione: *“Modello di erogazione diffusa delle Cure Palliative con supporto di esperti”*



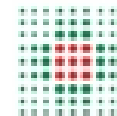
### AUSL Modena

- Dipartimento di Cure Primarie
- Programma Cure Palliative



### AUSL Reggio Emilia

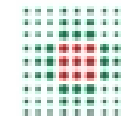
- Programma Cure Primarie e Cure Palliative



## Modello di erogazione diffusa delle Cure Palliative con supporto di esperti

### Le Cure Palliative

- vengono erogate da una **molteplicità di soggetti** nei setting nei quali il paziente è curato
- **non si circoscrivono** all'attività di pochi professionisti o di specifiche Unità Operative strutturalmente dedicate
- ogni équipe assistenziale curante ha la responsabilità di attuare le cure palliative avvalendosi di **supporti esperti** di diversa professionalità e nei diversi setting.



## Modello di erogazione diffusa delle Cure Palliative con supporto di esperti

# Organizzazione nel territorio

- L'obiettivo è quello di garantire standard assistenziali di cure palliative e fine vita , a domicilio, mediante un'organizzazione dell'assistenza basata su 3 livelli

### 1° livello : responsabilità assistenziale

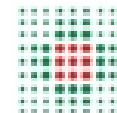
- MMG
- Infermiere case manager ADI
- Continuità assistenziale

### 2° livello : inter pares

- MMG inter pares
- infermieri consulenti

### 3° livello: supporto organizzativo

- Referente medico Unità territoriale Cure Palliative (UCPT)
- Referente Infermiere UCPT
- Responsabile Organizzativo Assistenza Domiciliare



# Modello di erogazione diffusa delle Cure Palliative con supporto di esperti: caratteristiche del processo

## assistenziale

- segnalazione/accoglienza
- valutazione
- erogazione dell'assistenza cure palliative
- erogazione assistenza cure fine vita
- termine dell'assistenza: gestione del decesso



Descrizione

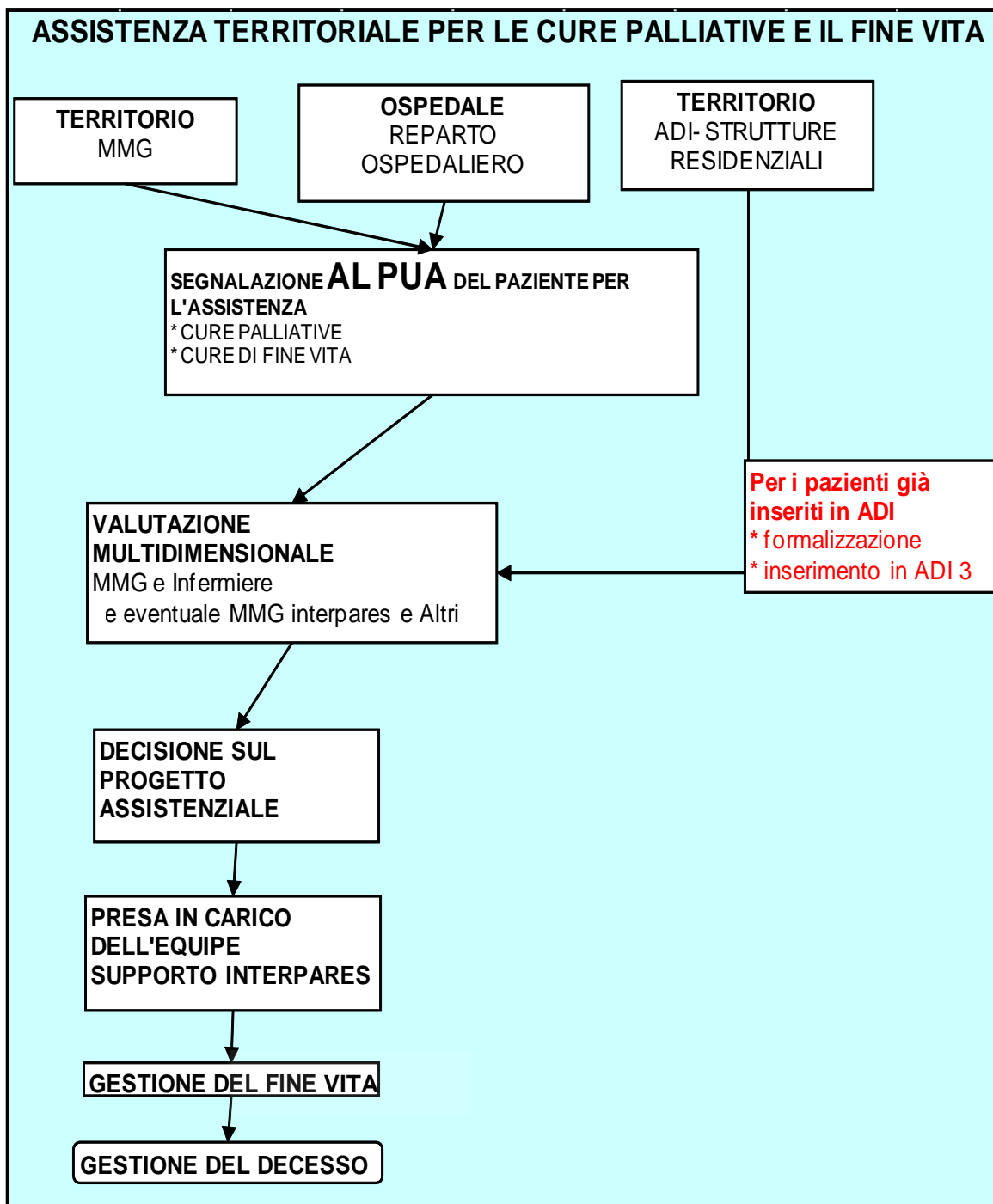
Chi fa che cosa

Criteri

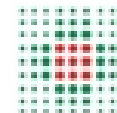
Modalità

Strumenti

Responsabilità

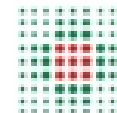
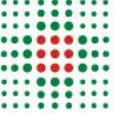


Caratteristiche del modello



## Caratteristiche del modello

- Durata dell'assistenza : max 12 mesi
- E' individuato un case manager infermieristico
- Disponibilità telefonica infermieristica per 12 ore giornaliere tutti i giorni della settimana
- Pronta disponibilità infermieristica dalle 19 alle 22 e nei giorni festivi
- Accessi frequenti e congiunti del MMG e dell'infermiere
- Attivazione dell'inter pares da parte del MMG/infermiere
- Follow up telefonico da parte degli infermieri
- Notte/festivi e prefestivi coperti da inter pares o servizio dedicato.



# Modello organizzativo dell'assistenza infermieristica

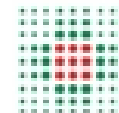
## Equipe dedicata alle cure palliative:

- Nei distretti > 90.000 abitanti.
- Gruppo di infermieri individuati per seguire esclusivamente i pazienti in cure palliative e di fine vita per i quali sono richiesti determinati standard di continuità assistenziale e di clinical competence.

## Infermieri consulenti:

- Nei distretti < 90.000 abitanti.
- Tutti gli infermieri si occupano di cure palliative e del fine vita e garantiscono gli standard assistenziali previsti. E' comunque individuato un gruppo di infermieri consulenti che svolgono il supporto agli altri colleghi.



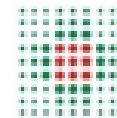


## 1° LIVELLO

**Ruoli e responsabilità del modello di erogazione diffusa:**

### **Medici di Medicina Generale**

- Hanno la responsabilità clinico - terapeutica e garantiscono la continuità della cura.
- Sono formati in cure palliative (formazione di base e continua).
- Possono effettuare la segnalazione del caso e partecipano al momento valutativo.
- Effettuano le visite domiciliari individuali o di équipe e partecipano ai momenti di verifica.
- Contribuiscono alle valutazioni in itinere previste dal programma assistenziale (valutazione del dolore, compilazione cartella domiciliare).
- Collaborano con i MMG inter pares di NCP e con il MMG referente per il Distretto secondo le modalità previste.

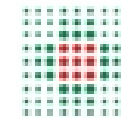
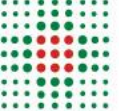


## 1° LIVELLO

**Ruoli e responsabilità del modello di erogazione diffusa:**

### **Infermiere case manager ADI**

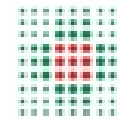
- Referente del caso per ogni paziente.
- Facilita la connessione dei vari punti della rete.
- Garantisce il coordinamento nell'utilizzo dei diversi strumenti di valutazione.
- Potenzia le competenze relative all'abilità di presa in cura del sistema paziente – famiglia.
- Aiuta il paziente e la famiglia ad identificare ed accedere a tutte le opzioni di cura ed assistenza.
- Effettua l'assistenza a domicilio secondo il progetto definito e i bisogni del paziente.
- Favorisce i contatti con i medici, mantiene un contatto costante con paziente e familiari, facilita l'inserimento in attività riabilitative, affianca i familiari per la gestione sociale.
- Condivide col MMG il bisogno di coinvolgimento del medico inter pares o dell'infermiere consulente.
- Partecipa agli incontri di équipe riguardanti il paziente.



## 1° LIVELLO

# Continuità assistenziale

- E' prevista una copertura assistenziale medica h 24 e infermieristica minima per 12 ore, ampliabile a 14 ore al giorno, comprendente anche giorni prefestivi e festivi.
- L'assistenza medica h 24 prevede sia consulenze telefoniche che visite domiciliari.
- Il MMG responsabile clinico - terapeutico assicura l'assistenza dalle 8.00 alle 20.00 dei giorni feriali e dalla 8.00 alle 10.00 dei prefestivi; nelle restanti fasce orarie l'assistenza è assicurata, su base distrettuale e, ove è possibile, da un servizio medico dedicato, ove non possibile, dai Medici di Continuità Assistenziale.
- Sulla base delle esperienze già in essere (es. Distretto di Modena), la copertura prefestiva, festiva e notturna può essere garantita da MMG formati e motivati, scelti su base volontaria, eventualmente integrati con altri soggetti.

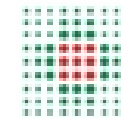
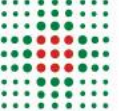


## 2° LIVELLO

### Ruoli e responsabilità del modello di erogazione diffusa:

#### MMG inter pares

- Sono 1-2 per NCP, individuati sulla base di motivazione, disponibilità, percorso formativo ed esperienza acquisita sul campo in cure palliative.
- Sono nominati dal direttore del DCP.
- E' prevista per loro una formazione di secondo livello.
- Garantiscono le consulenze palliativistiche telefoniche o domiciliari ai colleghi,
- Garantiscono consulenza telefonica e solo eccezionalmente visita domiciliare diurna agli infermieri domiciliari in caso di impossibilità a raggiungere in tempo utile il MMG responsabile.
- Partecipano, su richiesta del MMG o del ROAD, al momento di attivazione o alla prima visita a domicilio, in caso di presa in carico di situazioni prevedibilmente difficili e agli incontri di équipe, per la discussione di casi complessi.
- Gestiscono momenti di confronto e verifica dell'attività palliativa all'interno delle riunioni di NCP.
- Svolgono la loro attività sulla base di uno specifico accordo aziendale e un regolamento approvato dal direttore del DCP.
- Sono componenti della UCPT.



## 2° LIVELLO

**Ruoli e responsabilità del modello di erogazione diffusa:**

### **Infermieri consulenti o dedicati**

- Sono individuati secondo criteri definiti dal servizio infermieristico nelle sue articolazioni territoriali e condivisi col direttore DCP.
- E' prevista una formazione di secondo livello.
- Garantiscono le consulenze telefoniche o domiciliari ai colleghi.
- Partecipano, su richiesta del MMG o del ROAD, al momento di attivazione o alla prima visita a domicilio in caso di presa in carico di situazioni prevedibilmente difficili.
- Partecipano agli incontri di équipe convocati dal ROAD per la discussione di casi di difficile gestione clinica, relazionale o organizzativa.
- Sono componenti della UCPT.

# Governo e organizzazione della rete di Cure Palliative

## Azienda:

**Responsabile**

**Gruppo tecnico**

**Professionisti dei diversi ambiti (territoriale, ospedaliero, clinico e organizzativo) con competenze riconosciute in Medicina Palliativa.**

## Territorio:

**Unità di Cure Palliative Territoriale (UCPT) in ogni area distrettuale**

**Costituzione:**

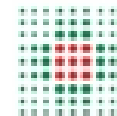
**\* Medici inter pares: uno o due MMG per nucleo.**

**\* Equipe infermieristiche dedicate o Infermieri consulenti.**

**\* Il ROAD.**

**Eventuali altri professionisti ritenuti rilevanti nella gestione territoriale dell'assistenza dall'UCPT .**

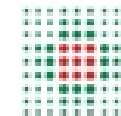
**Tra gli MMG e gli infermieri dell'UCPT vengono individuati dal Direttore del DCP due referenti (uno medico e uno infermieristico) con la funzione di coordinare i percorsi organizzativi e di formazione coinvolgendo gli altri membri dell'UCPT e in costante rapporto con il livello aziendale.**



## Principali funzioni del governo aziendale

- Definire il target delle cure palliative.
- Costruire i percorsi connessi alle cure palliative.
- Promuovere le relazioni tra dipartimenti ed unità operative funzionali all'erogazione diffusa delle cure palliative.
- Redigere e coordinare il piano formativo aziendale coerente con gli obiettivi di sviluppo del Programma.
- Effettuare il monitoraggio e la valutazione.





## **Integrazione del modello territoriale con gli altri punti della rete delle cure palliative**

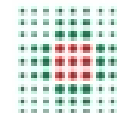
Ridefinire ed estendere in tutti gli ospedali modalità di individuazione precoce dei pazienti eleggibili.

Sviluppare una filosofia diffusa e condivisa di approccio alle cure palliative e di continuità assistenziale.

Definire percorsi per:

- Ricoveri o consulenze facilitati.
- Consulenze degli specialisti (es. internista/cardiologo, neurologo) a supporto dell'equipe territoriale.
- Accesso e dimissione ai posti temporanei delle Case Residenza (ex RSA) e dell'Hospice in un'ottica di integrazione col modello territoriale.
- Gestione condivisa per pazienti che necessitano contemporaneamente di presa in carico domiciliare e di cure in ospedale (es. day hospital oncologico).





## Il contributo del volontariato

### Funzione

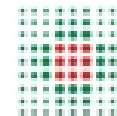
Promozione di un approccio culturale orientato al sostegno delle persone alla fine della vita.

Supporto prevalentemente non sanitario e in integrazione con l'équipe assistenziale, per:

- aspetti relazionali, di sostegno, di vicinanza e di compagnia,
- aspetti di aiuto concreto al paziente e ai familiari quali, ad es, l'organizzazione familiare ed i trasporti.

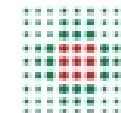
Integrazione con la rete assistenziale.

La disponibilità di volontari adeguatamente formati per affrontare questa delicata fase della vita.



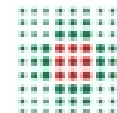
## Risultati attesi

- Sviluppo di competenze diffuse ed esperte
- Utilizzo di strumenti di valutazione e gestione dell'assistenza
- Riduzione dei ricoveri e dei decessi in ospedale.
- Aumento dei pazienti assistiti e deceduti a domicilio
- Miglioramento dell'assistenza (riduzione del dolore, supporto, ecc).
- Miglioramento della qualità "di vita e di morte"



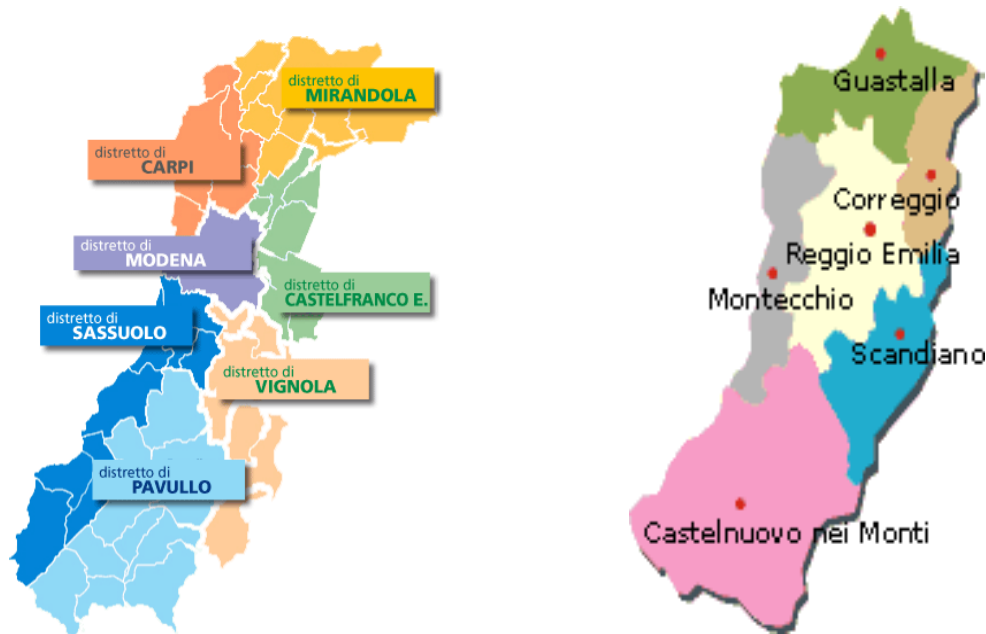
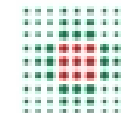
## Impatto: organizzazione

- Aumento del carico di lavoro del PUA.
- Disponibilità medica e infermieristica e di servizio.
- Incremento degli accessi (medici e infermieristici).
- Cambiamento nell'attuale organizzazione.
- Impegno elevato nella formazione.
- Impegno nel monitoraggio.

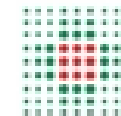


## CONCLUSIONI

- E' coerente con lo sviluppo delle cure primarie
- Prevede un governo delle cure palliative/fine vita a livello aziendale
- Prevede
  - un coordinamento territoriale
  - la definizione specifica dei ruoli dei diversi attori
  - le azioni per lo sviluppo
  - la valutazione dei risultati



- **1 milione e 227 mila abitanti**
- **> 1000 MMG**
- **Circa 200 Infermieri dedicati all'Ass. Domiciliare**
- **2 Hospices territoriali (Reggio Emilia)**
- **1 Hospice ospedaliero (Modena)**



**Grazie al gruppo di lavoro che si è occupato della stesura di questo progetto.**

**La collaborazione tra le nostre Aziende, grazie alla condivisione delle proprie esperienze e all'impegno, sarà sicuramente produttiva.**