

CORSO

“Accompagnamento del malato terminale durante la fase delle cure palliative”

La consapevolezza del ruolo integrato delle diverse componenti delle équipes che operano negli Hospice

Massimo Monti

Parma, 10 dicembre 2010

- a) Modello organizzativo degli Hospice
- b) Esperienze in Lombardia
- c) Il lavoro di équipes di cure palliative. Integrazione tra gli operatori: medico, infermiere, operatore assistenziale, psicologo, assistente sociale, assistente spirituale, volontario.

1. Fotografia di sintesi degli Hospice in Italia
(da Libro Hospice 2010 a cura di F. Zucco)
2. Aspetti organizzativi degli hospice in Lombardia
e standard gestionali
3. Normativa di accreditamento Lombardia
4. Aspetti di organizzazione del lavoro in hospice e
strumenti applicativi
5. Il Volontariato (ruolo e funzioni)
6. La cartella infermieristica

- 1. Fotografia di sintesi degli Hospice in Italia
(da Libro Hospice 2010 a cura di F. Zucco)**

1. Aspetti organizzativo degli hospice in Lombardia
e standard gestionali
2. Normativa di accreditamento Lombardia
3. Aspetti di organizzazione del lavoro in hospice e
strumenti applicativi
4. Il Volontariato (ruolo e funzioni)
5. La cartella infermieristica

Hospice in Italia:

n. 114 (2006)

n. 165 (2009)

n. 229 (2010)

n. 256 (2012)

Indice posti letto:

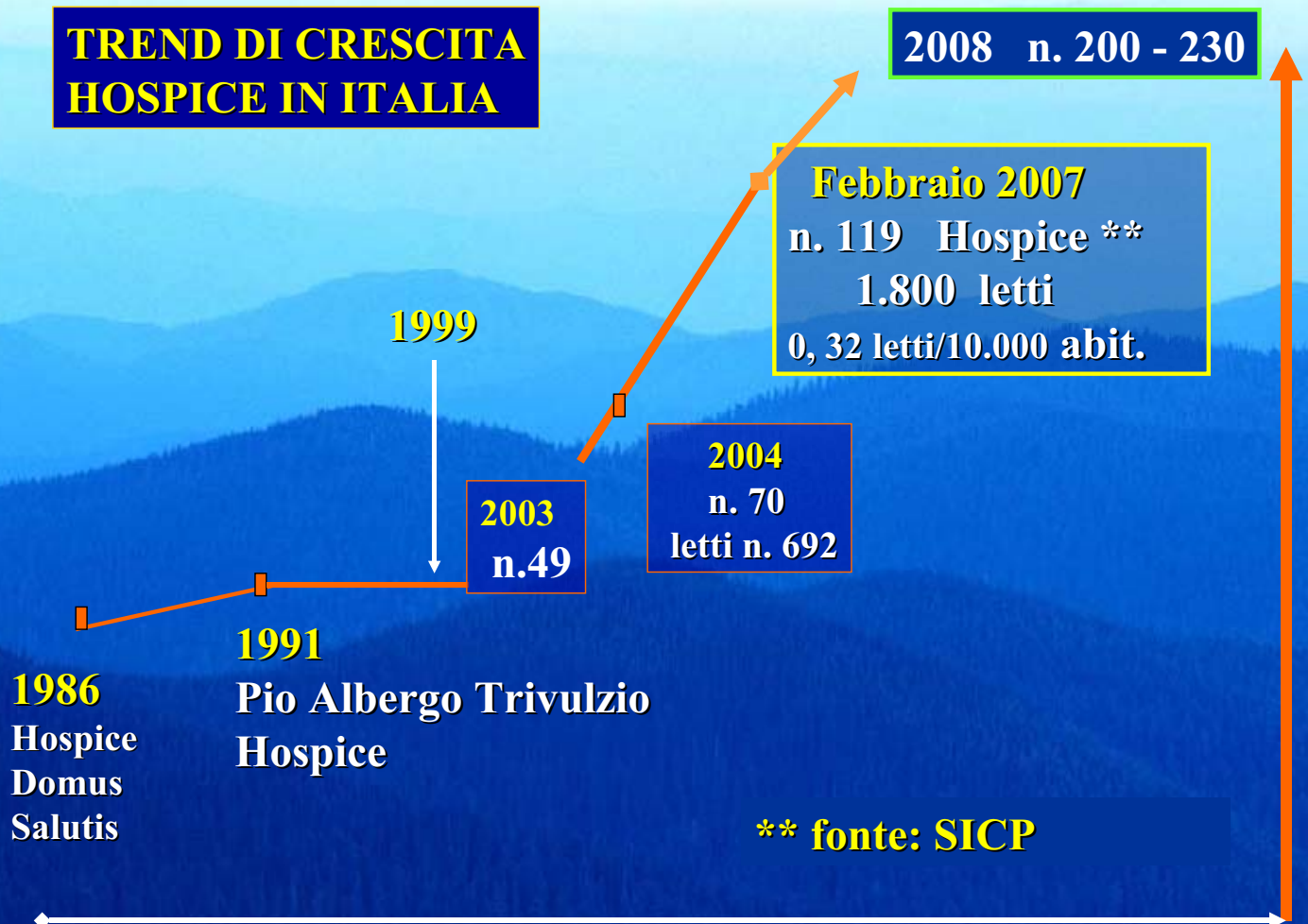
previsione: 0,6 / 10.000 residenti

realizzati: 0.31 / 10.000 (2009)

In 3 Regioni si raggiunge entro il 2010:

Basilicata (0.86), Lombardia (0,70), Emilia-Romagna (0,66)

TREND DI CRESCITA HOSPICE IN ITALIA



ASL MILANO 1	Hospice della RSA di Lainate	Pubbl		in realizzazione
ASL MILANO 1	Hospice della RSA Don G. Cuni di Magenta	Pubbl		realizzato ma non operativo
ASL MILANO 1	Hospice di Abbiategrasso - Cooperativa sociale "In Cammino"	Privat	Coop social	Operativo
ASL MILANO 1	Hospice di Cuggiono	Pubbl		realizzato ma non operativo
ASL MILANO 1	Unità di Cure Palliative e Terapia del Dolore - Hospice Ospedaliero A.O. G.Salvini	Pubbl		Operativo
ASL MILANO 3	Hospice dell'AO San Gerardo di Monza	Pubbl		nessuna notizia
ASL MILANO 3	Hospice - RSA Casa Famiglia per anziani Mons. Carlo Testa - Fondazione Mantovani	Mista	Fondazione	realizzato ma non operativo
ASL MILANO 3	Hospice extraospedaliero Santa Maria delle Grazie - Fondazione Don Carlo Gnocchi	Privat	Fondazione	Operativo
ASL MILANO 3	U.O. di Cure Palliative - Casa di Cura Clinica Zucchi	Privat	Spa	Operativo
ASL MILANO 3	U.O. di Cure Palliative - Presidio Ospedaliero Borella di Giussano	Pubbl		Operativo
ASL MILANO 2	Hospice Fondazione Castellini - Residenza Socio sanitaria di Melegnano	Privat	Fondazione	Operativo
ASL MILANO 2	Struttura Semplice di Cure Palliative - A.O. di Melegnano	Pubbl		Operativo
ASL MILANO 2	U.O. di Cure Palliative - A.O. Civile di Legnano	Pubbl		realizzato ma non operativo
ASL CITTA'	Casa Vidas	Privat	Associazion	Operativo
ASL CITTA'	Hospice S. Francesca Cabrini - AO Sacco - Fondaz Maddalena Grassi	Mista	Fondazione	Operativo
ASL CITTA'	Hospice dell'A.O. Niguarda Ca' Granda	Pubbl		nessuna notizia
ASL CITTA'	Hospice dell'IRCCS Ospedale Maggiore	Privat	Fond IRCCS	nessuna notizia
ASL CITTA'	Hospice dell'IRCCS Ospedale Maggiore	Pubbl		Operativo
ASL CITTA'	Hospice dell'IRCCS Ospedale Maggiore	Pubbl		Operativo
ASL CITTA'	Hospice dell'IRCCS Ospedale Maggiore	Privat	Fond IRCCS	nessuna notizia
ASL CITTA'	Hospice dell'IRCCS Ospedale Maggiore	Pubbl		Operativo
ASL CITTA'	San Raffaele Turro - U.F. Medicina del dolore	Privat	Fondazione	nessuna notizia
ASL CITTA'	Struttura Semplice C.P. - A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico - Fondazione Maddalena Grassi	Mista	Fondazione	Operativo
ASL CITTA'	Struttura Semplice di Cure Palliative - A.O. San Carlo Borromeo	Pubbl		nessuna notizia
ASL CITTA'	Struttura Semplice di Cure Palliative - A.O. San Paolo	Pubbl		nessuna notizia

Nella sola città di Milano operativi circa 80 letti hospice (0,6 pl/10.000 ab.).

Altri 20-30 letti nei prossimi anni.

Numero medio di p.l.: 11,3 / struttura

Solo il 18% degli hospice eroga tutti i livelli assistenziali:

- Degenza ordinaria
- Degenza in day hospice (day hospital)
- Prestazioni ambulatoriali
- Consulenza intra-struttura
- Assistenza domiciliare

Nel 34% delle strutture le équipes operano solo all'interno del proprio hospice.

N. medio assistiti per hospice: 153 pazienti

Durata media della degenza: 20,7 giorni

Nel 96% malati oncologici

Provenienza (% pazienti):

- ospedali o strutture sanitarie esterne: 41%
- MMG: 18%
- da medici della struttura sede dell'hospice: 16%
- altri setting assistenziali di CP (ass. dom.): 13%
- autosegnalazione: 9%

Ricerca Agenzia Servizi Sanitari Regionali (2002)

Modalità organizzative delle strutture di assistenza palliativa e integrazione nella rete dei servizi territoriali

“Nella popolazione assistita emergono due specifiche categorie, quella composta da malati a breve sopravvivenza (< 15 gg) e quella di malati a lunga sopravvivenza (>60 gg)”

26% assistenza fino a 7 gg

21% assistenza tra 8 e 15 gg

12% assistenza oltre i 60 gg

Da: Libro Hospice in Italia: 2010 (ed. Zucco)

Figure professionali presenti in équipe:

- medico, infermiere, operatore assistenziale, assistente spirituale: 100%
- psicologo: 94%
- fisioterapista: 72%
- assistente sociale: 53%
- musicoterapia, aromaterapia, arteterapia, riflessoterapia (terapie complementari): 34%

N. Operatori per posto letto:

- Medico: 1 / 5,3 pl
- Infermiere: 1 / 1,6 pl
- Operatore ass.: 1 / 1,7 pl

Briefing quotidiani di coordinamento del personale turnista: 63%

Riunione settimanale d'équipe: 44%

Supervisione psicologica del personale/volontari: 50%

Supporto al lutto: 91%

Presenza di almeno una organizzazione volontariato: 81%

1. Fotografia di sintesi degli Hospice in Italia (da Libro Hospice 2010 a cura di F. Zucco)

1. Aspetti organizzativi degli hospice in Lombardia e standard gestionali

1. Normativa di accreditamento Lombardia

2. Aspetti di organizzazione del lavoro in hospice e strumenti applicativi

3. Il Volontariato (ruolo e funzioni)

4. La cartella infermieristica

Lombardia

a giugno 2009: operativi 51 hospice

(di cui 25 pubblici, 2 privati, 18 gestiti da organizzazioni del terzo settore, 6 a gestione mista)

Complessivi: 610 pl

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

In Lombardia le competenze in materia di centri residenziali di cure palliative sono ancora oggi suddivise tra l'Assessorato alla Sanità e l'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale.

Questa situazione ha dato vita a un sistema che prevede *due differenti tipologie di strutture dedicate alle cure palliative e all'assistenza ai malati non guaribili*, con requisiti differenti al fine dell'accreditamento e un sistema di tariffazione differente:

- le **Unità Operative di Cure Palliative (UOCP)** devono essere grado di assicurare la necessaria continuità terapeutica nell'erogazione di prestazioni sanitarie pertinenti ai diversi livelli di assistenza e, in particolare: assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza ospedaliera a ciclo diurno, assistenza ospedaliera in regime di degenza ordinaria e cure domiciliari; sono strutture di tipo sanitario-ospedaliero e rientrano nelle competenze dell'Assessorato alla Sanità;
- i **centri residenziali per malati terminali**, chiamati "hospice" dalla normativa della Regione, che sono strutture socio-sanitarie (quindi con prestazioni ad alto contenuto socio-assistenziale e con un livello di sanitarizzazione inferiore alle UOCP) e sono di competenza dell'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale.

Entrambe le tipologie di strutture, indipendentemente dal proprio riferimento di rete e assessorile, hanno ricevuto finanziamenti dalla Legge n. 39/99.

**DGR 12619,
7 aprile 2003
(Lombardia)**

*Requisiti per
l'autorizzazione al
funzionamento
e per
l'accreditamento
degli Hospice*

3. Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza

3.1 Stesura di un Piano di assistenza individuale (PAI) corrispondente ai bisogni, problemi, comprensivo dell'eventuale sostegno ai familiari

3.2 Adozione di specifiche linee guida, procedure e regolamenti interni

- documenti per la continuità terapeutica con i servizi di assistenza domiciliare

- linee guida per: trattamento del dolore, sostegno spirituale, supporto al lutto, inserimenti nuovo personale, prevenzione burn-out

3.3. Assistenza religiosa

REGIONE LOMBARDIA – DGR 12619/ 2003

STANDARD DI ASSISTENZA PRESCRITTI PER L'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO E L'ACCREDITAMENTO DEGLI HOSPICE

MINUTI SETTIMANALI PER OSPITE

MEDICO	PSICOLOGO/ /EDUCATORE (classe 2 o 18)	INFERMIERE professionale	OSS ASA OTA	ASSISTENTE SOCIALE
150	35	1260		35
presenza tutti i giorni della settimana e reperibilità sulle 24 ore		1 Infermiere prof. deve essere sempre presente nelle 24 ore		



Società
Italiana di
Cure Palliative



FEDERAZIONE
CENTRI
PALLIATIVE
ONLUS

PROPOSTA DI REQUISITI
MINIMI TECNOLOGICI,
STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI
PER L'ACCREDITAMENTO DELLE UNITÀ
DI CURE PALLIATIVE
E DELLE ORGANIZZAZIONI NON PROFIT

2002

Un documento ufficiale
SICP-FCP

- **Unità Cure Palliative**
- **Organizz Non Profit**
- **Organizz For Profit**

- 1) **Hospice**
- 2) **Cure Domiciliari**
 - Di base (A.D.I.)
 - Ospedalizzazione domiciliare
- 3) **Day Hospital**
- 4) **Ambulatorio**

4) CENTRO RESIDENZIALE PER LE CURE PALLIATIVE-HOSPICE (GESITO DA U.C.P.O.N.I.P.)*Requisiti tecnologico-strutturali*

Criteria	Requisiti
L'Hospice è una struttura sanitaria residenziale che svolge attività di Cure Palliative, costituendo una alternativa alla casa quando questa non è, temporaneamente o definitivamente, idonea ad accogliere il malato	I requisiti tecnologico-strutturali degli Hospice sono definiti dalla normativa vigente a livello nazionale (DPCM 20 Gennaio 2000), eventualmente integrata dalle indicazioni regionali secondo l'articolazione di programmi assistenziali e di verifica della qualità delle cure erogate previsti dalla normativa vigente.
Requisiti organizzativi	
L'Hospice prevede la presenza in servizio di operatori professionali in qualità e quantità adeguate a soddisfare con continuità i bisogni dei pazienti e dei loro familiari	<p><i>L'equipe sanitaria e socio sanitaria deve prevedere la seguente composizione</i></p> <p>Medico palliativista: 30 minuti/pz/giorno, corrispondente a 0.12 medico/paziente</p> <p>Infermiere: 230 minuti/pz/giorno, corrispondente a 0.9 infermiere/paziente</p> <p>Operatori di supporto all'assistenza infermieristica: 100 minuti/pz/giorno, corrispondente a 0.4 operatori/paziente</p> <p>Attività di supporto (Cucina, pulizia, lavanderia ecc.) Deve essere garantito un numero adeguato alla struttura di personale addetto alle funzioni in oggetto, in gestione diretta dell'U.C.P.O.N.I.P. che in regime di esternalizzazione</p> <p>Psicologo: 8 minuti/pz/giorno, corrispondente a 0.03 psicologo/paziente</p> <p>Terapista della riabilitazione: 9 minuti/pz/giorno, corrispondente a 0.03 terapisti della riabilitazione/paziente</p>

Assistente sociale:

8 minuti/pz/giorno, corrispondente a 0.03 terapisti/paziente

Volontari:

Un numero congruo di volontari adeguatamente selezionato, formato e supervisionato

Assistente spirituale:

8 minuti/pz/giorno corrispondente a 0.03 assistente/paziente

L'assistenza infermieristica e di supporto ad essa

Gli operatori di queste due categorie professionali devono essere presenti contemporaneamente 24 ore su 24

Deve essere garantita una *reperibilità medica* 24 ore su 24

Nel caso in cui l'Hospice trovi collocazione in una struttura situata logisticamente al di fuori di un presidio ospedaliero, deve essere operativo un protocollo riguardante i seguenti aspetti:

fornitura di farmaci, presidi e ausili, accesso a procedure di diagnostica laboratoristica e strumentale

REQUISITI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO DI DEGENZA PER CURE PALLIATIVE

(Documento proposto da SICP-FCP, 2002)

- **Medico palliativista**
30 min/pz/die (0,12 medico/pz)
- **Infermiere**
230 min/pz/die (0,9 infermiere/pz)
- **Operatore Socio Sanitario**
100 min/pz/die (0,4 OSS/pz)
- **Terapista riabilitazione**
9 min/pz/die (0,03 ter.riab/pz)
- **Psicologo/Assistente sociale/Assistente spirituale**
8 min/pz/die (0,03 per Psic - Ass.Soc - Ass.Spir/pz)

COMPLESSITA'

Equipe multidisciplinare e multiprofessionale, composta almeno da:

- medico
- infermiere
- operat. assistenza
- fisioterapista
- psicologo
- assistente sociale
- assistente spirituale

INTENSITA'

Sette giorni su sette

- assistenza medica 24/24 h
- presenza infermieristica continuativa 24/24 h
- presenza continuativa di operatori assistenza 24/24 h

Minuti/paziente/die:

- **medico 30'**
- **infermiere 180'**
- **personale di assistenza 180'**
- **fisioterapista 7'**
- **psicologo 8'**
- **assistente sociale 8'**
- **assistente spirituale 5'**



Regione Lombardia (DGR 12619, 7/4/2003)

“Standard minimi di assistenza prescritti per l’accreditamento degli hospice extra-ospedalieri (min/sett/paz)”

	Standard	SICP/FCP
Medico:	150' (-40%)*	(210')
Psicologo:	35' (-60%)*	(56')
Assistente sociale	35' (-60%)*	(56')
Infermiere+OSS	1260' (-83%)*	(2310')

***vs standard SICP-FCP**

(n.b.: non è previsto il terapeuta della riabilitazione)

1. Fotografia di sintesi degli Hospice in Italia (da Libro Hospice 2010 a cura di F. Zucco)
2. Aspetti organizzativi degli hospice in Lombardia e standard gestionali

1. Normativa di accreditamento Lombardia

1. Aspetti di organizzazione del lavoro in hospice e strumenti applicativi
2. Il Volontariato (ruolo e funzioni)
3. La cartella infermieristica

ALLEGATO A (DGR 7/4/2003, n.7/12619)

HOSPICE - REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO

Per l'accreditamento l'Hospice deve necessariamente e preliminarmente possedere, oltre l'autorizzazione al funzionamento derivante dal possesso di tutti i requisiti di autorizzazione al funzionamento (All. 1), quelli di seguito previsti.

1. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE E TECNOLOGICHE

1.1 Documentazione attestante la quantità di personale necessaria per la gestione dell'Hospice distinta per qualifica professionale.

1.2 Documentazione attestante i piani annuali delle attività formative e di aggiornamento di tutto il personale.

2. GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELL'ORGANIZZAZIONE

2.1 Redazione di materiale informativo (Carta dei Servizi)

2.1.1 siano illustrati i servizi offerti,

2.1.2 sia allegato questionario disoddisfazione per ospiti e familiari, con annessa scheda per esprimere lamentele/apprezzamenti,

2.1.3 sia descritta la modalità di accoglienza, di presa in carico degli ospiti,

2.1.4 sia definita la modalità di riconoscimento degli operatori,

2.1.5 sia riportato il sistema di valutazione della soddisfazione degli ospiti, delle famiglie, degli operatori.

3. GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA

3.1 Stesura di un Piano di assistenza individuale (P.A.I.) corrispondente ai bisogni, problemi.

3.2 Adozione di specifiche linee guida, procedure e regolamenti interni.

Redazione di:

- documenti per la continuità terapeutica con i reparti di dimissione, con i servizi di assistenza domiciliare,
- protocolli di collaborazione con associazioni di volontariato operanti nel settore ed iscritte negli appositi registri.

Redazione di almeno due linee guida fra i seguenti argomenti:

- il trattamento dei pazienti con dolore
- il sostegno della vita spirituale dell'ospite,
- la preparazione ed il supporto al lutto dei familiari,
- i progetti di inserimento del nuovo personale,
- i progetti di formazione del personale, dei familiari, dei volontari,
- la prevenzione della sindrome da burnout del personale.

Deve essere assicurata la diffusione del materiale prodotto a tutti gli operatori di competenza .

MEDICO

PSICOLOGO/EDUCATORE

INFERMIERE/OSS,ASA,OTA

ASSISTENTE SOCIALE

**150'
/sett/ospite**

con presenza
tutti i giorni
della
settimana
e con
reperibilità
sulle 24 ore

**35' /sett/
ospite**

1260' /sett/ospite

1 Infermiere
professionale deve
essere sempre
presente nelle 24 ore

**35' /sett/
ospite**

**STANDARD DI ASSISTENZA PRESCRITTI PER
L'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO E
L'ACCREDITAMENTO DEGLI HOSPICE,
ESPRESSI IN MINUTI SETTIMANALI PER OSPITE**

1. Fotografia di sintesi degli Hospice in Italia (da Libro Hospice 2010 a cura di F. Zucco)
 2. Aspetti organizzativi degli hospice in Lombardia e standard gestionali
 3. Normativa di accreditamento Lombardia
- 1. Aspetti di organizzazione del lavoro in hospice e strumenti applicativi**
 1. Il Volontariato (ruolo e funzioni)
 2. La cartella infermieristica

L'ARCHITETTURA SIMBOLICA DI UN HOSPICE

modificata da:
R. Twycross, 1992



L'equipe multidisciplinare e centralità del sistema malato-famiglia nelle CP



da: Oxford Textbook of Palliative Medicine, 1993

L'organizzazione del lavoro di equipe (1)

1. ORGANIZZAZIONE

- modello organizzativo di tipo partecipativo (circolo di qualità)
- collaborazione interdisciplinare (equipe multi-disciplinare e utilizzo di procedure condivise tra pari (reciprocità))
- valutazione collegiale dei processi e negoziazione dei programmi/obiettivi assistenziali e di cura
- redistribuzione collettiva dei carichi emozionali e delle responsabilità (vs discrezionalità individuale)

L'organizzazione del lavoro di equipe (2)

2. SUPPORTO

- procedure di supervisione sistematica a sostegno del personale

3. FORMAZIONE

- competenze professionali
- modificazione della cultura organizzativa
- metodologia formativa all'empowerment al gruppo per una cultura interna che sviluppi obiettivi comuni e condivisi

Esiste una stretta interazione tra:

- Organizzazione del lavoro d'equipe
- Riunione settimanale per la rivalutazione dei programmi di assistenza e cura
- Audit clinico (processo di verifica clinica)
- Strumenti per la rilevazione dei dati e modelli relazionali di intervento adeguati ai bisogni del malato e dei familiari

Svolgimento e struttura riunione d'equipe

1. Presentazione paziente: infermiere

- Dati anagrafici
- Provenienza
- Valutazione iniziale (cartella infermieristica)
- Motivi del ricovero

2. Valutazione clinica: medico

3. Aspetti sociali e famiglia: assistente sociale

4. Considerazioni integrative: coordinatore volontari

Svolgimento e struttura riunione d'equipe

5. Valutazione collettiva: tutta équipe, compresi psicologo, fisioterapista, assistente spirituale, operatori assistenziali

6. Piano di intervento settimanale: tutta l'equipe

Controllo eventi clinici, interventi infermieristici

Eventuali interventi riabilitativi/occupazionali

Eventuali interventi psicologici e sociali

Aspetti relativi alla informazione e comunicazione con paziente e famiglia (es. programmazione di colloqui: chi e su che cosa, family conference)

7. Valutazione dei recenti decessi: tutta l'equipe

8. Al termine della riunione, scadenze di rivalutazione e ripianificazione settimanale

Support Team Assessment Schedule

ITEM	Legenda
<i>Dolore</i>	Effetti del dolore sul paziente
<i>Sintomi</i>	Effetti dei sintomi sul paziente
<i>Ansia paziente</i>	Effetti dell'ansia sul paziente
<i>Ansia famiglia</i>	Effetti dell'ansia sul nucleo familiare
<i>Consapevolezza</i>	Consapevolezza prognostica paziente
<i>Comunicazione</i>	Grado comunicazione paziente-famiglia
<i>Spiritualità</i>	Stato/attivazione risorse spirituali paziente
<i>Previsione</i>	Bisogno della famiglia di conoscere gli eventi
<i>Relazione (intra-staff)</i>	Velocità e accuratezza delle informazioni
<i>Relazione (staff-paz)</i>	Comunicazione, e comprensione delle informazioni
<i>Relazione (staff-fam)</i>	Comunicazione, e comprensione delle informazioni
<i>Programmazione</i>	Necessità del paziente di sistemare i propri rapporti/affari personali

Vantaggi da applicazione sistematica dello STAS

1. Consolidamento dei programmi di intervento
2. Continuo riorientamento dei programmi sulla base dei bisogni emergenti
3. Verifica della qualità dell'intervento complessivo
4. Stimolo ad una pratica di lavoro di gruppo
5. Miglioramento della comunicazione all'interno dell'equipe
6. Ridistribuzione dei carichi di lavoro ed emotivi (livelli medio-bassi di stress e burn out)

Ciclo del Piano di Assistenza Individuale



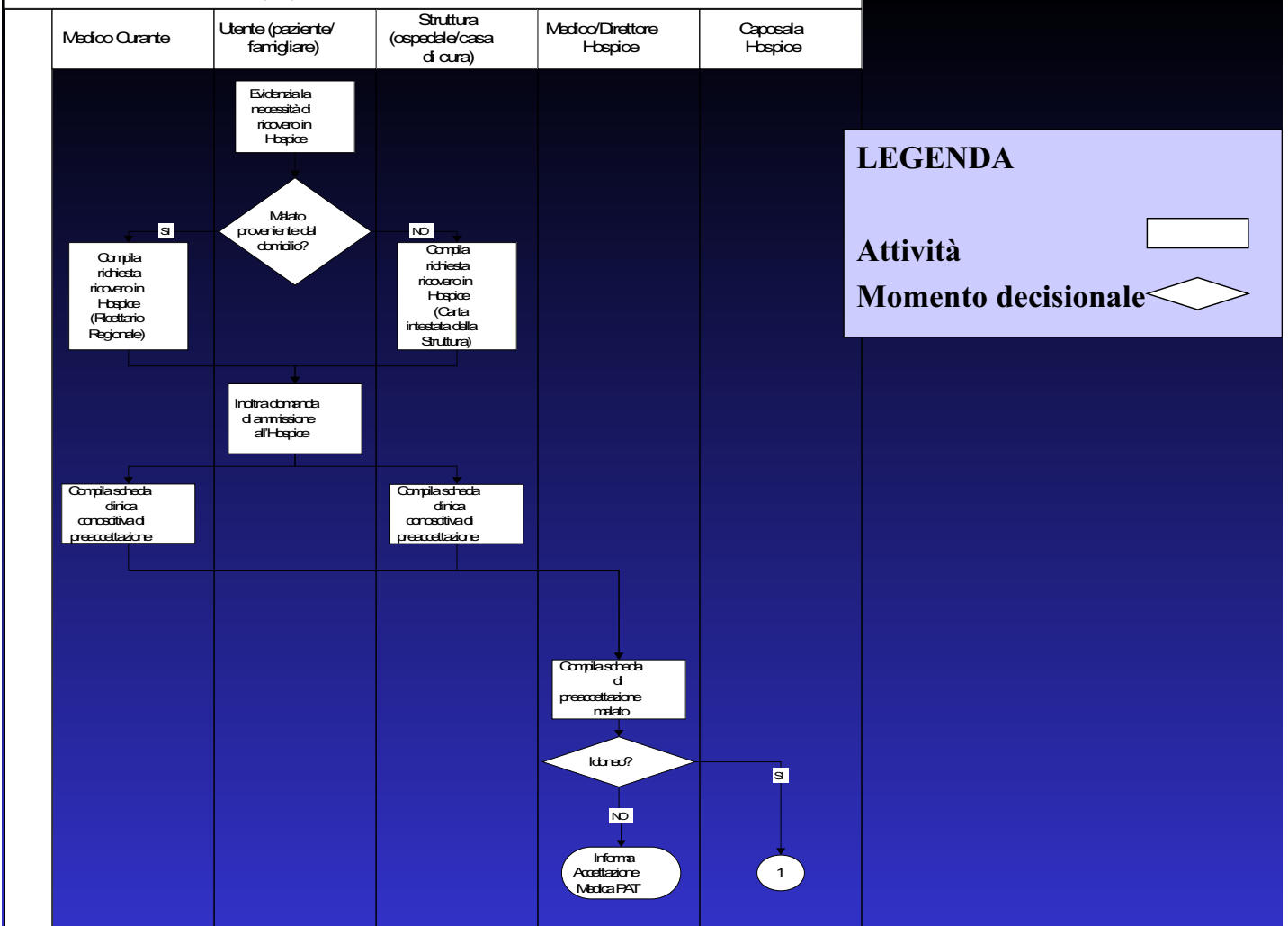
La procedura di Qualità dell'Hospice

4	17/12/2009	Applicazione Normativa UNI EN ISO 9001:2008
3	27/7/2007	Miglioramento e adeguamento della descrizione del processo
2	18/07/2005	Adeguamento descrizione cambio attività
1	30/06/2004	Implementazione del sistema qualità
0	15/04/2003	Avvio sistema qualità
N. REV.	DATA	MOTIVO DELLA REVISIONE

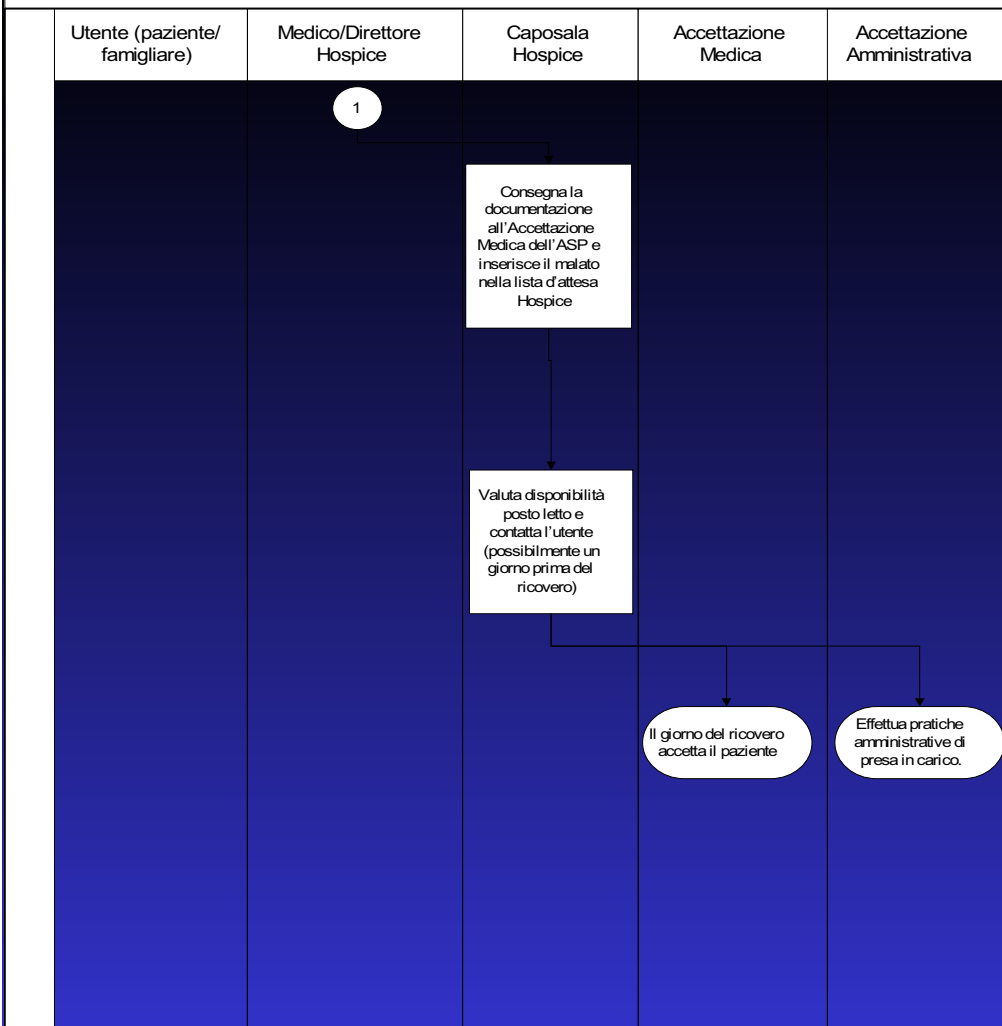
INDICE DELLA PROCEDURA

- SCOPO
- CAMPO D'APPLICAZIONE
- TERMINI E DEFINIZIONI
- DIAGRAMMA DI FLUSSO
- RESPONSABILITÀ
- DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ
 - Generalità
 - Struttura e organizzazione dell'Hospice
 - Accettazione pazienti
 - Presa in carico del Paziente
 - Dimissioni
- GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ
- RIFERIMENTI
 - Riferimenti interni
 - Riferimenti esterni

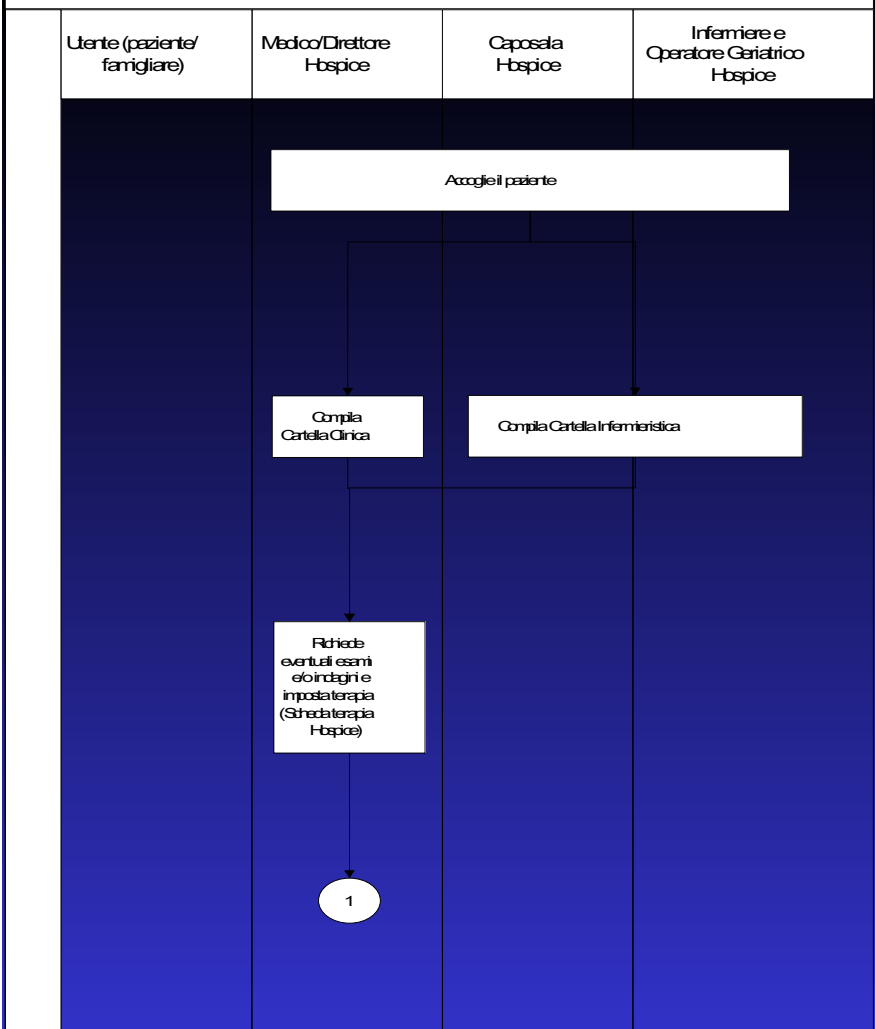
Hospice-accettazione paziente (1/2)



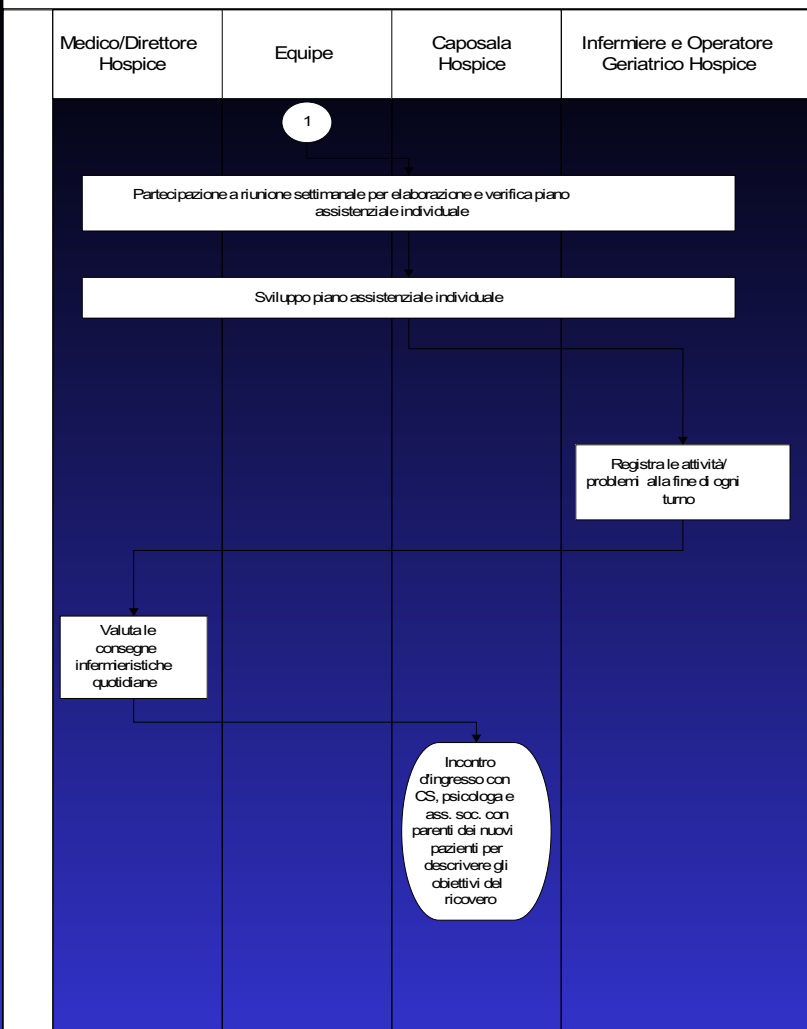
Hospice-accettazione paziente (2/2)



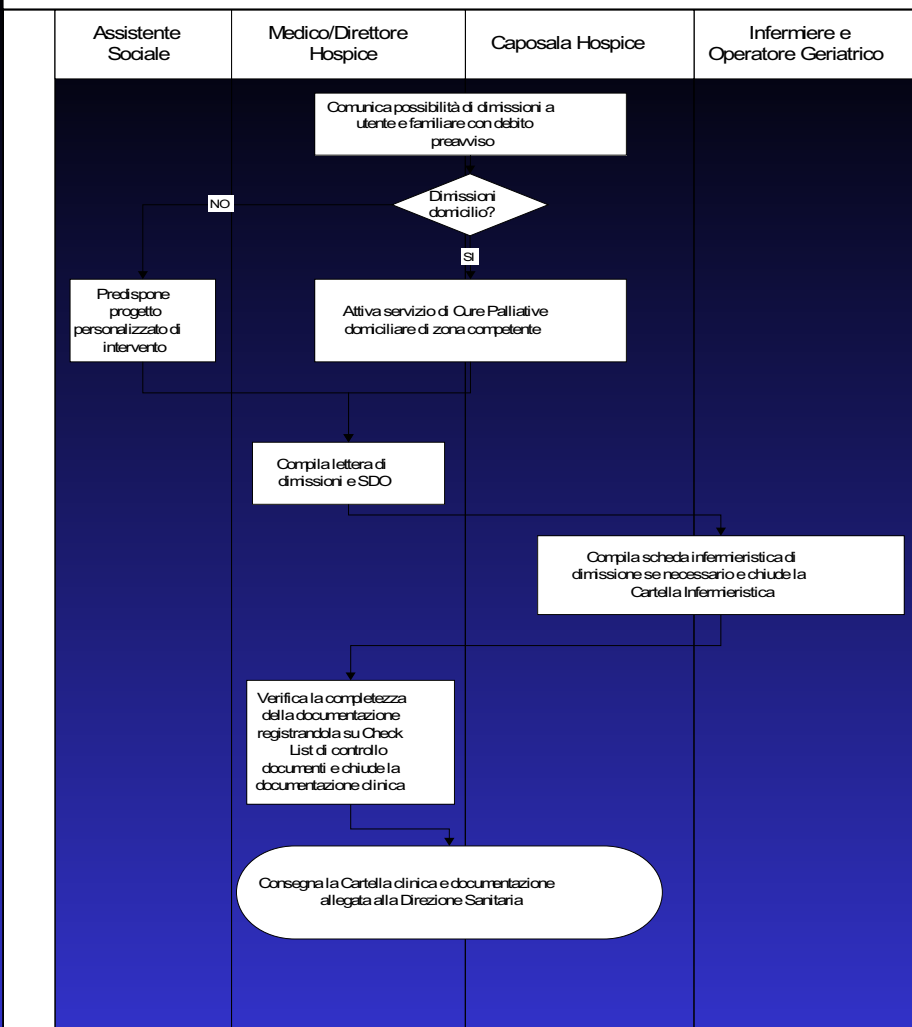
Hospice-presa in carico paziente (1/2)



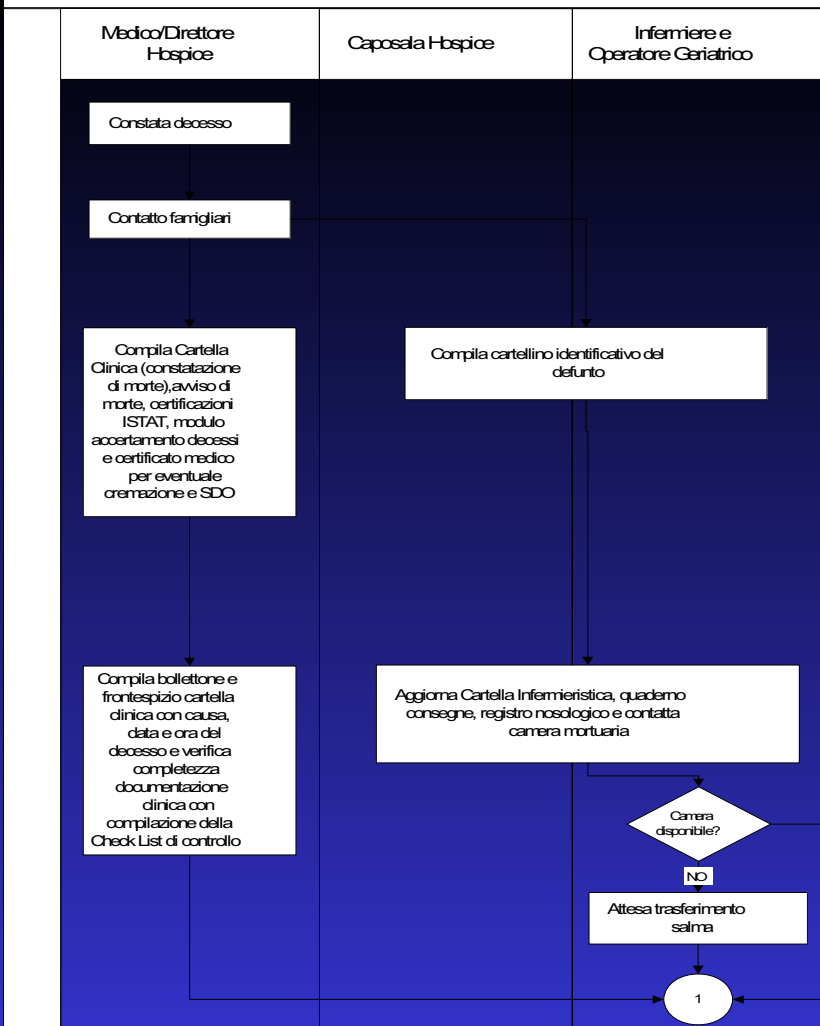
Hospice-presa in carico paziente (2/2)



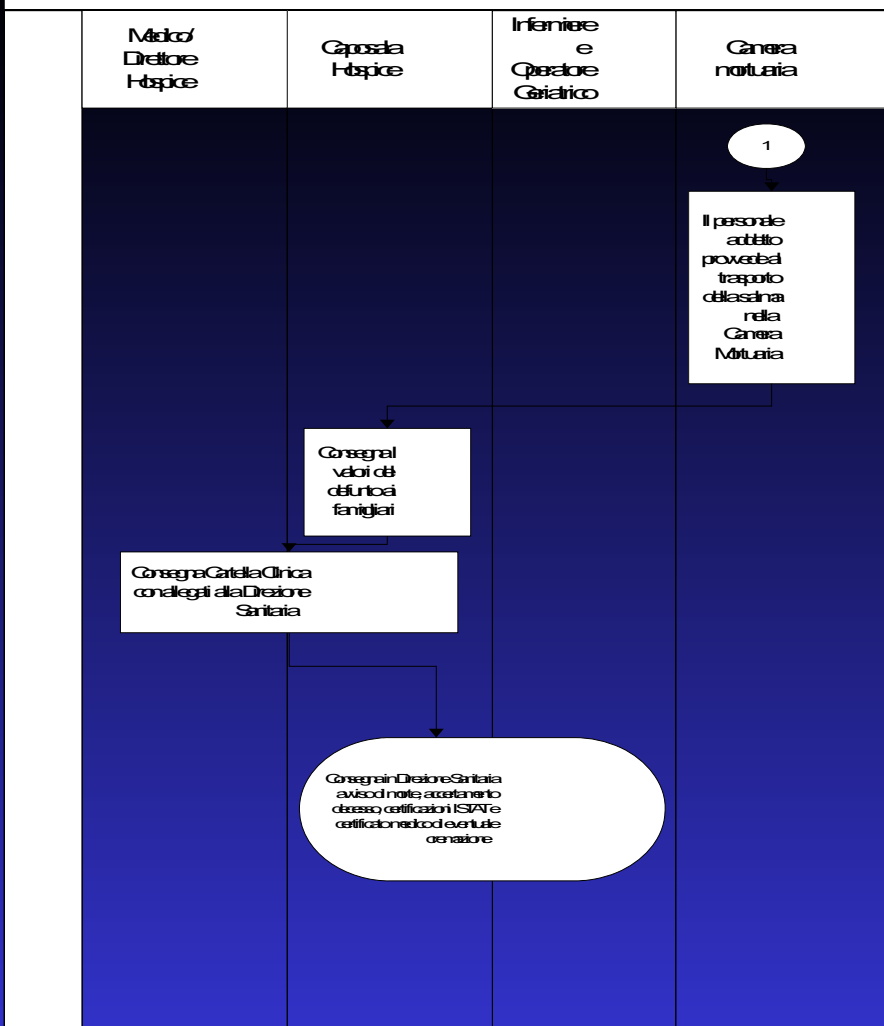
Hospice-dimissioni per trasferimento



Hospice-dimissioni per decesso (1/2)



Hospice dimissioni per decesso (2/2)



I soggetti responsabili delle principali attività descritte dalla presente procedura sono:

- medico, caposala, infermiere, operatore assistenziale (termine comprensivo di tutte le figure professionali addette alla assistenza (OTG, OTA, OSS, ASA), assistente sociale e psicologo che hanno la responsabilità, per le rispettive competenze, di:

- accogliere il paziente nella struttura
- illustrare l'organizzazione ed i servizi
- assistere l'ospite e, se necessario, la sua famiglia, e dare risposta ai suoi bisogni (sviluppo del processo di cura ed assistenza, e supporto psico-sociale)

Il medico, nello specifico, ha la responsabilità di:

- compilare la Cartella Clinica per la parte di propria competenza
- richiedere eventuali indagini diagnostiche, accertamenti specialistici e pianificare la terapia (su modulistica identificata)
- collaborare alla stesura del piano assistenziale individuale (PAI)
- adempiere agli atti necessari per l'archiviazione della cartella clinica, dopo che il paziente è stato dimesso, trasferito, o deceduto.

Caposala e infermieri hanno la responsabilità di:

- compilare la Cartella Infermieristica (M_RSA07_1).
- compilare, se possibile, la Scheda della Consapevolezza (M_RSA07_2)
- compilare, se necessario, la scheda ESAS (Edmonton Scale Assessment Symptoms) in forma ridotta (M_RSA07_03).
- compilare, se necessario, la Scheda Decubiti (M_RSA07_04)
- compilare, al decesso del paziente, la Scheda Valutazione Qualità di Vita nelle ultime 12 ore (M_RSA07_6)
- compilare l'Indice di Barthel (M_RSA02_2)
- partecipare, quando presenti in servizio, alle riunioni dell'équipe
- applicare le prescrizioni mediche sviluppando il processo assistenziale

Operatori Assistenziali hanno la responsabilità di:

- attenersi alle disposizioni impartite dal Medico, dalla Caposala e/o dagli Infermieri, sviluppando il processo assistenziale
- partecipare, quando presenti in servizio, alle riunioni d'équipe
- contribuire, per quanto di competenza, alla stesura del PAI e dei moduli collegati alla presente procedura.

Psicologo e Assistente Sociale hanno la responsabilità di:

- erogare prestazioni di supporto psico-sociale, quando richiesto, a favore degli Ospiti e/o dei familiari
- partecipare, quando presenti in servizio, alle riunioni d'équipe
- contribuire, per quanto di competenza, alla stesura del PAI e dei moduli collegati alla presente procedura

Accesso del Paziente tramite: RETE HOSPICE CITTA' DI MILANO

E' riferito a pazienti oncologici/ematologici segnalati da un medico (MMG, Specialista ospedaliero o del Servizio di Assistenza Domiciliare), da un familiare o dai Servizi Sociali, che presentano patologie oncologiche in fase avanzata che necessitino di un ricovero in hospice.

I pazienti e/o i loro referenti possono attivare la richiesta di ricovero tramite una chiamata al Call Center dedicato della ASL Milano. Il Call Center provvederà ad attivare un primo accesso presso il punto della rete più comodo al paziente per fissare un colloquio finalizzato all'inserimento in una lista d'attesa unica, informatizzata e condivisa dagli otto hospice che aderiscono alla Rete.

Modalità di inserimento e criteri di priorità per l'accesso sono definiti dalle allegate disposizioni cogenti della ASL Milano:

- "Procedura attivazione accesso alla rete Hospice - città di Milano"
- "Scheda raccolta dati del paziente"
- "Consenso Informato"

All'Hospice del PAT potranno accedere sia pazienti che hanno presentato domanda ed effettuato il colloquio direttamente presso la nostra struttura sia pazienti che hanno presentato domanda ed effettuato il colloquio presso uno qualsiasi degli altri hospice della Rete.

Accesso del Paziente al di FUORI della Rete Hospice Citta' di Milano

Si seguono, di regola, i seguenti **criteri di ammissione**:

1. Paziente terminale (prognosi \leq 6 mesi) maggiorenne
 - 1.1. Paziente terminale maggiorenne con sintomatologia di difficile controllo
 - 1.2. Paziente terminale maggiorenne con problematiche psico-sociali e socio-assistenziali

Per il ricovero in Hospice si seguono, di regola, i seguenti **criteri di priorità**:

- provenienza dal domicilio
- sintomatologia di difficile controllo
- problematiche psico-sociali
- cronologia della domanda di ammissione

I criteri di priorità possono essere superati, a giudizio del medico dell'Hospice e/o della Caposala dell'Hospice, se sussiste una documentata segnalazione (anche solo telefonica) in tal senso da parte del medico curante (MMG o ospedaliero) o da parte dell'équipe curante domiciliare.

Per i pazienti e/o i familiari è previsto, da parte degli operatori dell'Hospice (medico, caposala, infermieri) un momento informativo di pre-accettazione, anche solo telefonico.

Presa in carico del paziente

Le attività all'accettazione del paziente in Hospice prevedono:

- sistemazione nella propria camera di degenza e breve presentazione a cura del personale sull'organizzazione/servizi dell'Hospice;
- compilazione della Cartella Infermieristica dell'Hospice (**M_RSA07_01**) a cura della CS/Infermiere/Operatore;
- compilazione della Cartella Clinica a cura del Medico per la raccolta anamnestica, l'esame obiettivo, la pianificazioni delle indagini diagnostiche/accertamenti specialistici e della terapia

La terapia, oltre che in Cartella Clinica, viene riportata, di regola a cura del medico, sulla **Scheda Terapia** (modello informatizzato, terapia settimanale).

Ogni variazione della terapia viene segnalata, oltre che sulla cartella clinica, anche sulla Scheda Terapia, e riportata oralmente ad ogni successivo cambio-turno del personale di assistenza.

L'Infermiere, a conferma dell'avvenuta somministrazione della terapia, appone la propria firma sulla scheda terapia nello spazio predisposto. Un cerchietto sulla scheda terapia, in corrispondenza dell'orario di somministrazione in una determinata data, significa convenzionalmente che non è stata possibile la somministrazione della terapia prescritta.

Il modulo di "Consenso al trattamento dati personali utente ricoverato" ed il modulo di "Consenso informato per l'esecuzione di procedure diagnostiche e trattamenti terapeutici" vengono compilati al momento del ricovero in Hospice.

Settimanalmente si svolge la **riunione d'équipe**, durante la quale si discute dei pazienti ricoverati e di quelli deceduti e dimessi nel corso della settimana.

In questa occasione viene redatto e/o verificato il PAI.

Dopo qualche giorno dall'ingresso del paziente la caposala, la psicologa e l'assistente sociale - di regola congiuntamente - effettuano un **incontro con i famigliari** del nuovo paziente per:

- descrivere gli obiettivi del ricovero
- effettuare una prima conoscenza socio-familiare (anche al fine di migliorare rapporti interpersonali e vissuti nei confronti della malattia)

Dimissione al domicilio

La comunicazione al pz e familiari avviene con adeguato anticipo per poter predisporre la ripresa (o l'attivazione) dell'assistenza domiciliare. Se il paziente non può rientrare al proprio domicilio, l'assistente sociale si attiva per concordare con il pz e/o i suoi familiari di riferimento un percorso individualizzato, anche in collaborazione con le strutture ed i servizi del territorio.

Alla dimissione il medico registra in Cartella Clinica la dimissione e compila la Relazione di dimissione che accompagna il paziente.

Alla dimissione del pz consegue la chiusura della Cartella Clinica (che comprende la Cartella Infermieristica ed i moduli collegati) da parte del Medico, e la consegna della stessa alla Direzione Sanitaria.

L'infermiere aggiorna la Cartella Infermieristica, il registro movimenti e il Registro Nosologico.

Al decesso, il **medico dell'Hospice**, o un suo sostituto, compila i seguenti documenti:

- Cartella Clinica (aggiornamento del foglio di Diario con constatazione di morte)
- Avviso di morte
- Certificazione ISTAT
- Frontespizio della Cartella Clinica (con causa, data e ora del decesso).

L'Infermiere identifica la salma con un cartellino, legato al polso, che riporta la sezione di ricovero, nome e cognome, data e ora del decesso e la firma dell'infermiere compilatore.

L'Infermiere aggiorna la Cartella Infermieristica, il Registro movimenti giornalieri, il Registro nosologico e contatta il personale della Camera Mortuaria per il trasporto della salma nella stessa.

ESTRATTO DALLA CARTA DEI SERVIZI HOSPICE

PRESTAZIONI E SERVIZI

Assistenza medica

- In Hospice è assicurata la presenza medica continuativa nelle 24 ore, per 365 giorni l'anno, completata dal supporto diagnostico e specialistico del Pio Albergo Trivulzio e, all'occorrenza, delle strutture sanitarie territoriali.
- In Hospice è garantita la presenza continuativa nelle 24 ore, per 365 giorni l'anno, di infermieri coadiuvati da operatori assistenziali con specifica competenza, per la soddisfazione dei bisogni e delle necessità dell'Ospite.

Servizio di Assistenza Sociale

L'assistente sociale all'interno di un progetto personalizzato di presa in carico, fornisce un servizio consulenziale per l'attivazione delle risorse del territorio e per la gestione di pratiche relative a pensione, invalidità e forniture di ausili.

Servizio di Psicologia Clinica

Si effettuano prestazioni valutative (visita/colloquio, psicodiagnosi, colloqui conoscitivi e di orientamento all'ingresso del paziente e, al bisogno, durante l'iter della degenza e nella fase di lutto, osservazioni sul campo) e terapeutiche (psicoterapia individuale, di coppia, di gruppo, tecniche di rilassamento, counseling psicologico, supporto, assistenza al lutto) rivolte al paziente ed al familiare.

Tali approcci contribuiscono ad inquadrare in modo puntuale le caratteristiche psicologiche e relazionali dell'utenza e favoriscono la pianificazione e la realizzazione di piani individualizzati di intervento. Lo psicologo svolge anche attività di supervisione dell'équipe.

Servizio di Riabilitazione

L'Unità Operativa di Riabilitazione effettua, su richiesta del medico dell'Hospice e previa valutazione fisiatrica, prestazioni riabilitative finalizzate al mantenimento dell'autonomia ed alla prevenzione delle complicanze della disabilità (fisiochinesiterapia e/o terapia occupazionale)

Servizio di Assistenza Spirituale

Per gli Ospiti che lo richiedano, in Hospice opera un assistente spirituale.

Per gli ospiti non di religione cattolica, l'assistenza religiosa può essere erogata, su richiesta, da parte di altri ministri di culto.

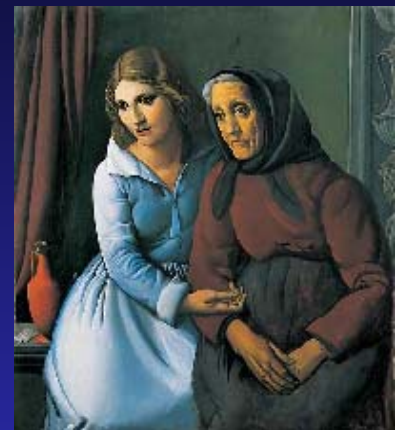
1. Fotografia di sintesi degli Hospice in Italia (da Libro Hospice 2010 a cura di F. Zucco)
2. Aspetti organizzativi degli hospice in Lombardia e standard gestionali
3. Normativa di accreditamento Lombardia
4. Aspetti di organizzazione del lavoro in hospice e strumenti applicativi

1. Il Volontariato (ruolo e funzioni)

1. La cartella infermieristica

“Il volontario, nell’ambito dell’équipe dell’hospice, è la figura che concretamente percepisce, valuta e dà voce agli aspetti della vita quotidiana del paziente, compresi quelli sociali e culturali.

Sono aspetti di cui l’équipe deve tener conto se vuole offrire risposta ai bisogni del malato e della sua famiglia, specie nelle società multiculturali e multiethniche”.



(Ajeman, 1988)



Hospice
Volunteers:
Helping People
LIVE

*More than 1 million people
and their families are cared
for by hospice each year,
many with the support of
hospice volunteers . . .*



Hospice Foundation of America



96.000 volontari

nei “Programmi Hospice” americani

- requisito federale: il 5% delle ore di assistenza erogato dal volontariato;
- mission: “deistituzionalizzare” l’esperienza del morire e fornire una risposta personalizzata ai bisogni del malato morente e della sua famiglia

In tutti gli Hospice (e programmi Hospice) a livello mondiale è riconosciuto che:

- Il volontariato è la “spina dorsale” della struttura e/o dell’attività hospice
- Il volontario necessita di un periodo di training pre-inserimento in hospice (formazione)
- Il volontario può svolgere in hospice una serie di essenziali attività, compatibili con le sue attitudini e/o capacità, e con le esigenze organizzative e gestionali della struttura

Uso costruttivo del tempo e dei talenti messi a disposizione dal volontariato:

- **supporto al malato** (ascolto, aiuto nella lettura e nella scrittura, nel cammino, alimentazione, ascolto della musica, terapie complementari: aromaterapia, pet-therapy, ...)
- **supporto alla famiglia** (acquisti/spesa e gestione domestica della casa, sollievo al caregiver, aiuto nella gestione dei figli piccoli (babysitting, trasporto a scuola), cura degli animali domestici...)
- **gestione di attività amministrative** (centralino, mailing, data-entry, ...) e di **fund-raising**
- **gestione del programma di supporto al lutto**

Hospice Foundation of America, 2004

Il tipico volontario che opera negli hospice anglosassoni è:

- donna
- coniugata
- da 40 a 60 anni
- studi: superiori o università
- credente in una fede religiosa



The most beautiful things
in the world cannot be seen
or even touched. They must
be felt with the heart.

Helen Keller

Claxton-Oldfield S, J Palliat Care, 2004.

Being a hospice volunteer

Anderson B, Ohlen J, Palliat Med 2005.

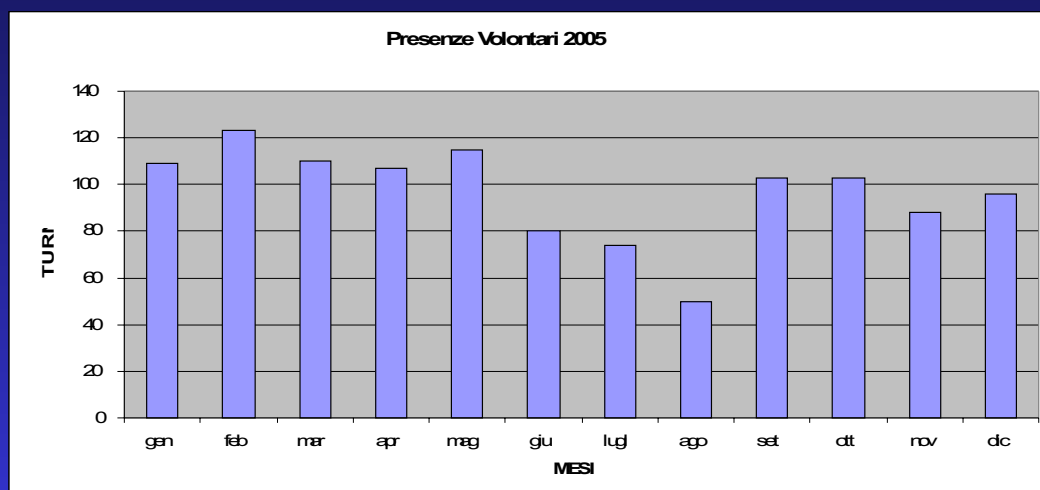
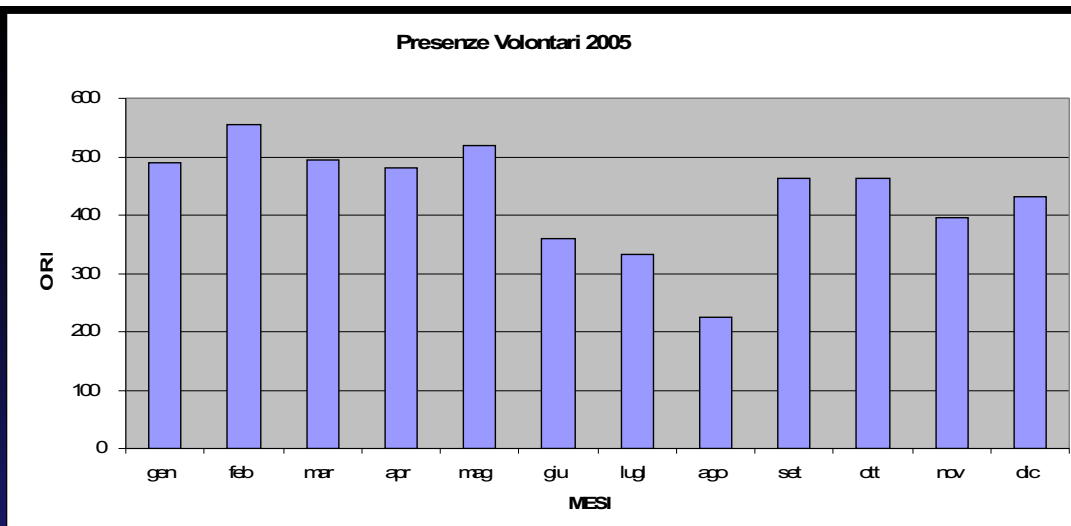
Studio qualitativo, intervista

- Il volontario ha bisogno di essere riconosciuto come persona che “si prende cura” con specifico ruolo in hospice.
- Il volontario non si sente gratificato se il suo bisogno di “dare significato” e di “appartenenza” all’hospice non viene soddisfatto.
- Sono necessarie ulteriori ricerche come “osservazione partecipata” per l’analisi della relazione volontari-staff-paziente-famiglia

Attività dei volontari Hospice

“Pio Albergo Trivulzio”

- 13 posti-letto
- circa 15 volontari della
Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
(sez. Provincia di Milano)
- Attività volontari 2005:
1158 turni (accessi), >5200 h/anno
(effettuate in media >430 h/mese,
ovvero 12 - 14 h/die)



Attività dei volontari Hospice

“Pio Albergo Trivulzio”

- Fornitura dei presidi/ausili in caso di rientro a domicilio (tramite LILCT o ASL)(es. carrozzine, ausili per deambulazione, materassi antidecubito)
- Disbrigo pratiche varie per il malato e/o la famiglia
- Intrattenimento, momenti diversionali (gioco a carte, dama, scacchi, merenda, caffè,)
- Accompagnamento (bar, spaccio, chiesa, parrucchiere, eventi dell'animazione sociale,..)
- Aiuto del personale nella distribuzione dei pasti (colazione, pranzo, cena)



Attività dei volontari Hospice

“Pio Albergo Trivulzio”

- centralino, informazioni telefoniche
- informazioni e aiuto sull'uso delle tisanerie ai familiari
- gestione della libreria, del videoregistratore, dell'impianto di ascolto della musica
- cura del verde (terrazzo) e coinvolgimento dei malati nel giardinaggio



ORGANIZZAZIONE EVENTI

“Ricordo dei defunti”

2 eventi/anno, in Dicembre e Giugno.

Invito (lettera e telefonata) alla partecipazione dei familiari delle persone decedute in Hospice alla S. Messa (celebrata dall'assistente spirituale in Hospice) ed al rinfresco successivo.

1. Fotografia di sintesi degli Hospice in Italia (da Libro Hospice 2010 a cura di F. Zucco)
2. Aspetti organizzativi degli hospice in Lombardia e standard gestionali
3. Normativa di accreditamento Lombardia
4. Aspetti di organizzazione del lavoro in hospice e strumenti applicativi
5. Il Volontariato (ruolo e funzioni)

1. La cartella infermieristica

SCHEDA n. 1

Dati ANAGRAFICI

Ateneo di Scienze della Salute
MODULO
M_RSA07_1
ISTITUTI MILANESI
MAGGIOLI E STROZZI
P.F. ALBERGO
TRIVULZIO

CARTELLA INFERMIERISTICA HOSPICE

Rev. 0
Pag. 1 di 10

COGNOME E NOME: _____ ETÀ: _____

RESIDENTE IN: _____

STATO CIVILE: _____ PROFESSIONE: _____

TITOLO DI STUDIO: _____ RELIGIONE: _____

LUOGO DI PROVENIENZA:

DOMICILIO _____

OSPEDALE _____

UCP/HOSPICE _____

ALTRO _____

FAMILIARE REFERENTE:

COGNOME E NOME: _____ GRADO PARENTELA: _____

TEL. ABITAZ.: _____ ALTRO TEL. _____

COGNOME E NOME: _____ GRADO PARENTELA: _____

TEL. ABITAZ.: _____ ALTRO TEL. _____

MOVIMENTO DEGENTE:

DATA 1° INGRESSO: _____ DATA USCITA: _____

DATA 2° INGRESSO: _____ DATA USCITA: _____

DATA 3° INGRESSO: _____ DATA USCITA: _____

DATA 4° INGRESSO: _____ DATA USCITA: _____

DATA DELL'EXITUS: _____

SCHEDA n. 2

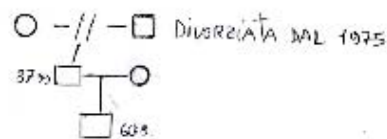
RELAZIONI FAMILIARI

RELAZIONI FAMILIARI

(regista ed) è stato di aiuto da partner, genitori, figli viventi, fratelli, nipoti amici e loro nomi)

UOMO DONNA
 ■ ● DECESSI (QUANDO E COME)
 -/- ○ SEPARATI -// - ○ DIVORZIATI -x- ○ CONVIVENTI

GENOGRAMMA:



RAPPORTI CON I FAMILIARI:

La Sig.ra ha solo un figlio sposato, entrambi lavorano e non possono essere molto presenti.
La Sig.ra ha ancora la mamma di 79 anni che vive a Piacenza con un fratello.

QUADRO SANITARIO

SEDE/ORGANO NEOPLASIA PRIMARIA: **NPL polmonare**

TRATTAMENTI: _____ DATA ULTIMO CICLO DI TERAPIA: _____

LUOGO: _____

RADIO TERAPIA: SÌ NO DATA ULTIMA RT: _____

ZONA DEL CORPO: _____ LUOGO: _____

SCHEDA n. 5

VALUTAZIONE INIZIALE

CONSAPEVOLE

VALUTAZIONE INIZIALE

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1) SENSO DI SICUREZZA E TRANQUILLITA' PER IL RICOVERO | 9) LAVORO E TEMPO LIBERO |
| 2) COMUNICAZIONE | 10) IMMAGINE DI SE' |
| 3) RESPIRAZIONE | 11) RIPOSO E SONNO |
| 4) ALIMENTAZIONE | 12) STATO DI COSCIENZA |
| 5) FUNZIONI ESCRETORIE / EVACUAZIONE | 13) STATO PSICOLOGICO |
| 6) IGIENE PERSONALE | 14) CONSAPEV. MALATTIA (pac. /fam.) |
| 7) CONTROLLO DELLA T. C. | 15) COSCIENZA TERMINAL. (pac. /fam.) |
| 8) MOBILITA' | 16) SPIRITUALITA' |
| | 17) ASPETTATIVE DAL RICOVERO |

- con finestra*
- 1) Riferisce di sentirsi serena e tranquilla
 - 2) Buona comunicazione verbale
 - 3) Pz. eupnoica
 - 4) Si alimenta bene mangiando un po' di tutto
 - 5) Per urine continente, evacua con difficoltà
 - 6) Semiautosufficiente necessita di aiuto
 - 7) Pz. apiretica
 - 8) Deambula autonomamente
 - 11) Riposa bene ma necessita di Minias gtt.
 - 12) Pz. Lucida e ben orientata
 - 13) Di buon umore
 - 14) Pz. consapevole della patologia
 - 15) Pz. consapevole della terminalità
 - 17) Vorrebbe non sentire più i dolori forti che ha sentito in passato

VALUTAZIONE INIZIALE

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1) SENSO DI SICUREZZA E TRANQUILLITA' PER IL RICOVERO | 9) LAVORO E TEMPO LIBERO |
| 2) COMUNICAZIONE | 10) IMMAGINE DI SE' |
| 3) RESPIRAZIONE | 11) RIPOSO E SONNO |
| 4) ALIMENTAZIONE | 12) STATO DI COSCIENZA |
| 5) FUNZIONI ESCRETORIE / EVACUAZIONE | 13) STATO PSICOLOGICO |
| 6) IGIENE PERSONALE | 14) CONSAPEV. MALATTIA (pac. /fam.) |
| 7) CONTROLLO DELLA T. C. | 15) COSCIENZA TERMINAL. (pac. /fam.) |
| 8) MOBILITA' | 16) SPIRITUALITA' |
| | 17) ASPETTATIVE DAL RICOVERO |


- con finestra*
- 1) Accetta tranquillamente il ricovero perché sola
 - 2) Buona
 - 3) Eupnoica
 - 4) Si alimenta bene
 - 5) Urine con catetere, evacuazione con clisma
 - 6) Totalmente dipendente
 - 7) Apiretica
 - 8) Allettata da circa un mese, veniva mobilizzata -in carrozzina con la fisioterapista
 - 9) Ama fare le parole crociate
 - 11) Riposa a tratti
 - 12) Lucida e orientata
 - 13) Fa uso di antidepressivo da circa un
 - 14) Non consapevole
 - 15) Non consapevole
 - 16) Cattolica vede volentieri il sacerdote
 - 17) Sono stata ricoverata per la fisioterapia e spero di riuscire a camminare, almeno di essere più autonoma

SCHEDA n. 5

VALUTAZIONE INIZIALE

NON CONSAPEVOLE

SCHEDA n. 8
CONSAPEVOLE

 AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA DELLE LIGURIANES MARCONI E S. GIULIO E PRO ALBERGO PRIVILEGIO	MODULO SCHEDA DELLA CONSAPEVOLEZZA	M_RSA01_2 Rev 0 Pag. 1 of 1
	Cognome e nome: // // età: 57 data: 25.09.06 Compilatore: <input checked="" type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Psic	

Prima di questo ricovero le hanno spiegata la malattia che aveva? sì no
 Se sì, può dirci quale?

“ Mi hanno chiamata, e detto di avere un Tumore alle ovaie “

Si ritiene soddisfatto delle informazioni che ha ricevuto in precedenza?
 assolutamente no solo in parte abbastanza in buona parte sì, completamente


Credete che la sua malattia sia:
 totalmente guaribile facilmente guaribile abbastanza guaribile
 difficilmente guaribile non guaribile

Pensa che la sua malattia sia:
 non grave poco grave abbastanza grave piuttosto grave molto grave

In questo ricovero ci sono delle cose su cui vorrebbe avere maggiori informazioni? sì no
 Se sì, può dirci quali?

Eufemismi e metafore utilizzate:

SCHEDA n. 8
NON
CONSAPEVOLE

 AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA DELLE LIGURIANES MARCONI E S. GIULIO E PRO ALBERGO PRIVILEGIO	MODULO SCHEDA DELLA CONSAPEVOLEZZA	M_RSA01_2 Rev 0 Pag. 1 of 1
	Cognome e nome: // // età: 59 data: _____ Compilatore: <input checked="" type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Psic	

Prima di questo ricovero le hanno spiegata la malattia che aveva? sì no
 Se sì, può dirci quale?

“ E’ stato scoperto il parkinson nel 2005, ho una macchia e un nodulo ai polmoni, ho cellule alterate che rischiano di diventare tumore “

Si ritiene soddisfatto delle informazioni che ha ricevuto in precedenza?
 assolutamente no solo in parte abbastanza in buona parte sì, completamente

Credete che la sua malattia sia:
 totalmente guaribile facilmente guaribile abbastanza guaribile
 difficilmente guaribile non guaribile **Il tumore è stabile io spero di riuscire a camminare**

Pensa che la sua malattia sia:
 non grave poco grave abbastanza grave piuttosto grave molto grave

In questo ricovero ci sono delle cose su cui vorrebbe avere maggiori informazioni? sì no
 Se sì, può dirci quali?

Eufemismi e metafore utilizzate:

PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE

Data	AREA FIRMA	PROBLEMA	OBIETTIVO	PROGRAMMA
10.11.10	M	Presenza di dolore ai movimenti	Controllo del dolore	Impostazione terapia antalgica
	A	Dipendenza totale	Sostegno funzioni fisiologiche/ garantire i bisogni primari	cure igieniche, somministrazione terapia, assunzione pasti
		Allettamento	Prevenzione lesioni cutanee	attuazione protocollo per prevenire piaghe cutanee
	A	Colostomia	Gestione adeguata della stomia	Igiene, sostituzione e medicazione giornaliera della stomia
	A	Lesione decubito III st. calcagno piede sx	Contenimento/guarigione lesione	Medicazione secondo schema da ripetere ogni 72/h.
	P	Ansia e fragilità emotiva del familiare	Riduzione e controllo ansia, sostegno emotivo e rielaborazione della situazione	Sostegno psicologico con colloqui mirati

Data: _____ Firma compilatore: _____ Data: _____ Firma compilatore: _____

Data: _____ Firma compilatore: _____ Data: _____ Firma compilatore: _____

LEGENDA AREE: A=ASSISTENZIALE, M=MEDICA, R=RIABILITATIVA, P=PSICOLOGICA, S=SOCIALE, SP= SPIRITUALE

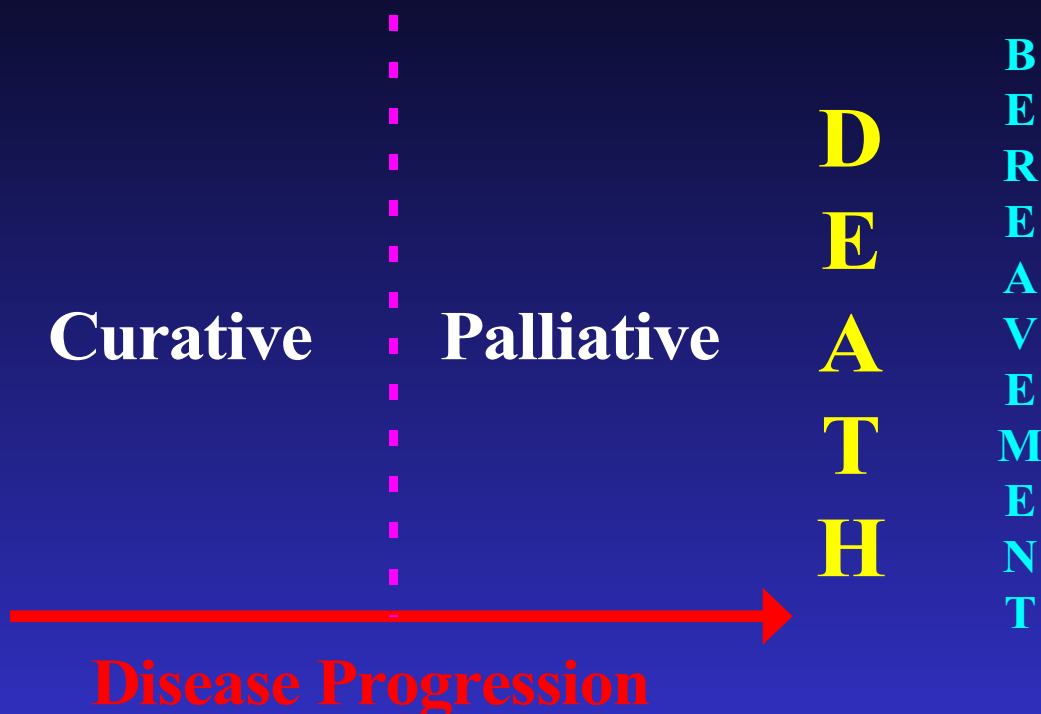
PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE

Data	AREA FIRMA	PROBLEMA	OBIETTIVO	PROGRAMMA
17.11.10	M	Assenza dolore		
	M	Tracheostomia	Mantenimento adeguata saturazione di O2	O2 terapia
	M	impossibilità ad alimentarsi per os (confezionamento PEG)	Alimentazione tramite gastrostomia	Impostazione nutrizione artificiale nelle 24/h
	A	Dipendenza totale	Sostegno funzioni fisiologiche/ garantire i bisogni primari	cure igieniche, somministrazione terapia, definire tempistica alimentazione artificiale
		Allettamento	Prevenzione lesioni cutanee	attuazione protocollo per prevenire lesioni cutanee
	A	PEG	Corretta gestione PEG , prevenire eventuale ostruzione	Verifica condizioni cute peristomica giornaliera, somministrazione nutrizione enterale secondo schema.
	A	Tracheostomia e abbondanti secrezioni bronchiali	Mantenimento igiene e pulizia della cannula tracheale. Mantenimento pervietà vie aeree	Pulizia giornaliera cannula e applicazione pomate protettive sulla cute peristomale. Broncoaspirazione da ripetere al bisogno

Collocazione delle Cure Palliative nell'ambito del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie

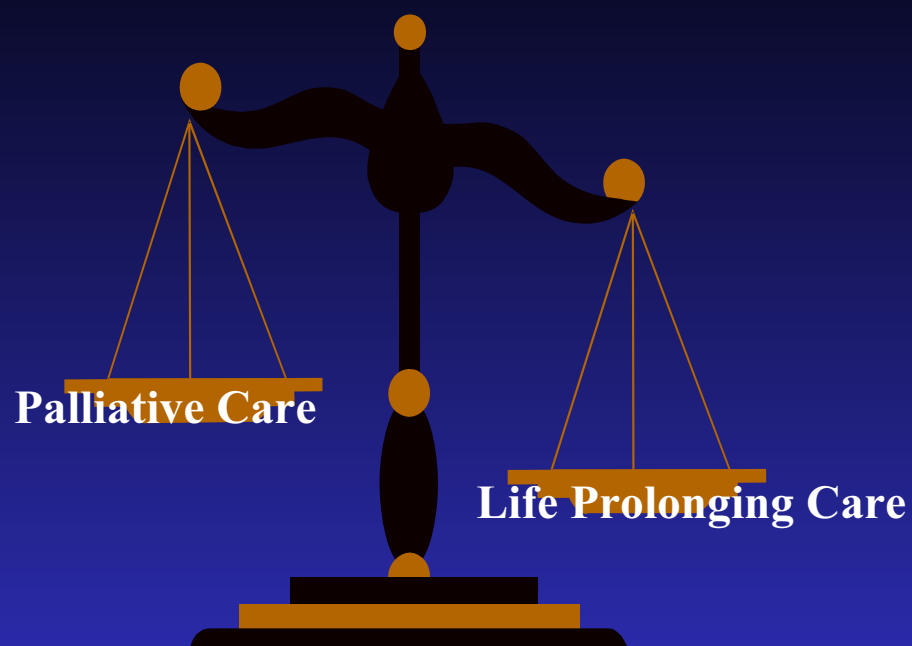
I modelli di cura

Curative vs. Palliative Model of Care

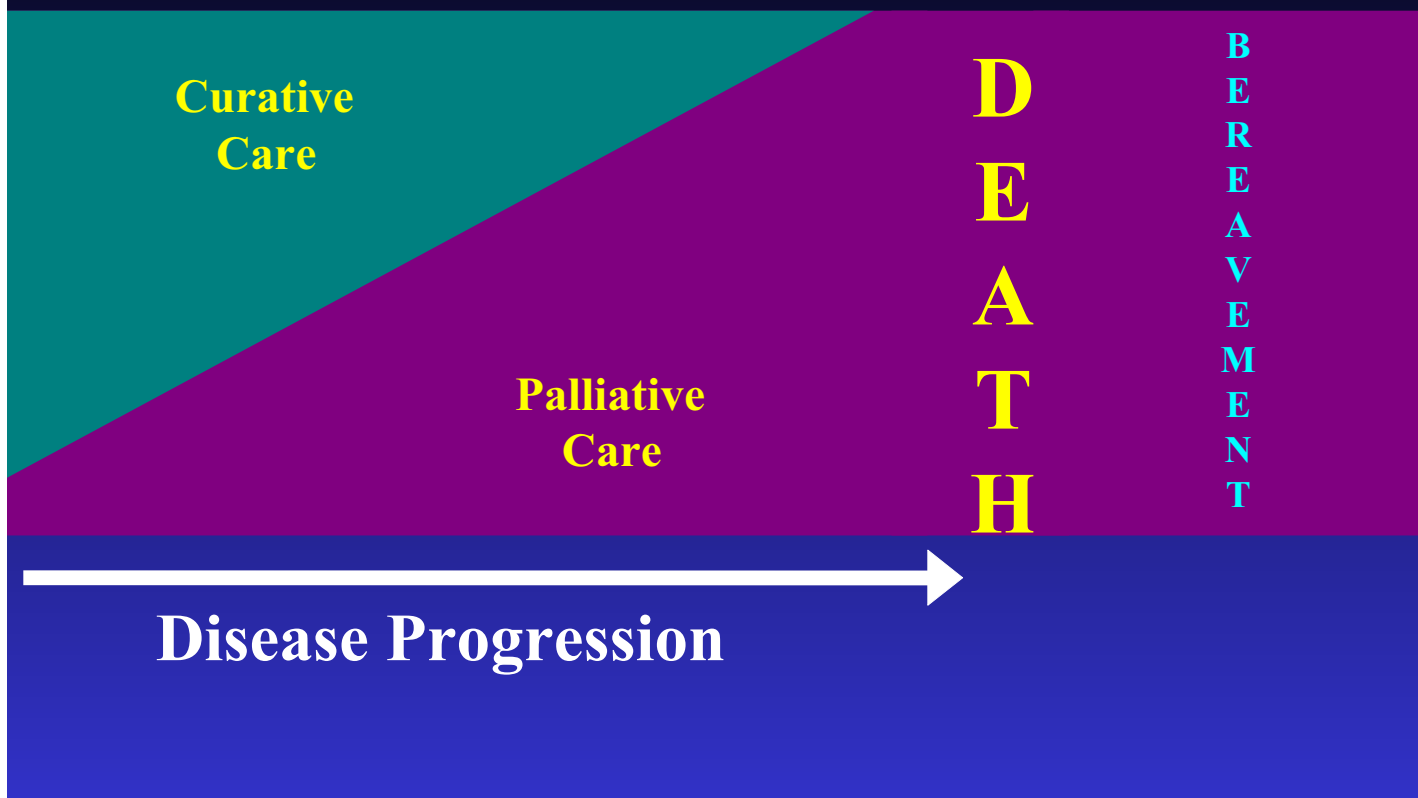




Restoring the Balance



Continuum of Care Model



Cure Palliative...

- sono centrate sul sollievo dalla sofferenza e il miglioramento della qualità della vita
- affermano la vita, ma considerano la morte come un processo naturale della persona
- si estrinsecano in molte patologie
- sono appropriate anche nelle fasi precoci della malattie irreversibili
- rispettano le preferenze del malato e della famiglia
- possono integrarsi alle terapie "curative" o possono essere l'unico focus delle cure

...Cure Palliative

Sono interdisciplinari

Mettono in primo piano il controllo del dolore e dei sintomi

Possono essere contestuali a trattamenti in grado di modificare il decorso della malattia (p.e. RT o CT, in oncologia)

Comprendono il supporto psicologico, sociale e spirituale

Prevedono cure oltre la morte del malato (p.e. supporto al lutto)

INTEGRAZIONE E CONTINUITA' DELLE CURE

Il malato e la famiglia sono al centro delle attenzioni e delle cure



Aree specifiche delle Cure Palliative

- Comunicazione, aiutare nel prendere decisioni
- Competenza nella gestione dei sintomi (valutazione e trattamento)
- Supporto psicologico e sociale, aiuti concreti e coordinati, servizio di supporto al lutto

Comunicazione

- E' essenziale nella pratica della medicina palliativa: riduce l'ansia, migliora il benessere e la soddisfazione nei confronti degli operatori e dei servizi, e favorisce il raggiungimento degli obiettivi delle cure
- La comunicazione efficace è: onesta, capace di affrontare il tema della morte, sensibile nel dare le "cattive notizie", sviluppata capacità di ascolto e incoraggiante nel dialogo
- Ruolo del medico: condivisione delle scelte, capace di esprimere i limiti e i benefici, in grado di aiutare il paziente/famiglia a prendere le appropriate decisioni (coerenti con gli obiettivi delle cure).



"There's no easy way I can tell you this, so I'm sending you to someone who can."

L'équipe di cure palliative:

- **non discrimina** (per razza, censo, età, religione, ideologia, abitudini sessuali, ecc..)
- **non si sostituisce** nelle scelte del malato
- **favorisce il malato nell'espressione di scelte autonome**, aiutandolo nel riconoscimento dei propri bisogni

("Cultural care": assunzione che il malato vada considerato, nella valutazione dei suoi bisogni assistenziali, anche come individuo che esprime costrutti culturali propri e specifici e, in forma estesa, delle strutture primarie (famiglia) e del gruppo di appartenenza).

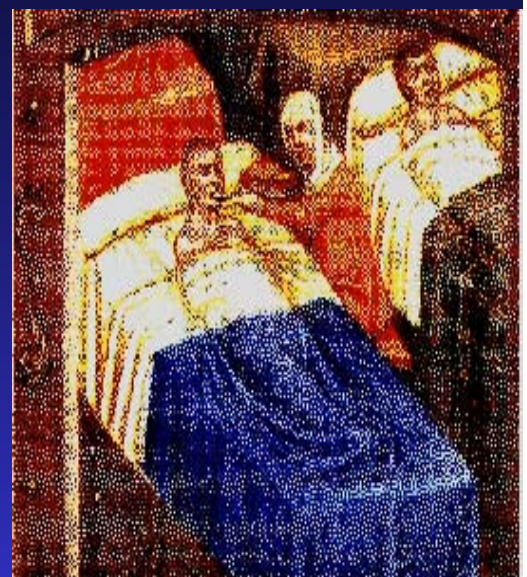
L'assistenza in Hospice NON è centrata sull'atto medico ma sulla interazione paritaria dei componenti dell'équipe.

Tutti gli operatori hanno titolo per contribuire alla ricerca delle soluzioni ai problemi che emergono (e ad orientare, o suggerire, le più opportune scelte terapeutico-assistenziali, nel rispetto dei propri e altrui ruoli).



L'attenzione ai bisogni del malato è la parte più qualificata e costitutiva dell'assistenza, e non un atto di generosità o di temporanea disponibilità.

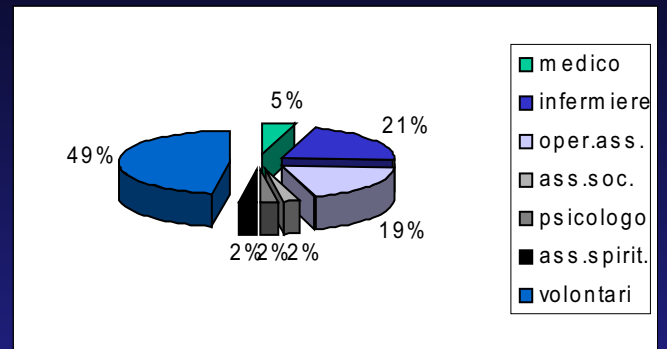
L'assistenza di qualità è quella in grado di fornire la giusta risposta, al momento giusto, ad un bisogno espresso, o meno, dal malato e/o dalla sua famiglia.



Manoscritto del XIII secolo (Biblioteca nazionale di Parigi).

L'équipe dell'Hospice del Pio Albergo Trivulzio

- medico
- infermiere
- operatore assistenza
- psicologo
- assistente sociale
- assistente spirituale
- fisioterapista
- volontario



Hospice

"Pio Albergo Trivulzio", Milano

13 letti (1991)

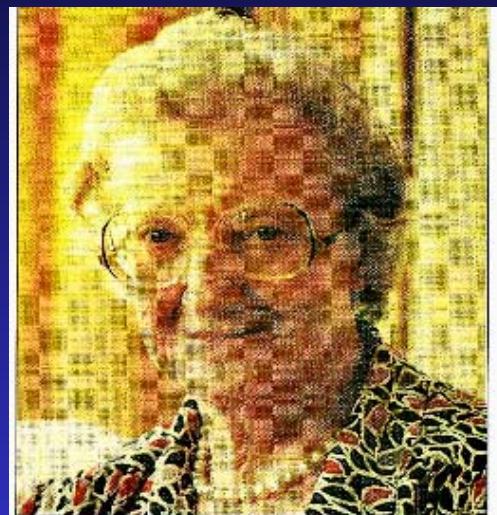


L'hospice deve, ascoltando, "dare voce" al malato, per dare significato anche agli ultimi giorni, che sembrano così poveri di senso, per consentire di vivere, in un adatto contesto emozionale e partecipativo, ogni istante fino alla fine.



“Qualcuno si scandalizzerà nel sentirci parlare di accettazione o addirittura di preparazione alla morte e penserà che sia il paziente sia il medico dovrebbero avere sempre fiducia nelle possibilità di guarigione e lottare per la vita fino alla fine.

Però ciò non è rassegnazione del paziente né disfattismo o negligenza del medico. Per entrambi è esattamente il contrario di una attesa passiva. Resta tanto da fare, facendone un'occasione di riconciliazione e compimento, e questa è la vera consolazione per chi sopravvive”



Dame Cecily Saunders, founder of St Christopher's Hospice. (Reproduced with permission)

Cicely Saunders 1918-2005

GRAZIE



Loredana e Virgilio Floriani
FONDAZIONE FLORIANI (MILANO)
12/5/1977

