

LA RETE GENOVESE DI CURE PALLIATIVE
Un modello organizzativo sperimentale di gestione
di un bisogno complesso in rete

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Ing. Gabriella Paoli)

INDICE

1. I BISOGNI DI CURE PALLIATIVE NEI PAZIENTI ONCOLOGICI
2. LA RETE GENOVESE DI CURE PALLIATIVE
3. L'ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA DI SERVIZI
4. LA RETE GENOVESE DI CURE PALLIATIVE
 - 4.1 AREA GENOVA PONENTE
 - 4.1.1 FUNZIONI
 - 4.1.2. ORGANIZZAZIONE
 - 4.1.3 COPERTURA DEL BISOGNO
 - 4.1.4 INTEGRAZIONE NELLA RETE GENOVESE DI CURE PALLIATIVE
 - 4.2 AREA GENOVA CENTRO
 - 4.2.1 FUNZIONI
 - 4.2.2. ORGANIZZAZIONE
 - 4.2.3 COPERTURA DEL BISOGNO
 - 4.2.4 INTEGRAZIONE NELLA RETE GENOVESE DI CURE PALLIATIVE
 - 4.3 AREA GENOVA LEVANTE
 - 4.3.1 FUNZIONI
 - 4.3.2. ORGANIZZAZIONE
 - 4.3.3 COPERTURA DEL BISOGNO
 - 4.3.4 INTEGRAZIONE NELLA RETE GENOVESE DI CURE PALLIATIVE
5. GLI HOSPICE
6. IL GOVERNO DELLA RETE GENOVESE DI CURE PALLIATIVE

ALLEGATO 1: Metodologia del calcolo della stima della copertura del bisogno

ALLEGATO 2: Il profilo dell'infermiere Case Manager di cure palliative

1. I BISOGNI DI CURE PALLIATIVE NEI PAZIENTI ONCOLOGICI

Nonostante bisogni di cure palliative siano riconoscibili nella maggior parte dei pazienti affetti da patologia cronica e progressiva ad esito infausto, ragioni di ordine scientifico e organizzativo suggeriscono di focalizzare l'avvio della rete di cure palliative sui bisogni dei pazienti oncologici in fase avanzata e terminale di malattia. Per questi pazienti le evidenze scientifiche che supportano lo sviluppo di un modello organizzativo basato su equipe competenti e dedicate sono più che solide. E' invece oggetto di ricerca scientifica a livello internazionale l'identificazione delle modalità più efficienti per affrontare i bisogni di cure palliative in altri gruppi di pazienti. In ogni caso, l'implementazione di una rete competente e dedicata rappresenta la premessa indispensabile per poter affrontare, anche sul terreno della ricerca scientifica, la tematica dei bisogni di cure palliative per i pazienti non neoplastici.

Per stimare i bisogni di cure palliative nei pazienti oncologici, sono utilizzati i dati di mortalità, assumendo che la maggior parte di questi pazienti (sicuramente più del 90%) abbia attraversato una fase terminale con bisogni più o meno complessi di cure palliative. La letteratura scientifica stima in circa 90 giorni la durata media di tale fase.

La metodologia utilizzata per la stima dei bisogni è quella proposta dal Ministero della Salute e sancita in Conferenza Stato-Regioni il 19 aprile 2001 (Linee guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le cure palliative)

Stima dei bisogni complessivi e per distretto

Secondo i dati forniti dal Registro di Mortalità della Regione Liguria (RMRL) nell'anno 2001, nel territorio dell'ASL3 genovese, 2.922 persone residenti sono decedute per tumore. Poiché non è realistico ipotizzare una modifica sostanziale del numero dei decessi totali negli ultimi 6 anni, questo dato può essere utilizzato per una stima dei bisogni al 2007.

- Si può stimare che il bisogno complessivo di cure palliative in ambito oncologico riguardi circa 2.600 – 2.700 pazienti l'anno, con una prevalenza puntuale stimabile in circa 650 pazienti in fase terminale.

DISTRETTI	N.	%
8 Genova ponente e comuni limitrofi	364	12.5
9 Genova medio ponente e centro ovest	512	17.5
10 Genova valpolcevera e comuni limitrofi	438	15.0
11 Genova centro est	647	22.1
12 Genova bassa valbisagno e comuni limitrofi	590	20.2
13 Genova levante e comuni limitrofi	371	12.7
TOTALE	2.922	100

Deceduti annui per tumore nei 6 Distretti genovesi (RMRL anno 2001)

- Un'analisi più approfondita dei bisogni è contenuta nel libro: *Costantini M, Beccaro M (a cura di). Bisogni di cure palliative. I problemi dei pazienti con tumore nei loro ultimi tre mesi di vita. I risultati di una ricerca genovese. Genova: Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri, 2005.*

2. LA RETE GENOVESE DI CURE PALLIATIVE

In accordo con la delibera n°277 del 16 marzo 2007, in cui viene definito il modello organizzativo della rete regionale di cure palliative:

“**obiettivo generale** della rete genovese di cure palliative, in tutte le sue articolazioni, è quello di promuovere e garantire che cure palliative di elevata qualità siano erogate in maniera appropriata e equa, prioritariamente ai pazienti oncologici con malattia in fase terminale e alle loro famiglie”.

La rete genovese di cure palliative è costituita da un’aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, pubblici, privati e convenzionati, dedicati alle cure palliative, nel quale opera personale formato e dedicato a tempo pieno a quest’attività.

La rete genovese eroga in forma diretta, con personale medico e infermieristico specificatamente formato e dedicato:

- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare per i pazienti con bisogni clinico-assistenziali di elevata intensità o complessità, in collaborazione con le cure domiciliari distrettuali;
- attività di consulenza di medicina palliativa in ospedale e nelle strutture residenziali e facilitazione delle dimissioni protette;
- assistenza specialistica negli hospice.

La rete genovese svolge inoltre:

- attività di verifica e valutazione della qualità dei servizi offerti ai pazienti in fase terminale di malattia e ai familiari durante la fase terminale e dopo il decesso (indipendentemente dal soggetto erogatore dell’assistenza);
- attività di formazione indirizzate alle varie figure professionali coinvolte nell’assistenza al paziente nei diversi setting di cura (ad esempio, infermieri, Medici di Medicina Generale, operatori del distretto, personale ospedaliero e delle strutture residenziali);
- attività di ricerca nel campo delle cure palliative;
- comunicazione sociale sulla rete di cure palliative e, più in generale, sulle tematiche di fine vita.

La Rete Genovese di Cure Palliative è una articolazione locale della Rete Regionale Ligure di Cure Palliative.

3. L'ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA DI SERVIZI

Le attività assistenziali proprie della rete, a livello domiciliare e residenziale, vengono erogate sull'intero territorio dell'ASL 3 genovese, da strutture e funzioni di cure palliative afferenti le diverse aziende sanitarie. Più precisamente:

L'attività di assistenza domiciliare specialistica viene svolta, in ciascun distretto, da nuclei costituiti da 1 medico e 3 infermieri dedicati, dotati di competenze in cure palliative di livello specialistico. La sede di ciascun nucleo è il distretto. Il personale che eroga assistenza domiciliare fa capo alle SS di Cure Palliative dell'ASL 3 genovese (distretti 8,9,10,12 e 13) e dell'AO Ospedali Galliera (distretto 11).

L'attività all'interno degli ospedali e nelle strutture residenziali viene svolta da personale dedicato nei 4 ospedali maggiori: S. Martino, IST, Galliera e Villa Scassi, e dal personale dell'assistenza domiciliare (negli ospedali minori e nelle strutture residenziali).

Il profilo di competenza dell'infermiere di cure palliative è quello di un operatore con competenza specifica e forte motivazione, con attitudine al lavoro di equipe, in grado di gestire autonomamente, per quello che è di sua competenza, l'assistenza al paziente terminale e alla sua famiglia. Questa figura professionale, identificabile come "Case Manager" del paziente, interagisce primariamente con i colleghi del distretto, mantenendo le fila di una presa in carico globale dei bisogni di cure palliative. Il profilo di competenza dell'infermiere di cure palliative richiede una formazione specialistica che preveda, oltre ad una approfondita conoscenza teorica nel campo delle cure palliative, la capacità di pianificare e coordinare in maniera efficiente il percorso assistenziale nei diversi setting di cura. Un breve elenco delle competenze dell'infermiere Case manager di cure palliative è riportato in Allegato 2.

Il profilo di competenza del medico di cure palliative è quello di un professionista che ha sviluppato una competenza specialistica in questo settore. Il profilo richiede un'approfondita conoscenza teorica, adeguata esperienza e capacità di relazionarsi a reti di servizi, valorizzando le risorse esistenti. Questo professionista, oltre ad adeguata preparazione teorico-pratica e buone attitudini relazionali, deve possedere le capacità manageriali ed organizzative necessarie per gestire un lavoro di equipe.

Entrambe queste figure professionali necessitano di una **formazione specifica di livello specialistico**. In accordo con la Delibera di Giunta 277 del 16 marzo 2007, è responsabilità della SC Coordinamento Regionale Cure Palliative, attivata nel 2007 presso l'IST di Genova, garantire un processo di formazione continua di livello specialistico per tutto il personale operante nella Rete genovese.

Tutte le aziende sanitarie genovesi, territoriali ed ospedaliere, Enti ed Istituti di Ricerca a Carattere Scientifico concorrono alla costituzione della rete genovese di cure palliative.

4. LA RETE GENOVESE DI CURE PALLIATIVE

4.1 AREA GENOVA PONENTE

4.1.1 FUNZIONI

Nell'area del ponente genovese, corrispondente ai distretti 8,9,10 la rete genovese di cure palliative garantisce funzioni di:

- **Assistenza ambulatoriale**

Il bisogno di cure palliative non è al momento quantificabile.

- **Assistenza domiciliare di cure palliative in tre distretti:**

Distretto 8 (Distretto ponente) comprende la circoscrizione di Genova Ponente (Voltri, Pra, Pegli) e i comuni di Arenzano, Cogoleto, Masone, Campoligure, Rossiglione, Tiglieto e Mele per un totale di 102.555 abitanti (di cui 66.705 nel comune di Genova) su un'estensione di 263,1 kmq e una densità abitativa media di 389,7 abitanti per kmq.

Distretto 9 (Distretto medio ponente) comprende la circoscrizioni di Genova Medio Ponente e Centro Ovest (Sestri Ponente, Cornigliano, S.Pierdarena e S. Teodoro) per un totale di 133.379 abitanti su un'estensione di 25,83 kmq e una densità abitativa media di 5.163 abitanti per kmq.

Distretto 10 (Distretto Val Polcevera e Valle Scrivia) comprende la circoscrizione di Genova Valpolcevera (Pontedecimo, Bolzaneto, Rivarolo) e comuni di Casella, Montoggio, Savignone, Valbrevenna, Ronco Scrivia, Isola del Cantone, S.Olcese, Vobbia, Busalla, Crocefieschi, Campomorone, Ceranesi, Mignanego e Serra Riccò per un totale di 115.952 abitanti (di cui 66.887 nel comune di Genova) su un'estensione di 346,3 kmq e una densità abitativa media di 334 abitanti per kmq.

Il bisogno di cure palliative oncologiche è quantificabile in circa 1.200 nuovi pazienti anno, con una prevalenza puntuale di circa 300 pazienti così suddivisi:

Distretto 8: 330 nuovi pazienti anno, prevalenza puntuale di circa 80 pazienti

Distretto 9: 460 nuovi pazienti anno, prevalenza puntuale di circa 120 pazienti

Distretto 10: 390 nuovi pazienti anno, prevalenza puntuale di circa 100 pazienti

- **Attività intraospedaliera di cure palliative nel PO Villa Scassi**

Il bisogno complessivo di cure palliative è difficilmente quantificabile. Un'analisi recente ha evidenziato che nel 2007 sono deceduti in ospedale 963 pazienti (di cui circa un quarto per tumore), di cui 378 nell'UO Medicina e 109 nell'UO Pneumologia.

- **Consulenza di cure palliative negli ospedali dei Distretti 8, 9 e 10:**

Il bisogno di cure palliative è difficilmente quantificabile. Data la composizione dei reparti è ragionevole che tale bisogno sia limitato ai seguenti PO:

PO La Colletta di Arenzano

PO San Carlo di Voltri

PO Antero Micone di Sestri Ponente

PO Gallino di Pontedecimo

- **Consulenza di cure palliative nelle strutture residenziali dei Distretti 8, 9 e 10**

Il bisogno di cure palliative non è al momento quantificabile.

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Ing. Gabriella Paoli)

4.1.2. ORGANIZZAZIONE: L'articolazione organizzativa necessaria a svolgere le funzioni di cui sopra nell'area del ponente genovese prevede:

- **la SS Cure Palliative dell'ASL 3 genovese**, che, con parte del suo organico, svolge la funzione di assistenza domiciliare nell'area Genova ponente. Il personale della struttura che opera nei distretti 8, 9 e 10 è costituito da:
 - 3 medici di cure palliative (incluso il responsabile della SS)
 - 9 infermieri di cure palliative
 - 1 Coordinatore infermieristico (unico per l'intera rete)
 - 1 amministrativo (unico per l'intera rete)

- **la funzione di cure palliative nel PO Villa Scassi** afferente l'UO Medicina e che include:
 - 1 infermiere di cure palliative
 - 1 medico a tempo parziale

4.1.3 COPERTURA DEL BISOGNO: Questa articolazione organizzativa dovrebbe essere in grado di:

- Prendere in carico, in collaborazione con le altre figure professionali che operano a livello domiciliare nei Distretti 8, 9 e 10 circa 500 pazienti oncologici con malattia in fase terminale l'anno, pari a circa il 40% del bisogno complessivo.
- Garantire consulenza e facilitare le dimissioni in assistenza domiciliare negli ospedali e nelle strutture residenziali del territorio di competenza.

4.1.4 INTEGRAZIONE NELLA RETE GENOVESE DI CURE PALLIATIVE.

La SS Cure Palliative dell'ASL 3 genovese e la funzione di cure palliative del PO Villa Scassi, sono parte integrante della Rete Genovese di Cure Palliative. Il Responsabile della SS dell'ASL 3 genovese e il referente della funzione di cure palliative del PO Villa Scassi sono membri del Comitato di Coordinamento della Rete.

4.2 AREA GENOVA CENTRO

4.2.1. FUNZIONI

Nell'area Genova centro, corrispondente al distretto 11, la rete genovese di cure palliative garantisce funzioni di:

- **Assistenza ambulatoriale**

Il bisogno di cure palliative non è al momento quantificabile.

- **Assistenza domiciliare di cure palliative nel Distretto 11 Genova Centro**, che comprende le Circoscrizioni di Genova Centro Est (Oregina, Lagaccio, Prè - Molo - Maddalena, Castelletto, Portoria) e Medio Levante (S.Martino, Albaro, Foce) per un totale di 163.080 abitanti su un'estensione di 13,1 kmq e una densità abitativa media di 12.382 abitanti per kmq.

Il bisogno di cure palliative oncologiche è quantificabile in circa 580 nuovi pazienti anno, con una prevalenza puntuale di circa 140 pazienti.

- **Attività intraospedaliera di cure palliative nell'AO Ospedali Galliera**

Il bisogno di cure palliative è difficilmente quantificabile. Dati del 2002 forniscono una stima di circa 200-250 decessi per tumore l'anno nei reparti dell'ospedale Galliera.

- **Consulenza di cure palliative nell'AO Ospedale Evangelico**

Il bisogno di cure palliative è difficilmente quantificabile. Dati del 2002 forniscono una stima di circa 30-50 decessi per tumore nell'AO Evangelico

- **Consulenza di cure palliative nelle strutture residenziali del Distretto 11**

Il bisogno di cure palliative non è al momento quantificabile.

4.2.2. ORGANIZZAZIONE: L'articolazione organizzativa necessaria a svolgere le funzioni di cui sopra nell'area Genova centro prevede:

- **la SS Cure Palliative dell'AO Ospedali Galliera** con un organico costituito da:

- 2 medici di cure palliative (incluso il responsabile della SS)
- 4 infermieri di cure palliative
- 1 Coordinatore infermieristico
- 1 amministrativo

Come per gli altri distretti, 1 medico e 3 infermieri hanno funzioni di assistenza domiciliare; 1 medico e 1 infermiere sono dedicati all'attività intraospedaliera nell'AO Ospedale Galliera, di consulenza nell'AO Ospedale Evangelico e nelle strutture residenziali del distretto 11.

4.2.3 COPERTURA DEL BISOGNO. Questa articolazione organizzativa dovrebbe essere in grado di:

- Prendere in carico, in collaborazione con le altre figure professionali che operano a livello domiciliare nel Distretto 11, circa 200 pazienti oncologici con malattia in fase terminale l'anno, pari a circa il 35% del bisogno complessivo.
- Garantire consulenza e facilitare le dimissioni in assistenza domiciliare negli ospedali e nelle strutture residenziali del territorio di competenza.

4.2.4 INTEGRAZIONE NELLA RETE GENOVESE DI CURE PALLIATIVE.

La SS di Cure Palliative dell'AO Ospedali Galliera è parte integrante della Rete Genovese di Cure Palliative, e il suo Responsabile è membro del Comitato di Coordinamento della Rete.

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Ing. Gabriella Paoli)

4.3 AREA GENOVA LEVANTE

4.3.1 FUNZIONI

- **Assistenza ambulatoriale**

Il bisogno di cure palliative non è al momento quantificabile.

- **Assistenza domiciliare di cure palliative in due distretti:**

Distretto 12 (Val Bisagno e Val Trebbia) comprende le circoscrizioni di Genova Bassa Valbisagno (S.Fruttuoso, Marassi) e Valbisagno (Struppa, Molassana, Staglieno) e i comuni di Montebruno, Propata, Rondanina, Fontanigorda, Fascia, Gorreto, Rovegno, Lumarzo, Davagna, Torriglia, Bargagli per un totale di 154.489 abitanti (di cui 144.504 nel comune di Genova) su un'estensione di 310,1 kmq e una densità abitativa media di 498 abitanti per kmq.

Distretto 13 (Levante) comprende la circoscrizione di Genova Levante (Nervi, Quarto, Valle Sturla) e i comuni di Recco, Camogli, Uscio, Avegno, Bogliasco, Pieve, Sori per un totale di 102.782 abitanti (di cui 69.296 nel comune di Genova) su un'estensione di 97,9 kmq e una densità abitativa media di 1.049 abitanti per kmq.

Il bisogno di cure palliative oncologiche è quantificabile in circa 860 nuovi pazienti anno, con una prevalenza puntuale di circa 210 pazienti così suddivisi:

Distretto 12: 530 nuovi pazienti anno, prevalenza puntuale di circa 130 pazienti

Distretto 13: 330 nuovi pazienti anno, prevalenza puntuale di circa 80 pazienti

- **Attività intraospedaliera di cure palliative nell'AO S. Martino**

Il bisogno di cure palliative è difficilmente quantificabile. Dati del 2002 forniscono una stima di circa 700-750 decessi per tumore l'anno nei reparti dell'AO S. Martino. Nel corso del 2007, la SS Terapia Antalgica e Cure Palliative ha effettuato 936 prestazioni ambulatoriali per esterni a 353 pazienti o familiari (di cui 132 oncologici). Sempre nel 2007 ha effettuato 5.156 visite di consulenza interna a 1.053 ricoverati (di cui 599 oncologici).

- **Attività intraospedaliera di cure palliative nell'IST**

Il bisogno di cure palliative è difficilmente quantificabile. Dati del 2002 forniscono una stima di circa 100-120 decessi per tumore l'anno nei reparti dell'IST.

- **Consulenza di cure palliative nel PO di Recco:**

Il bisogno di cure palliative è difficilmente quantificabile. Dati del 2002 forniscono una stima di circa 50 decessi per tumore l'anno nei reparti dell'ospedale di Recco

- **Consulenza di cure palliative nelle strutture residenziali dei Distretti 12 e 13**

Il bisogno di cure palliative non è al momento quantificabile.

4.3.2. ORGANIZZAZIONE: L'articolazione organizzativa necessaria a svolgere le funzioni di cui sopra prevede:

- **la SS Cure Palliative dell'ASL 3 genovese, che, con parte del suo organico, svolge la funzione di assistenza domiciliare nell'area Genova levante. Il personale della struttura che opera nei distretti 12 e 13 è costituito da:**

- 2 medici di cure palliative
- 6 infermieri di cure palliative

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Ing. Gabriella Paoli)

- **la SS Terapia Antalgica e Cure Palliative** (attiva nell'AO S. Martino, Responsabile Dott.ssa Maria Teresa Roy), con un organico costituito da:
 - 2 medici
 - 1 infermiere

- **la funzione di cure palliative** e che include:
 - 2 medici
 - 2 infermieri

4.3.3 COPERTURA DEL BISOGNO. Il personale del polo dovrebbe essere in grado di:

- Prendere in carico, in collaborazione con le altre figure professionali che operano a livello domiciliare nei Distretti 12 e 13, circa 340 pazienti oncologici con malattia in fase terminale l'anno, pari a circa il 40% del bisogno complessivo.
- Garantire consulenza e facilitare le dimissioni in assistenza domiciliare negli ospedali e nelle strutture residenziali del territorio di competenza

4.3.4 INTEGRAZIONE NELLA RETE GENOVESE DI CURE PALLIATIVE.

La SS Cure Palliative dell'ASL 3 genovese, la SS Terapia Antalgica e Cure Palliative dell'AO S. Martino e la funzione di cure palliative dell'IST sono parte integrante della Rete Genovese di Cure Palliative. I Responsabili delle due SS e il referente della funzione di cure palliative dell'IST sono membri del Comitato di Coordinamento della Rete.

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Ing. Gabriella Paoli)

5. GLI HOSPICE

L'Hospice è una struttura specialistica di cure palliative caratterizzata da interventi a bassa invasività, ma ad elevata complessità assistenziale e relazionale, a valenza sanitaria destinata al ricovero dei pazienti con malattia ad andamento progressivo, in fase avanzata o terminale, per la quale ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e per i quali l'assistenza domiciliare non è praticabile per motivi sanitari o sociali.

L'Hospice è parte integrante della rete locale di cure palliative e svolge le seguenti funzioni:

- garantire un ricovero per i pazienti per i quali le cure a domicilio non sono possibili o appropriate;
- fornire un periodo di sollievo alle famiglie nella cura dei pazienti;
- garantire un miglior controllo dei sintomi nel caso che questo sia difficile da ottenere a domicilio;
- rappresentare un punto di formazione in cure palliative.

I requisiti strutturali e tecnologici sono quelli indicati dal d.p.c.m. 20 gennaio 2000.

I requisiti specifici per l'accreditamento sono definiti da un apposito documento. Fra i requisiti organizzativi specifici per l'accreditamento degli hospice viene ricordato che "L'Hospice è funzionalmente integrato con la Rete locale di cure palliative".

Di seguito lo stato di attuazione del programma di realizzazione degli hospice nell'area genovese al gennaio 2009:

Hospice "G. Ghirotti" presso l'ex Ospedale Pastorino	12 posti letto	attivo dal dicembre 2002	gestito dall'Ass. G. Ghirotti in convenzione con l'ASL 3 genovese
Hospice IST	12 posti letto	attivazione prevista nel 2009	progetto IST – San Martino gestione IST
Hospice "G. Ghirotti" presso Villa Salus	10 posti letto	attivazione prevista nel 2009	progetto Ass. G. Ghirotti gestione Ass. G. Ghirotti
Hospice presso il Seminario Minore del Chiappato	10 posti letto	attivazione non definibile	progetto e gestione da definire
Hospice nel PO la Colletta di Arenzano	8 posti letto	attivazione prevista nel 2009	progetto e gestione ASL 3 genovese

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Ing. Gabriella Paoli)

Gli hospice sono parte integrante della rete genovese di cure palliative. Il responsabile di ciascun hospice è membro del Comitato di Coordinamento della Rete. L'integrazione degli hospice nella rete prevede, da parte del Comitato di Coordinamento della rete la definizione dei seguenti punti:

- Definizione dei requisiti di eleggibilità
- Procedure di valutazione dei requisiti di eleggibilità
- Procedure per la formulazione e l'invio della proposta di ricovero
- Procedure per la valutazione della proposta di ricovero
- Procedure per un'equa ed efficiente gestione della lista di attesa

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Ing. Gabriella Paoli)

6. IL GOVERNO DELLA RETE GENOVESE DI CURE PALLIATIVE

La particolare articolazione della rete genovese di cure palliative deriva dalla complessità del territorio dell'area metropolitana dove coesistono numerose aziende territoriali ed ospedaliere, Enti e Istituti di ricerca, tutti più o meno coinvolti nello sviluppo di una efficiente rete di cure palliative.

In questo contesto, la rete di cure palliative rappresenta un'integrazione di articolazioni organizzative dedicate alle cure palliative afferenti aziende diverse, con un governo funzionale unico. Questo modello organizzativo, effettivamente innovativo per la realtà ligure, deve prevedere una prima fase di gestione sperimentale, con i seguenti obiettivi:

- ✓ avviare la rete nella sue articolazioni organizzative
- ✓ sperimentare un modello di governo unico della rete
- ✓ valutare l'efficienza del modello

Vista la natura sperimentale del progetto, la funzione di governo e coordinamento della Rete Genovese di Cure Palliative dovrebbe essere affidata ad una struttura dotata di competenze adeguate nel campo dello sviluppo e della valutazione dei servizi di cure palliative. Il responsabile della struttura di cui sopra svolge funzioni di Coordinatore della rete genovese.

Viene inoltre costituito il Comitato di Coordinamento della rete genovese di cure palliative con le seguenti funzioni:

- ✓ favorire un equo, appropriato ed efficiente accesso dei cittadini all'offerta di cure palliative;
- ✓ garantire un'erogazione di servizi di qualità nelle diverse strutture dedicate;
- ✓ implementare i programmi per la valutazione della qualità dei servizi e dei risultati;
- ✓ favorire la continuità assistenziale costruita intorno ai bisogni della persona malata, attraverso la realizzazione di un unico piano assistenziale;
- ✓ promuovere l'integrazione della rete con i servizi distrettuali, sociali e sanitari;
- ✓ provvedere al monitoraggio e alla valutazione del funzionamento della rete genovese tramite l'analisi del flusso informativo all'uopo istituito;
- ✓ potenziare la collaborazione con le strutture non profit operanti nel campo delle cure palliative;
- ✓ potenziare la collaborazione con le strutture della rete oncologica e con i servizi della medicina e terapia del dolore;
- ✓ promuovere la diffusione della cultura delle cure palliative tra il personale sanitario, in particolare di quello operante nell'ambito delle strutture ospedaliere e residenziali.

In Comitato è costituito da:

- il Coordinatore della rete genovese;
- i responsabili delle articolazioni organizzative e funzionali facenti parte della rete genovese, più precisamente:
 - il responsabile della SS Cure Palliative ASL 3 genovese
 - il responsabile della funzione di cure palliative del PO Villa Scassi
 - il responsabile dell'Hospice Gigi Ghirotti di Genova Bolzaneto;
 - I responsabile della SS Cure Palliative dell'AO Ospedali Galliera;
 - il responsabile della SS Terapia Antalgica e Cure Palliative dell'AO S. Martino
 - il responsabile della funzione di cure palliative dell'IST
 - un rappresentante dei Medici di Medicina Generale dell'ASL 3 genovese

I responsabili di strutture di cure palliative o di hospice di nuova attivazione entrano a far parte del Comitato di Coordinamento.

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Ing. Gabriella Paoli)

Il Coordinatore ha funzioni di rappresentanza della Rete Genovese di Cure Palliative e di confronto con le direzioni aziendali per tutti gli aspetti relativi al funzionamento della rete stessa, in particolare per quanto riguarda l'implementazione di protocolli, procedure organizzative, programmi di miglioramento della qualità.

Il Coordinatore della rete genovese:

- ✓ valuta il funzionamento della rete (in termini di equità, appropriatezza ed efficienza) attraverso l'analisi di dati afferenti dalle strutture facenti parte della rete stessa. Per lo svolgimento di questa funzione, il Coordinatore della rete può usufruire delle strutture tecniche preposte della Regione.
- ✓ sviluppa programmi di valutazione e di miglioramento della qualità;
- ✓ definisce, in accordo con le politiche dell'Assessorato, modalità e contenuti della comunicazione sociale della rete, indirizzata ai professionisti, ai pazienti e ai loro familiari, e più in generale all'opinione pubblica.
- ✓ invia rapporti sintetici sull'andamento della rete di cure palliative e l'attività del comitato di coordinamento all'Assessore e ai Direttori Generali delle Aziende facenti parte della rete a cadenza semestrale.

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Ing. Gabriella Paoli)

ALLEGATO 1: Metodologia del calcolo della stima della copertura del bisogno

La copertura del bisogno di assistenza domiciliare è stata calcolata sulla base di alcune assunzioni:

- Considerando turni infermieristici su 6 giorni, si possono ipotizzare una media di 4 accessi per turno.
- Un paziente oncologico in fase terminale, rimane mediamente in assistenza (dalla presa in carico al decesso) circa 6 settimane. Si può ragionevolmente ipotizzare che l'assistenza di questo paziente richieda circa 15 accessi complessivi (si tratta, ovviamente di una stima media).
- Le giornate effettivamente lavorate, in media, tolte ferie, festività, malattie etc. sono stimabili in circa 220 l'anno.
- Un infermiere garantire circa 800-900 accessi l'anno, prendendo in carico una media di circa 50-60 pazienti l'anno.
- Un nucleo, costituito da 1 medico e 3 infermieri dovrebbe essere in grado di seguire in 1 anno circa 150-180 pazienti.

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Ing. Gabriella Paoli)

ALLEGATO 2: Competenze specialistiche dell'infermiere Case Manager di cure palliative

L'Infermiere Case Manager è un professionista che si occupa di percorsi assistenziali complessi. Nasce allo scopo di finalizzare le risorse mantenendo un elevato standard di qualità assistenziale nella logica del contenimento dei costi. Il Case Management è una metodologia che permette di mantenere il coordinamento di professionalità e risorse governando l'intero processo e garantendo una assistenza personalizzata. Il ruolo del Case Manager è affidato a una figura infermieristica in quanto il processo che deve essere governato, per competenze, abilità e conoscenze è riconducibile al profilo dell'infermiere.¹

La metodologia utilizzata dal Case Manager nel campo delle cure palliative consiste nella presa in carico del paziente con malattia in fase terminale e della sua famiglia. **L'infermiere Case Manager di cure palliative** è in grado di valutare continuamente l'evoluzione dei complessi bisogni multidimensionali del paziente e dei familiari, attivando percorsi assistenziali semplici e complessi con lo scopo di garantire la più efficace ed efficiente qualità dell'assistenza di tipo palliativo.

Il Case Manager attiva le risorse professionali sociali e sanitarie necessarie al caso, governa i processi di transizione dai diversi setting di cura (domicilio, RSA, ospedale, hospice), individuando i percorsi più appropriati; prende contatti con le strutture stesse, attiva le risorse strumentali necessarie a garantire la continuità e la sicurezza assistenziale al domicilio, in un'ottica di gradualità delle cure e dimissione protetta.

GLOSSARIO:²

Case Management:

Gestione del caso, focalizzata su:

1. Valutazione dei bisogni
2. Controllo dell'utilizzazione di risorse in funzione della necessità del paziente

Case Manager

Persona qualificata per presidiare attraverso un controllo altamente individualizzato il processo di cura lungo un continuum temporale, con attenzione alla qualità e ai costi

Managed Care

Gestione dell'assistenza focalizzata su:

1. continuità e integrazione della risposta assistenziale
2. controllo dell'utilizzazione delle risorse

1. Associazione Infermieri Case Manager Italia (AICM). Il profilo dell'Infermiere Case Manager. (<http://xoomer.alice.it/infermiericasemanager/main.html>)
2. Santullo 1999 in: Sasso L, Gamberoni L, Ferraresi A, Tibaldi L. L'infermiere di famiglia – scenari assistenziali e orientamenti futuri. McGraw-Hill, Milano, 2005.



FINE TESTO

RETE REGIONALE LIGURE
Cure palliative
RETE LOCALE AREA METROPOLITANA

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Ing. Gabriella Paoli)