

SERVIZIO SANITARIO

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE N°2**  
Olbia

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N° <sup>774</sup> DEL <sup>25/03/2013</sup>  
~~101/2013~~

**OGGETTO:** Approvazione del Progetto "Potenziamento Cure Domiciliari Palliative Oncologiche Aziendali :  
estensione al territorio del Distretto di Tempio".

L'anno duemila tedici addi venticinque del mese di marzo

in Olbia, nella sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale n° 2.

**IL DIRETTORE GENERALE**

*Dott. Giovanni Antonio Fadda*

Sentiti i pareri favorevoli del

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Giorgio Tidore

e del

DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Serena Fenu

**PREMESSO**

Le malattie oncologiche sono una priorità in ambito sanitario in ragione dei dati di incidenza (oltre 250.000 nuovi casi/anno in Italia) ma anche di prevalenza. Per il Piano Sanitario Nazionale 2011/2013 è obiettivo prioritario il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore all'interno dei percorsi assistenziali sanitari, lo stesso diritto è specificatamente tutelato dalla legge 38 del 15 marzo 2010 nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana;

**CONSIDERATO**

che con il peso crescente nella popolazione delle classi di età ultra 65 enne e con l'aumento della prevalenza di malattie tumorali gravi, le quali, richiedono assistenza continua e programmata nell'ambito territoriale, è necessario progettare, programmare, organizzare servizi alternativi al ricovero ospedaliero per la cura del paziente oncologico.

L'Azienda Sanitaria n°2 ha preso atto di questo mutamento con l'attivazione del **Progetto di Cure Palliative** denominato "**ODO**" ( Ospedalizzazione Domiciliare Oncologica) nel 2006 per il Distretto Sanitario di Olbia. Nell'ambito di tale progetto si è sviluppata, oltre alla assistenza sanitaria, l'importanza di un approccio sociale alla salute che valorizzi gli interventi di cure domiciliari e territoriali al pari di quelli ospedalieri, a garanzia di un buon utilizzo delle risorse sanitarie, di una riduzione dei ricoveri impropri e di una adeguata personalizzazione dell'assistenza.

Che superata la fase sperimentale del progetto, con deliberazione del Direttore Generale n°176 del 01/02/2011 è stato istituito il Servizio di Cure Palliative Oncologiche nell'ambito della Unità Operativa di Oncologia Aziendale e lo stesso si colloca, come previsto dalla DGR 51/49 del 20.12.2007, nel livello di assistenza Distrettuale come Cure Domiciliari di III livello specificamente come Cure Palliative Oncologiche Domiciliari, sebbene, per questa tipologia di Cure risulti fondamentale l'apporto di professionalità che svolgono attività presso strutture ospedaliere;

**ESAMINATA**

la delibera della Giunta Regionale n°51/12 del 28/12/2012 "*Finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie Locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata*" la quale evidenzia che lo sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare costituisce uno dei principali obiettivi della Programmazione sociosanitaria della Regione, e prevede di ripartire le risorse stanziare per l'anno 2012 ( 7.000.000 Bilancio regionale 2012 UPB S5.03.007- capitolo SC 05.0670) tra le Aziende Sanitarie Locali sulla base della popolazione ultra 65 enne residente in ciascun ambito territoriale aziendale; nell'allegato 1 la delibera individua per l'Asl n° 2 di Olbia una popolazione ISTAT 2011 ultra 65 enne pari a 27.255 e congiuntamente un finanziamento pari a 585.253,40 euro;

**PRESO ATTO**

che la suddetta delibera prevede che le risorse destinate a ciascuna azienda siano assegnate con una quota pari al 40% del fondo complessivo a ciascuna ASL a seguito della presentazione di un progetto che preveda la realizzazione di interventi a domicilio destinati a pazienti inseriti in CDI di III livello e Cure Palliative e a malati terminali da parte di figure mediche specialistiche con esperienza nella gestione di casi complessi da reperire attraverso la collaborazione con le Unità Operative dei Presidi Ospedalieri; una quota pari al 60% del fondo destinato a ciascuna ASL verrà assegnato al raggiungimento degli indicatori di risultato ( n° di accessi effettuati) riportati nella suddetta deliberazione;

**CONSIDERATO**

che il Dott. Salvatore Ortu Responsabile dell' Unità Operativa Oncologia aziendale ha proposto di estendere al Distretto di Tempio il modello di Cure Domiciliari Palliative Oncologiche attivo nel Distretto di Olbia, con l'obiettivo di prendersi cura di tutti i pazienti oncologici in fase terminale, garantendo adeguato supporto alle loro famiglie con lo standard di qualità rilevata nel Distretto di Olbia;

**VALUTATA**

la fattibilità del progetto "**Potenziamento Cure Palliative Oncologiche aziendali: estensione al territorio del Distretto di Tempio**" istruito dall'Area Programmazione,Controllo e Committenza che si allega alla presente delibera, per farne parte integrante e sostanziale;

**RITENUTO** di dover procedere all'approvazione del progetto "Potenziamento Cure Palliative Oncologiche Aziendali: estensione al territorio del Distretto di Tempio" in quanto lo stesso costituisce uno dei principali obiettivi della programmazione Sociosanitaria della Regione e della Azienda n°2 ed è finalizzato alla valorizzazione degli interventi di cure domiciliari e territoriali al pari di quelli ospedalieri, a garanzia di un buon utilizzo della spesa sanitaria, di una riduzione dei ricoveri impropri, di una più adeguata personalizzazione dell'assistenza e in definitiva anche di un migliore funzionamento degli ospedali stessi, destinati ad assumere sempre più il ruolo di strutture erogatrici di cure intensive e di prestazioni ad elevata complessità;

**ACCERTATO** che l'Area Programmazione, Controllo e Committenza, provvederà, al fine di agevolare la corretta e tempestiva comunicazione degli indicatori di risultato al quale è subordinata l'assegnazione della quota pari al 60% del fondo destinato a ciascuna ASL, così come previsto dalla delibera della Giunta Regionale 51/12, nonché a rendicontare l'attività svolta nel territorio e i costi sostenuti con un sistema di reporting che definisca il :

- ↓ il n° di accessi per paziente;
- ↓ il n° di accessi per medico specialista;
- ↓ il n° di accessi per figura professionale;
- ↓ il coefficiente di intensità assistenziale
- ↓ il valore del GEA;
- ↓ il valore dell'intervento;
- ↓ il valore di produzione del percorso assistenziale

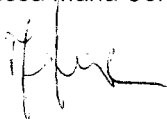
**VISTI** il D.Lgs 502/1992 s.m.i  
La Legge n°38/2010  
La delibera di Giunta Regionale n°51/12 del 28/12/2012  
La nota Ras n°0005148 del 21/02/2013

Per le motivazioni espresse in premessa

## D E L I B E R A

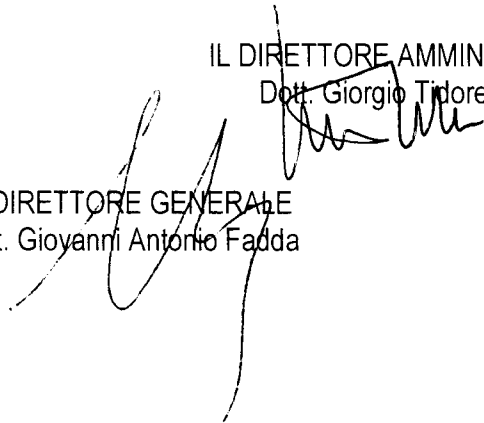
- di approvare il **Progetto "Potenziamento Cure Palliative Oncologiche: implementazione Distretto di Tempio"** proposto dal Dott. Salvatore Ortu, in quanto finalizzato alla valorizzazione degli interventi di cure domiciliari e territoriali al pari di quelli ospedalieri a garanzia di un buon utilizzo della spesa sanitaria e di una riduzione dei ricoveri impropri.
- di incaricare l'Area Programmazione, Controllo e Committenza di rendicontare l'attività svolta nel territorio e i costi sostenuti al fine di comunicare gli indicatori di risultato al quale è subordinata l'assegnazione della quota pari al 60% del fondo destinato a ciascuna ASL.
- di incaricare il servizio personale per gli adempimenti relativi alla rendicontazione e liquidazione del corrispettivo economico relativo alla attività espletata fuori dall'orario di servizio, il cui importo è previsto e coperto dal finanziamento regionale di cui alla DGR 51/12 e dalla nota RAS n°0005148 del 21/02/2013.

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott.ssa Maria Serena Fenu

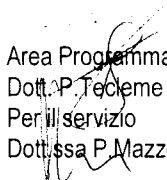


IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Giorgio Tidore

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Giovanni Antonio Fadda



Area Programmazione Controllo Committenza  
Dott. P. Teclime  
Per il servizio  
Dott.ssa P. Mazzone



(DA COMPILARSI A CURA DEL SERVIZIO / STRUTTURA PROPONENTE/ESTENSORE)

(luogo e data) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

La presente deliberazione:

è soggetta al controllo ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettere a), b), c), della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

oppure

deve essere comunicata al competente Assessorato regionale ai sensi dell'articolo 29, comma 2, della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10

Il Responsabile del Servizio/Struttura \_\_\_\_\_ Dott.ssa (proponente/estensore)

(firma) \_\_\_\_\_

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

dal 26/3/13, e che:

è esecutiva dal giorno della pubblicazione ai sensi della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

con lettera in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, protocollo n. \_\_\_\_\_, è stata inviata all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale per il controllo di cui all'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, 26/3/13.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali \_\_\_\_\_

La presente deliberazione:

è divenuta esecutiva, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio \_\_\_\_\_ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

è stata annullata, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio \_\_\_\_\_ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

è divenuta esecutiva per decorrenza dei termini per il controllo, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali \_\_\_\_\_

Per copia conforme all'originale esistente agli atti della Azienda Sanitaria Locale n. 2, per uso \_\_\_\_\_

Olbia, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali \_\_\_\_\_

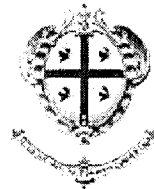
"Allegato alla delibera n° 774  
del 25.03.2013".



Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

**POTENZIAMENTO CURE  
PALLIATIVE ONCOLOGICHE  
AZIENDALI : ESTENSIONE AL  
TERRITORIO DEL  
DISTRETTO DI TEMPPIO**

MARZO 2013



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## INDICE

<b>PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<i>Riferimenti normativi : Legge 15 marzo 2010 n° 38</i> .....	4
<i>Linee guida AIOM</i> .....	5
<i>Analisi del Bisogno assistenziale</i> .....	6
<i>Cure Palliative Domiciliari Oncologiche</i> .....	7
<i>Caratterizzazione delle Cure Domiciliari</i> .....	8
<b>OBIETTIVI STRATEGICI DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE E AZIENDALE.....</b>	<b>8</b>
<i>Problematiche derivanti dal mancato potenziamento delle Cure Palliative Oncologiche</i> .....	8
<i>Pazienti ricoverati nei reparti di Medicina generale</i> .....	9
<i>Costo per pazienti ricoverati nei reparti di Medicina generale</i> .....	10
<b>PROGETTO "POTENZIAMENTO CURE PALLIATIVE ONCOLOGICHE AZIENDALI : IMPLEMENTAZIONE DISTRETTO DI TEMPIO" .....</b>	<b>10</b>
<i>Finalità del progetto</i> .....	10
<i>Analisi dei costi per il potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari Oncologiche</i> .....	11
<i>Rendicontazione e analisi attività</i> .....	12
<i>Vantaggi derivanti dal potenziamento delle Cure Domiciliari Oncologiche</i> ..	12
<b>ALLEGATO 1. MODELLO CURE PALLIATIVE DOMICILIARI ONCOLOGICHE DISTRETTO OLBIA .....</b>	<b>13</b>
<i>Obiettivi del percorso di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche</i> .....	14
<i>Modalità di inserimento nel percorso di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche</i> .....	15
<i>Fasi del processo di inserimento nel percorso di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche</i> .....	16
<i>Equipè Cure Palliative Domiciliari Oncologiche</i> .....	19
<i>Analisi e Valorizzazione degli accessi delle Cure Palliative Domiciliari Oncologiche del Distretto di Olbia</i> .....	21
<i>Giornata effettiva di assistenza</i> .....	22
<i>Intensità assistenziale</i> .....	23
<i>Indice di gradimento e Controllo qualità</i> .....	24
<i>AGENAS – Accanto al malato oncologico e alla sua famiglia : Sviluppare Cure Domiciliari di Buona Qualità</i> .....	25

## **Premessa**

Le malattie oncologiche sono una priorità in ambito sanitario in ragione dei dati di incidenza (oltre 250.000 nuovi casi/anno in Italia) ma anche di prevalenza. Per il Piano Sanitario Nazionale 2011/2013 è obiettivo prioritario il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore all' interno dei percorsi assistenziali sanitari, lo stesso diritto è specificatamente tutelato dalla legge 38 del 15 marzo 2010.

In particolare è tutelato e garantito l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Tale diritto è assicurato dalle strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapie del dolore in un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell'autonomia del malato, della tutela e promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale, e di un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia. A garanzia della continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio è opportunamente promossa la rete nazionale per le cure palliative. **La rete è costituita dall'insieme delle strutture sanitarie ospedaliere, territoriali e assistenziali e delle figure professionali dedicate alle specifiche cure in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari.**

Altresì nella premessa dell' ultimo Piano sanitario della Sardegna si affermava che: *"Il Piano è percorso da alcune idee chiave che si ritrovano lungo tutto il documento. La prima è il lavoro di rete: in un sistema che voglia rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei cittadini è indispensabile che gli operatori della sanità, così come quelli del sociale, si mettano in rete fra loro, comunichino, condividano obiettivi e costruiscano progetti comuni. Lavorare in rete significa lavorare in una logica di sistema, nel quale i processi centrati sulla persona garantiscono una reale presa in carico dei bisogni del paziente e assicurano la continuità dell'assistenza. Centrale è l'idea dello sviluppo delle attività territoriali: obiettivo strategico del Piano è permettere ai cittadini di trovare risposta ai propri bisogni di salute non solo nell'ospedale, ma soprattutto nel territorio di appartenenza, luogo nel quale si realizza concretamente l'integrazione fra il sistema dei servizi sociali e quello dei servizi sanitari".*

Specificatamente nell' ambito degli obiettivi di salute con riferimento alle patologie a rilevanza epidemiologica riserva attenzione alle malattie oncologiche.

Difatti il Piano ha concentrato l'attenzione su tre obiettivi strategici :

- La costituzione di una rete regionale per l'assistenza oncologica;
- Il potenziamento delle cure palliative attraverso una rete territoriale;
- Lo sviluppo di una rete per la radioterapia.

Lo stesso ha definito obiettivo strategico di programmazione garantire, l'erogazione delle cure palliative in tutto il territorio regionale, prioritariamente in regime domiciliare attraverso azioni di potenziamento e qualificazione dei servizi offerti e la costituzione di una rete efficiente integrata con la realizzazione di un Hospice.

Le cure Palliative sono un complesso integrato di prestazioni sanitarie, tutelari, assistenziali fornite in maniera continuativa nel proprio domicilio per 24 ore al giorno a malati affetti da malattie inguaribili, in fase avanzata e terminale;

#### Riferimenti normativi : **Legge 15 marzo 2010 n° 38**

La legge 15 marzo 2010 n° 38 tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, come definito dall' art. 2 comma 1, lettera c, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all' assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. Per tali fini le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore con equipe multidisciplinare assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia **sia in regime domiciliare che in regime residenziale con le strutture Hospice.**



## Linee guida AIOM

L' AIOM (Associazione Italiana Oncologi Medici) sostiene che la mission dell'oncologia medica debba ispirarsi alla cultura del non abbandono e garantire ad ogni malato di cancro l'attenzione alla qualità della vita, la continuità terapeutico - assistenziale in tutte le fasi di malattia, ponendo il malato e non il tumore al centro dell'attenzione e delle cure. Inoltre precisa il significato delle definizioni di terapie di supporto, cure palliative e terapie di fine vita, nel tentativo di identificare i bisogni dei malati oncologici e le competenze richieste all'oncologo medico.

**Terapie di supporto:** riguardano la prevenzione e il trattamento degli effetti indesiderati dei trattamenti antitumorali e delle complicanze legate alla neoplasia; hanno come obiettivo il controllo dei sintomi e quindi la qualità della vita, quando l'outcome è la sopravvivenza.

**Le cure palliative:** riguardano la prevenzione, la identificazione, la valutazione e il trattamento dei sintomi fisici, funzionali e dei problemi psico- sociali e spirituali del malato nella fase avanzata - terminale di malattia, quando l'outcome non è la sopravvivenza, ma la qualità della vita del malato e della sua famiglia. Le cure di fine vita sono comprese nelle cure palliative.

"Pertanto terapie di supporto, cure palliative e cure di fine vita rappresentano un continuum lungo tutto il percorso di malattia del malato oncologico".

Per raggiungere questo obiettivo la presa in cura del malato oncologico deve prevedere la garanzia di fornire le cure palliative ottimali e la continuità assistenziale, fino alla fase avanzata - terminale di malattia. Nella fase terminale di malattia, il luogo di cura migliore, quando le condizioni lo consentono (famiglia compliant e abitazione adeguata), è il domicilio del malato.

Questa convinzione deriva dalla considerazione che la casa è il contenitore naturale della vita di una persona e dalla consapevolezza che le necessità del malato terminale possono essere soddisfatte anche con un impiego di tecnologia modesta, non dimenticando che la gran parte delle persone preferirebbe, se debitamente aiutate, trascorrere le ultime fasi della vita nella propria abitazione piuttosto che in ospedale.

## Analisi del Bisogno assistenziale

In Sardegna ogni anno circa 2500 - 3000 persone necessitano di cure palliative. Con il peso crescente delle classi anziane e con l'aumento della prevalenza di malattie tumorali gravi che richiedono assistenza continua e programmata nell'ambito territoriale, non è più possibile oggi per nessuna Azienda Sanitaria sottrarsi alla responsabilità di progettare, programmare, organizzare e verificare **servizi alternativi al ricovero ospedaliero** per la cura del paziente in condizione di fragilità.

Già dal 2006 l'ASL 2 ha preso atto di questo mutamento con l'attivazione del progetto **ODO** (Ospedalizzazione domiciliare oncologica) il quale ha sottolineato l'importanza di un approccio sociale alla salute che valorizzi gli interventi di cure domiciliari e territoriali al pari di quelli ospedalieri, a garanzia di **un buon utilizzo della spesa sanitaria**, di una **riduzione dei ricoveri impropri**, di una più adeguata personalizzazione dell'assistenza e in definitiva anche di un migliore funzionamento degli ospedali stessi, destinati ad assumere sempre più il ruolo di strutture erogatrici di cure intensive e di prestazioni ad elevata complessità.

Per poter garantire uno sviluppo uniforme in tutto il territorio dell'ASL 2 del servizio di cure palliative oncologiche è sicuramente necessario un potenziamento e una riqualificazione dei servizi offerti attraverso la costituzione di una Rete Territoriale per le cure Palliative oncologiche estesa a tutta la provincia di Olbia - Tempio.

La regione Sardegna ha effettuato una stima dei casi attesi di cure Domiciliari Integrate partendo dai dati demografici ed epidemiologici e da studi sul bisogno socio-sanitario presenti in letteratura. In particolare la stima dei casi potenziali di CDI di I, II e III livello è stata ottenuta applicando alla popolazione ultra 65 anni residente al 1 gennaio in ogni ASL, i tassi BISS (Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana. I risultati dello studio epidemiologico di popolazione BISS.2009), condotto dall'Agenzia Regionale Sanitaria Toscana. Tali tassi si riferiscono a livelli di isogravità del bisogno di pazienti che presentano condizioni di non autosufficienza e disabilità, per i quali si necessita di un'assistenza continua (isogravità 4-5). I casi attesi di anziani con isogravità 4 sono stati considerati come CDI di I e II livello mentre quelli con isogravità 5 come CDI di III livello. Per quanto riguarda la stima relativa alle Cure Domiciliari Palliative si è provveduto, invece ad applicare il tasso di mortalità per tumore relativo alla fascia di età over 65 dell'intera Regione, alla popolazione over 65 residente in ogni ASL. In questo modo è stato quantificato il numero annuo di morti previste per patologie tumorali. Il tasso di mortalità per tumore è stato ricavato dalla

banca ISTAT ed è relativo all'anno 2009. Il numero di pazienti potenzialmente beneficiari di Cure Domiciliari Palliative oncologiche è stato determinato applicando la percentuale del 65%, così come previsto dal Decreto del Ministero della Salute 22 febbraio 2007 n°43 (Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo). E' stato pertanto stimato che il 65% dei casi attesi di tumore possa essere assistito nel proprio domicilio, la tabella 1 mostra relativamente alla nostra azienda sanitaria, la stima relativa al numero di pazienti potenzialmente beneficiari di Cure Palliative oncologiche per anno.

Tabella 1

AZIENDA	POPOLAZIONE ULTRA 65 enne	TASSO DI MORTALITA' PER TUMORE NELLA POPOLAZIONE ULTRA 65 enne	NUMERO MORTI ANNUE ATTESE NELLA POPOLAZIONE ULTRA 65 enne	NUMERO DI PAZIENTI POTENZIALMENTE BENEFICIARI DI CURE PALLIATIVE ( 65% DEI CASI ATTESI)
ASL 2 OLBIA	27.255	109	297	193

Fonte Regione Sardegna

### Cure Palliative Domiciliari Oncologiche

Le cure palliative domiciliari, nell'ambito della rete di assistenza ai malati terminali, sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tale livello viene erogato dalle unità di cure palliative domiciliari, ossia da équipe specialistiche multi professionali dedicate e sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base si rivelano inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia.

## Caratterizzazione delle Cure Domiciliari

I pazienti, nella fase terminale, presentano diversi profili patologici che richiedono percorsi terapeutici differenziabili in relazione all'intensità. L'Atto di Indirizzo e Coordinamento sull'Integrazione Sociosanitaria (D.P.C.M. 14/02/2001) definisce l'intensità d'assistenza in:

**Fase intensiva**, caratterizzata da un impegno specialistico diagnostico, terapeutico, riabilitativo, d'elevata complessità e di durata definita, riconducibile alle Cure Palliative caratterizzata dalla gestione di un'equipe specialistica, di norma ad inquadramento Ospedaliero.

**Fase estensiva**, caratterizzata da minore intensità terapeutica, programma d'assistenza di medio e prolungato periodo, affidata alla gestione di un'equipe territoriale, coordinata dal MMG, con la possibilità di consulenze di natura specialistica. Questa forma d'assistenza è riconducibile alla definizione d'Assistenza Domiciliare Integrata.

**Fase di lungo assistenza**, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale e a rallentare il suo deterioramento. Anche questa forma d'assistenza rientra nella definizione d'Assistenza Domiciliare Integrata, in quanto affidata alla gestione di un'equipe territoriale, coordinata dal Medico di Medicina Generale, con la possibilità d'intervento di natura specialistica in regime di consulenza.

La scelta del livello assistenziale deve essere appropriata, perché un percorso sopradimensionato conduce ad un inutile spreco di risorse, mentre un percorso sottodimensionato determina sovraccarico della famiglia e inevitabile fallimento del programma, con ricorso all'ospedalizzazione.

## **Obiettivi Strategici di Programmazione Sanitaria Regionale e Aziendale**

Uno dei principali obiettivi strategici della programmazione socio-sanitaria Regionale e Aziendale è quello di garantire, l'erogazione delle cure palliative in tutto il territorio regionale, prioritariamente in regime domiciliare attraverso azioni di **Potenziamento e Qualificazione dei servizi offerti** e la costituzione di una rete efficiente integrata con la realizzazione di un Hospice.

### Problematiche derivanti dal mancato potenziamento delle Cure Palliative Oncologiche

Il mancato potenziamento delle Cure Palliative Oncologiche e la mancanza dell'Hospice nel nostro territorio, ha inevitabilmente portato la nostra azienda all'utilizzo di setting assistenziali non appropriati, infatti questi pazienti vengono

necessariamente ricoverati nei reparti di Medicina o inseriti per periodi prolungati nelle strutture private accreditate RSA non idonee ad assisterli in questa fase di malattia, con il risultato di:

- **Garantire assistenza non adeguata**
- **Alti costi**
- **Riduzione della disponibilità di letti ospedalieri per acuti .**

### Pazienti ricoverati nei reparti di Medicina generale

Nel periodo 2008-2011 le esigenze assistenziali della nostra azienda hanno richiesto il ricovero di pazienti oncologici in fase terminale nelle Unità Operative di Medicina generale.

L'analisi del bisogno assistenziale è stata condotta con lo studio del File A, selezionando per il periodo 2008/2011 tra i ricoveri delle Unità Operative di Medicina generale della azienda i **DRG 82, 172, 173, 203, 404** dei pazienti con malattia neoplastica definibili come neoplastici lungodegenti e con degenza superiore a 10 giorni. La casistica considerata evidenzia come mostra la tabella 6 un trend in aumento con un picco di ricoveri nel 2010.

Tabella 6

#### RICOVERI NEI REPARTI DI MEDICINA AZIENDALI

DESCRIZIONE	DRG	PAZIENTI	2008	2009	2010	2011	TOTALE
Neoplasie dell' apparato respiratorio	82	N°	34	27	52	40	153
		GG DEGENZA	760	527	1071	912	3270
Neoplasie maligne dell' apparato digerente con cc	172	N°	11	26	25	24	86
		GG DEGENZA	183	555	500	506	1744
Neoplasie maligne apparato digerente senza cc	173	N°	5	13	11	9	38
		GG DEGENZA	104	248	254	139	745
Neoplasie dell' apparato epatobiliare e pancreas	203	N°	26	44	38	36	144
		GG DEGENZA	451	984	756	733	2924
Linfoma e leucemie senza complicazione	404	N°	7	3	8	2	20
		GG DEGENZA	131	70	198	41	440
TOTALE		N°	83	113	134	111	441
		GG DEGENZA	1629	2384	2779	2331	9123

Elaborazioni Area PCC

## Costo per pazienti ricoverati nei reparti di Medicina generale

Il costo sostenuto per i ricoveri impropri nei reparti di medicina nel periodo 2008 - 2011 è rilevante come mostra la tabella 7 se si considera che una giornata di degenza in un reparto per acuti costa mediamente **800,00 euro al giorno** .

Pertanto l'attuazione del progetto oltre ad essere vantaggioso per il paziente, in quanto offre la continuità assistenziale ai malati terminali e garantisce la migliore qualità di vita è vantaggioso anche per l'azienda sanitaria che vede ridurre la degenza del paziente neoplastico in un reparto per acuti, infatti sul **versante organizzativo gestionale si potrebbe puntare ad ottimizzare la gestione dei letti per acuti e rendere disponibili giornate degenza per altri pazienti afferenti l'Unità operativa di Medicina Generale.**

Tabella 3

COSTI PAZIENTI 2008 - 2011				
STRUTTURA	PAZIENTI	GIORNATE DEGENZA	COSTO	TOTALE
Ricoveri in reparto Medicina Generale	441	9123	€ 800,00	€ 7.298.400,00

Elaborazioni Area PCC

## **Progetto "Potenziamento Cure Palliative Oncologiche aziendali : Implementazione Distretto di Tempio"**

### Finalità del progetto

La finalità del presente progetto è quello di estendere al Distretto di Tempio il modello di Cure Domiciliari Palliative Oncologiche attivo nel Distretto di Olbia.

L'obiettivo è prendersi cura di tutti i pazienti oncologici in fase terminale, garantendo adeguato supporto alle loro famiglie con lo standard di qualità rilevata nel Distretto di Olbia. Al fine evidenziare il modello di Cure Palliative Oncologiche adottato dalla nostra Azienda si allega al presente progetto il modello di cure con le seguenti analisi:

- ↓ Indice assistenziale;
- ↓ Accessi Paziente per figura professionale;
- ↓ Costi sostenuti;
- ↓ Valore GEA;
- ↓ Valore Intervento;
- ↓ Valore Percorso Assistenziale;
- ↓ Controllo di qualità e indice di gradimento.

## Analisi dei costi per il potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari Oncologiche

La totalità della bibliografia in materia di monitoraggio e valutazione dei costi dell'assistenza domiciliare, tiene in considerazione i costi diretti relativi agli accessi degli operatori dell'equipe ( medici, infermieri, Oss e altri specialisti), valutati in base alla retribuzione media derivata dai contratti collettivi nazionali delle categorie di volta in volta coinvolte, i consumi dei presidi sanitari e di materiale sanitario. Sempre tra i costi diretti si considera anche la spesa attinente al consumo di carburante relativo ai trasferimenti effettuati nel territorio e la spesa relativa alle utenze telefoniche.

Da un punto di vista economico, i costi che consentirebbero all'ASL 2 di potenziare ed estendere la rete di Cure Palliative Oncologiche a tutto il territorio della provincia di Olbia-Tempio, sono contenuti se rapportati all'alta intensità assistenziale delle prestazioni domiciliari, il progetto non richiede infatti grossi investimenti, anche perché i costi stimati, come evidenzia la tabella 4, sono relativi ad un modesto incremento di risorse umane e alla retribuzione degli accessi di altri specialisti quale per esempio lo Psicologo. Tra gli acquisti di beni sanitari e non sanitari, l'unico investimento rilevante è la spesa relativa all'acquisto di un'auto medica, appaiono infatti modesti i costi stimati per i consumi dei presidi sanitari e per l'acquisto di due elettrocardiografi e due aspiratori.

Tabella 4

COSTI	N°	COSTO MEDIO UNITARIO	COSTO TOTALE
<b>PERSONALE</b>			
Personale Infermieristico	3	€ 32.784,80	€ 98.354,40
Personale Amministrativo	60	€ 26,00	€ 1.560,00
Altri specialisti	100	€ 60,00	€ 6.000,00
			<b>€105.914,40</b>
<b>BENI SANITARI</b>			
Presidi Sanitari		€ 6.000,00	€ 6.000,00
Elettrocardiografo	2	€ 2.500,00	€ 5.000,00
Aspiratore portatile	2	€ 1.000,00	€ 2.000,00
			<b>€ 13.000,00</b>
<b>BENI NON SANITARI</b>			
Auto Medica	1	€ 31.300,00	€ 31.300,00
Carburante		€ 3.000,00	€ 3.000,00
Utenze telefoniche		€ 500,00	€ 500,00
			<b>€ 34.800,00</b>
<b>COSTI TOTALI</b>			<b>€153.714,40</b>

## Rendicontazione e analisi attività

Al fine di superare alcune criticità organizzativo –gestionali relativamente alle Cure Palliative Domiciliari Oncologiche erogate, l' ASL 2 di Olbia, tra i costi ha stimato il costo, relativo al personale amministrativo con il proposito di garantire la tempestiva rendicontazione dell' attività svolta nel territorio e i costi sostenuti con una relazione annuale e con un sistema di reporting semestrale che evidenzia:

- ↓ il numero di pazienti presi in carico;
- ↓ la distribuzione geografica dei pazienti nell'ambito della provincia;
- ↓ il n° di pazienti per tipologia di neoplasia;
- ↓ il n° di accessi per figura professionale;
- ↓ il n° di accessi per paziente;
- ↓ il coefficiente di intensità assistenziale
- ↓ il valore del GEA;
- ↓ il valore dell'intervento;
- ↓ il valore di produzione del percorso assistenziale;
- ↓ la rilevazione dei costi e la metodologia adottata .

## Vantaggi derivanti dal potenziamento delle Cure Domiciliari Oncologiche

Il nuovo progetto tiene conto di quanto disposto dalla **Legge n° 38 del 15/03/2010** che tutela e garantisce il diritto del cittadino ad accedere alle Cure Palliative erogate da équipe multidisciplinari sia in regime domiciliare che in regime residenziale con le strutture Hospice ma soprattutto è in linea con il **NUOVO PATTO DELLA SALUTE 2010 - 2012** che individua gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza agevolando i processi di deospedalizzazione. L'attuazione del progetto inoltre permette da un punto di vista economico gestionale una ottimizzazione dell' uso dei posti letto per acuti determinando un rilevante risparmio di spesa derivante da :

- **da un incremento del turn over dei pazienti nei reparti per acuti ;**
- **aumento del peso e della valorizzazione dei DRG prodotti nel medesimo arco temporale dalle giornate degenza rese disponibili per pazienti acuti;**

oltre che un notevole contenimento dei costi come già dimostrato con la tabella 3 .



## **ALLEGATO 1. Modello Cure Palliative Domiciliari Oncologiche Distretto Olbia**

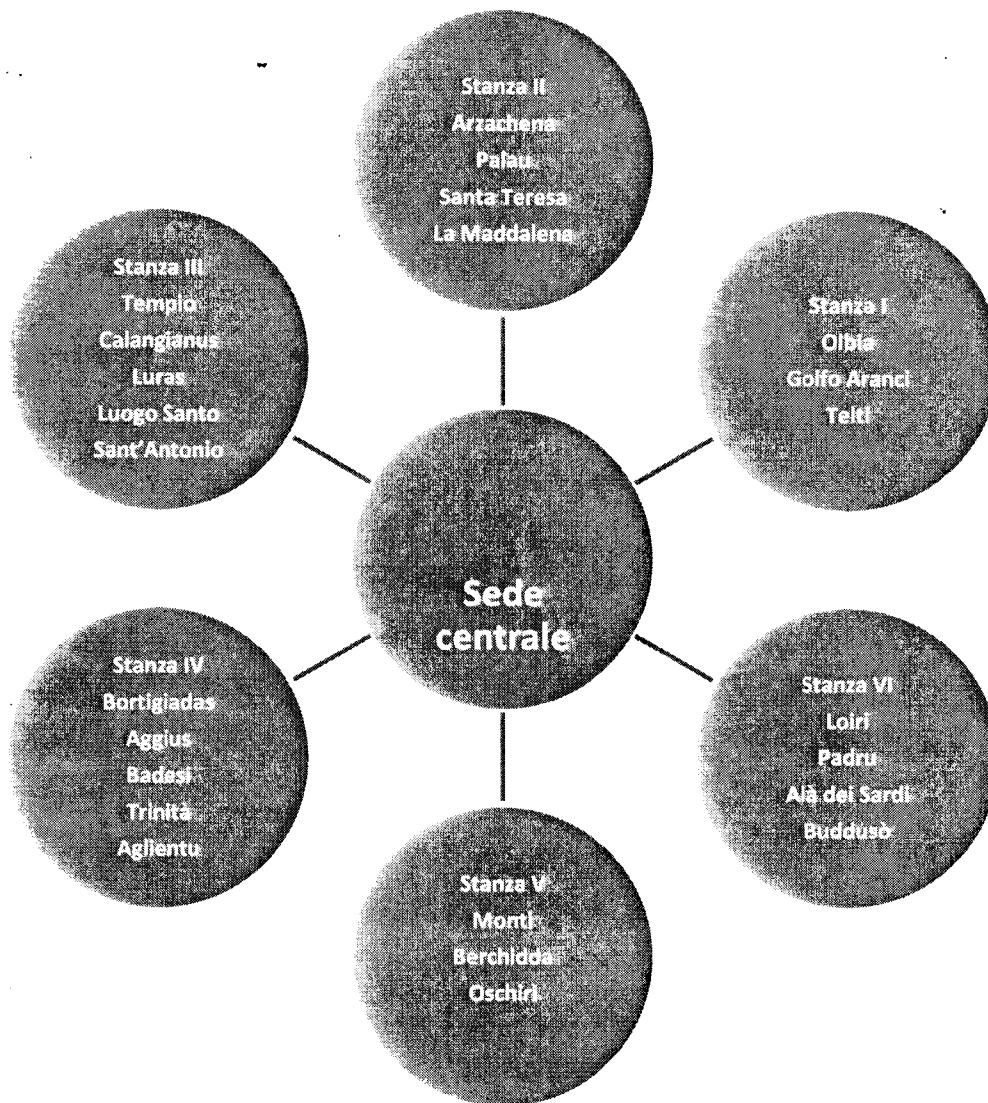
L'azienda sanitaria n° 2 di Olbia con delibera n° 176 del 01/02/2011 ha definito il servizio di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche (CPDO) con il coinvolgimento e la collaborazione dell'intera UO di appartenenza. L'equipe ospedaliera con esperienza nella gestione di casi complessi, è costituita precisamente da un gruppo di medici ed infermieri dell'UO di Oncologia Medica con esperienza in Cure Palliative maturata in anni di attività. Per garantire la continuità di cura dei pazienti e per creare una equipe in grado di assistere e curare i pazienti oncologici in tutte le fasi della malattia, compresa quella terminale, i medici e gli infermieri eseguono turni di servizio nella Oncologia ospedaliera e nel Territorio per le Cure Palliative Oncologiche. L'assistenza ordinaria avviene nelle 12 ore diurne dei giorni feriali in due turni, le notti e i giorni festivi sono coperti da turno di reperibilità, medica ed infermieristica, per la gestione delle urgenze. La responsabilità della programmazione dell'assistenza ordinaria è affidata a un dirigente dell'UO Oncologia, componente dell'equipe con compiti di coordinamento interno e di raccordo con il PUA e l'UVT. La responsabilità della gestione delle urgenze è del dirigente medico reperibile, a cui pervengono le richieste direttamente dalla famiglia del paziente o dal MMG tramite chiamata diretta al cellulare aziendale di reperibilità.

L'equipe di CPDO dispone di una Sede Centrale per le seguenti funzioni:

- ✓ organizzazione del lavoro
- ✓ custodia della documentazione
- ✓ preparazione delle terapie
- ✓ deposito di farmaci e presidi.

Ai componenti dell'equipe è affidato un piano di lavoro giornaliero in base ai programmi assistenziali dei pazienti in linea, che sono aggiornati ogni settimana. La mobilità dei componenti dell'equipe nel territorio avviene con l'utilizzo di auto aziendali.

Per facilitare la gestione del lavoro il Territorio è stato suddiviso in stanze costituite da gruppi di comuni, in relazione alla viabilità, dove portano assistenza le unità mobili che si spostano dalla sede centrale.

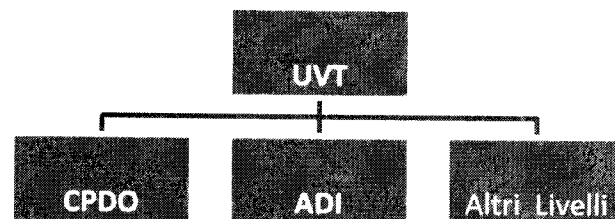


### Obiettivi del percorso di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche

- Permettere al paziente di vivere nella propria casa, in condizioni d'assistenza ottimale.
- Fornire alla famiglia i mezzi materiali e supporto psicologico al fine di renderla idonea ad assistere il malato.
- Monitorizzare le condizioni fisiche e psichiche del malato
- Individuare un familiare leader e creare in lui la coscienza di far parte di un'equipe di cura.
- Controllare i sintomi, valutando anche l'eventualità di un breve ricovero ospedaliero per le procedure diagnostiche e/o terapeutiche non esportabili.
- Aumentare la disponibilità di posti letto per acuti del presidio Ospedaliero.
- Riduzione delle giornate di degenza in Ospedale tradizionale.
- Riduzione dei costi
- Ricerca clinica

## Modalità di inserimento nel percorso di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche

Il percorso di cure palliative domiciliari oncologiche è dedicato ai pazienti che necessitano, per le loro caratteristiche cliniche, di un percorso terapeutico intensivo. Trattandosi di pazienti assistiti nel proprio domicilio, gli inserimenti nel percorso sono governati dalla Medicina del Territorio, tramite i Distretti, pertanto le richieste di CPDO sono inoltrate al PUA (Punto Unico d'Accoglienza dell'ASL), che informa l'UVT (Unità di Valutazione Territoriale), a cui compete la valutazione del caso e la scelta del percorso terapeutico d'assistenza.



### Dal domicilio del paziente

Il medico curante propone al paziente l'assistenza domiciliare, in caso di risposta affermativa invia richiesta al PUA che, nei tempi concordati, attiva l'UVT. L'UVT, nel rispetto dei criteri d'eleggibilità, valuta le caratteristiche cliniche e le necessità assistenziali, propone il paziente per l'inserimento nel modulo assistenziale idoneo. Se la gestione è affidata al livello CPDO, l'equipe di Cure Palliative dell'Oncologia in collaborazione con l'UVT e il Medico di Medicina Generale, predispone il piano terapeutico assistenziale individuale (PAI). Se la gestione è affidata al I e II livello delle CDI (Cure Domiciliari Integrate), l'equipe di Cure Palliative dell'Oncologia assicura le consulenze a domicilio.

### Dall'Ospedale

Il medico di reparto propone al paziente e ai familiari l'assistenza domiciliare, in caso di consenso, invia richiesta al PUA, che attiva la procedura di valutazione dell'UVT. Prima del trasferimento nel domicilio, devono essere disponibili presidi e ausili necessari alla gestione del paziente.

### Trasferimento di livello assistenziale

Durante l'assistenza domiciliare, modificazioni del quadro clinico del paziente, per garantire un'intensità d'assistenza adeguata al bisogno, possono rendere necessari trasferimenti di livello. I trasferimenti di livello assistenziale, come per le UO

ospedaliera, devono essere concordati tra i medici responsabili che, prima di procedere, devono informare il PUA.

### Dimissione

L'interruzione delle Cure Palliative Domiciliari Oncologiche può avvenire per i seguenti motivi:

- Trasferimento del paziente in altra sede
- Miglioramento del quadro clinico
- Trasferimento di livello.
- Rifiuto a proseguire l'esperienza da parte del paziente o della famiglia
- Decesso

In occasione di un ricovero temporaneo in ospedale tradizionale, la pratica del paziente è temporaneamente sospesa per essere riaperta al momento del rientro a domicilio. Durante il ricovero ospedaliero del paziente, l'equipe CPDO esegue accessi programmati, collaborando con l'equipe del reparto ospitante. Il rientro a domicilio è concordato tra equipe CPDO ed equipe del reparto. La riammissione a domicilio non prevede nuova richiesta al PUA.

### Fasi del processo di inserimento nel percorso di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche

#### **Richiesta inserimento nel percorso CPDO**

L'inserimento nel Percorso di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche, può essere chiesto dal MMG, reparti ospedalieri, specialisti del territorio.

La richiesta deve essere inviata al PUA, che avrà cura di trasmettere la richiesta all'UVT e al Servizio di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche dell'Unità Operativa Oncologia aziendale.

Dopo parere favorevole dell'UVT, trasmesso al Servizio di Cure Palliative, il paziente può essere inserito nel percorso.

L'inserimento nel percorso di Cure Palliative avviene entro 48 ore dalla comunicazione del parere favorevole dell'UVT.

In casi urgenti l'inserimento può precedere la comunicazione del parere favorevole dell'UVT.

Prima di procedere all'inserimento contattare il MMG per eventuale prima visita congiunta.

## **Criteri di eleggibilità al percorso CPDO**

Sono eleggibili, per l'inserimento nel percorso di Cure Palliative oncologiche, tutti i pazienti che rispondono ai criteri di seguito indicati:

- Malati oncologici terminali che non necessitano più di terapia antitumorale specifica e richiedono assistenza per il controllo dei sintomi fisici e psichici, per il mantenimento della migliore qualità di vita possibile, al fine di perseguire una morte dignitosa nonostante non vi siano più trattamenti efficaci conosciuti per prolungare la sopravvivenza.
- Presunta aspettativa di vita non superiore ai 90 giorni (circa il 10% dei pazienti sfugge alla capacità di previsione della sopravvivenza anche se formulata da un operatore sanitario esperto in cure palliative).
- Grado di autonomia che non permetta l'accesso ai servizi ambulatoriali.
- Grado di medicalizzazione che consenta l'assistenza a domicilio.
- Residenza o domicilio sanitario nella provincia di Olbia Tempio.
- Consenso al trattamento domiciliare.
- Ambiente domiciliare adeguato.
- Presenza di uno o più referenti per l'assistenza quotidiana, con caratteristiche legate alla continuità, disponibilità e adeguatezza.
- Il "caregiver" presente nelle 24 ore non deve essere necessariamente un familiare, l'assistenza può essere assicurata anche da persone esterne alla famiglia.
- Qualora un soggetto risulti eleggibile ma per vari motivi non venga poi arruolato nel percorso è necessario individuare le cause del non arruolamento e inserire questo tipo di informazione nel registro delle richieste per poter monitorare costantemente il rapporto tra soggetti presi in carico e soggetti eleggibili.
- Paziente non "terminale" ma impossibilitato all'accesso in DH per limiti di mobilitazione, che necessita di terapia specifica, senza indicazione a ricovero ospedaliero ordinario.

## **Colloquio di valutazione e di programmazione del servizio**

Prima della presa in carico viene fatto un colloquio di valutazione tra il paziente e/o un familiare e l'èquipe. Viene aperta una cartella base, che include i dati essenziali sul paziente, la patologia e la famiglia.

Obiettivi del colloquio di valutazione:

- Raccolta dati sulla patologia specifica e sul quadro clinico complessivo del paziente.
- Raccolta di dati socio-anagrafici ed indagine socio-familiare e abitativa.
- Verifica dell'eleggibilità del paziente all'assistenza domiciliare.
- Informazioni sulle caratteristiche del servizio che viene offerto e descrizione dell'iniziale piano di assistenza.
- Accordo tra l'èquipe e il familiare sulle informazioni da dare al paziente riguardo al piano di intervento.

## **Inserimento nel percorso**

Se nel corso del colloquio si verificano le condizioni di eleggibilità del paziente si programma la presa in carico, si procede a:

- Ottenere il consenso scritto della famiglia all'assistenza proposta (consenso all'attivazione del servizio).
- Aprire il fascicolo personale di assistenza domiciliare, nel quale archiviare la richiesta del PUA e il modulo di attivazione firmato dal medico del servizio di Cure Palliative Oncologiche Domiciliari.
- Prevedere la prima visita domiciliare da effettuarsi entro 48 ore dalla presa in carico effettiva del paziente. Il colloquio può non coincidere con la presa in carico del paziente in quanto può avvenire mentre lo stesso è ricoverato in Ospedale e in tal caso il momento della presa in carico coincide con il giorno in cui il paziente rientra nel suo domicilio.
- Illustrare, e consegnare il questionario di gradimento del servizio da restituire alla fine dell'assistenza.
- Può prevedersi eventualmente un secondo colloquio su appuntamento per verificare in caso di dubbio della famiglia il consenso all'attivazione.

## **Valutazione dell'intensità assistenziale**

Per ogni singolo paziente deve essere definito un programma settimanale in base ai bisogni specifici e alla gravità clinica in conformità alle linee guida basate sull'evidenza.

Il programma viene elaborato in occasione della prima visita, valutando le condizioni cliniche del paziente, la sintomatologia attuale, la storia clinica precedente, la necessità di presidi e ausili e la capacità assistenziale della famiglia. I dati raccolti nel corso della visita vengono inseriti in un'apposita griglia sulla base della quale definire l'intensità assistenziale (n° di accessi/settimana). Il programma viene ridefinito ogni settimana durante le riunioni d'equipe. Data l'elevata variabilità delle condizioni cliniche dei singoli pazienti in tempi anche molto brevi, può succedere che le indicazioni emerse dalla griglia non coincidano col reale livello di assistenza erogato nel corso della settimana successiva. La valutazione settimanale viene archiviata nella cartella clinica del paziente.

## Equipè Cure Palliative Domiciliari Oncologiche

### Personale Medico Oncologo

Il Dirigente Medico responsabile dell'UO Oncologia e delle CPDO, individua un gruppo di medici oncologi esperti in Cure Palliative e tra questi nomina un referente a cui affida il compito di coordinare gli interventi programmati in relazione alle necessità cliniche.

- 1) L'equipe di CPDO è responsabile del caso, formula un programma d'assistenza, interviene a domicilio in tutti i giorni programmati e in caso d'urgenza, assicurando un riferimento continuo al paziente e agli altri componenti dell'equipe terapeutica (familiare leader, infermieri e volontari), assicura la reperibilità notturna e festiva, compila le cartelle e diario clinico avendo cura di riportare tutte le informazioni (al pari di una cartella clinica ospedaliera).
- 2) Il medico di medicina generale entra a pieno titolo a far parte dell'equipe che segue il malato, intervenendo con pareri e proposte al fine di ottimizzare l'assistenza, partecipa, se lo ritiene necessario, alla discussione del caso nelle riunioni programmate dell'unità operativa oncologica. Esegue le visite concordate con programma autonomo, e i relative accessi sono retribuiti come accessi ADI.

### Psicologo

Lo psicologo svolge una prima fase d'accertamento psicodiagnostica (screening psicosociale), attraverso cui identificare precocemente pazienti a rischio di disturbi di tipo psichiatrico. Progetta attività di supporto psicologico verso il paziente e al familiare leader. Svolge attività di formazione e supervisione psicologica degli operatori sanitari e del personale volontario d'assistenza.

### Collaboratore professionale Infermiere

Il dirigente responsabile e il coordinatore infermieristico dell'UO Oncologia e CPDO, individuano un gruppo di infermieri esperti in cure palliative e tra questi nominano un referente a cui affidano il compito di coordinare gli interventi di sola pertinenza infermieristica; per il coordinamento generale fa riferimento al referente dirigente medico. Garantiscono l'assistenza diurna nei giorni feriali, operano in regime di reperibilità notturna e festiva.

### Volontari

Hanno il compito di fornire assistenza di sostegno alla famiglia, coinvolge altre figure professionali come l'assistente sociale e spirituale, richiede altri supporti sociali, quando necessari.

Gli sono affidati compiti di controllo qualità (si ritiene che l'assistenza domiciliare produca una maggiore soddisfazione del ricovero, ciò nonostante è indispensabile verificare il gradimento del servizio, mediante interviste e questionari somministrati alla famiglia e se possibile al malato durante l'assistenza).

I volontari per svolgere la loro attività, all'interno del Servizio di CPDO, devono avere le seguenti caratteristiche:

- Possedere motivazioni personali di tipo solidaristico.
- Disponibilità di tempo programmabile
- Capacità di lavoro di gruppo

### **Altre Risorse sanitarie**

**Specialisti:** intervengono a domicilio in seguito alla richiesta del medico CPDO. Gli interventi specialistici che richiedono l'utilizzo di strumenti d'alta tecnologia, sono eseguiti all'interno dell'ospedale come procedure non esportabili. Gli accessi degli specialisti sono retribuiti con un gettone pari a 60 euro.

**Familiare leader:** è individuato dal medico oncologo, collabora con l'equipe della quale entra a far parte, rappresenta e coordina la famiglia nella gestione del malato.



**Farmacia ASL:** fornisce farmaci, derivati del sangue, soluzioni per alimentazione parenterale ed enterale, presidi, O2 in seguito alla richiesta dell'equipe di CPDO.

**SARP:** fornisce ausili per invalidi (letti, carrozzelle, pannoloni, stomi) in seguito alla richiesta dell'equipe di CPDO.

**Unità mobile CPDO:** Gli accessi al domicilio del paziente sono programmati in relazione al bisogno clinico assistenziale e sono di norma eseguiti nelle ore diurne dei giorni feriali, eventuali urgenze che possono manifestarsi nelle ore diurne dei giorni feriali sono risolte dalla unità mobile più vicina al paziente. Le urgenze nelle ore notturne e nei festivi, sono risolte dalla unità mobile in reperibilità. Le unità mobili, possono essere costituite da medico + infermiere, solo infermiere, solo medico o solo psicologo, in relazione alle esigenze cliniche del paziente per gli accessi programmati; negli interventi urgenti, notturni e festivi sono sempre composte da medico + infermiere.

#### Analisi e Valorizzazione degli accessi delle Cure Palliative Domiciliari Oncologiche del Distretto di Olbia

La valorizzazione degli accessi domiciliari, costituisce la fase preliminare ed essenziale per la valorizzazione dei Percorsi di Cura. In analogia con le metodiche di valorizzazione dei ricoveri ospedalieri, sui pazienti "dimessi" nel periodo indicato al fine di poter valutare l'entità delle risorse impiegate nella realizzazione del piano assistenziale per l'intero periodo di attuazione, dal momento di attivazione a quello conclusivo.

Viene quindi determinato, per ciascun paziente, l'assorbimento complessivo di risorse umane e materiali nel periodo di presa in carico. A tale scopo si calcola, per ogni figura professionale, il numero degli accessi domiciliari.

In questo modo, tenuto conto che la valorizzazione degli accessi è comprensiva dei costi diretti e dei costi comuni, è possibile determinare il costo complessivo del percorso di cura.

L'analisi condotta nel presente lavoro si è sviluppata nelle fasi di seguito sintetizzate:

- valorizzazione delle prestazioni (accessi domiciliari) delle singole figure professionali mediche e infermieristiche.
- valorizzazione della Giornata Effettiva di Assistenza (GEA) e del Coefficiente di Intensità Assistenziale
- valorizzazione del percorso assistenziale attraverso l'applicazione dei parametri indicati in rapporto al periodo di presa in carico appropriato per ciascun paziente.

## Giornata effettiva di assistenza

La Giornata Effettiva di Assistenza, è definita come giorno in cui una o più figure professionali hanno effettuato almeno una visita domiciliare, costituisce un parametro fondamentale per la misura delle risorse assorbite nell'attuazione dei piani di cura nei diversi moduli assistenziali.

L'elaborazione ha evidenziato una correlazione altamente significativa tra i costi totali ed il numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA), che rappresenta quindi il parametro più rilevante nella determinazione dei costi totali dei percorsi di cura.

Si è quindi proceduto alla determinazione del valore della giornata effettiva di assistenza, calcolato dividendo i costi totali per il numero di accessi paziente erogati durante il periodo di presa in carico. Di seguito la tabella 5 mostra il valore GEA calcolato per le Cure Palliative Domiciliari Oncologiche del Distretto di Olbia e la tabella 6 che evidenzia gli accessi per figura professionale.

Tabella 5

ANNO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ACCESSI PAZIENTE	1066	3489	2900	3022	3098	3135	3531
GEA	€ 153,17	€ 106,77	€ 122,56	€ 118,72	€ 117,88	€ 113,48	€ 99,98
COEFF. INTEN. ASS.	0,73	0,67	0,62	0,54	0,55	0,64	0,62
PERIODO COPERTURA	60	60	60	60	60	60	60
PAZIENTI	44	112	84	115	117	160	149
VALORE INTERVENTO	€ 6.708,95	€ 4.292,29	€ 4.559,36	€ 3.846,54	€ 3.890,03	€ 4.357,63	€ 3.719,36
VALORE PERCORSO	€ 295.193,72	€ 480.735,97	€ 382.986,02	€ 442.352,57	€ 455.133,88	€ 697.220,98	€ 554.184,70
<b>COSTO TOTALE</b>	<b>€ 163.281,71</b>	<b>€ 372.531,94</b>	<b>€ 355.433,77</b>	<b>€ 358.773,34</b>	<b>€ 365.191,60</b>	<b>€ 355.759,73</b>	<b>€ 353.039,29</b>

Elaborazioni Area PCC

Tabella 6

<b>VISITE</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
ACCESSI MEDICO	507	2046	1518	1688	2182	2357	2740
ACCESSI INFERMIERE	809	2083	1859	2111	2282	2453	2850
ACCESSI PSICOLOGO			165	85	35	42	
ACCESSI MMG				688	711	618	647
<b>VISITE TOTALI</b>	<b>1316</b>	<b>4129</b>	<b>3542</b>	<b>4572</b>	<b>5210</b>	<b>5470</b>	<b>6237</b>

Elaborazioni Area PCC

### Intensità assistenziale

Per la valorizzazione dei percorsi assistenziali tuttavia, è necessario considerare non solo la numerosità assoluta di giornate i cui si sono effettuati interventi domiciliari, ma anche la loro frequenza in rapporto al periodo complessivo di presa in carico del paziente .

Infatti, a parità di periodo di copertura, le situazioni cliniche e socio familiari in cui si trova il soggetto, possono determinare bisogni assistenziali estremamente diversificati che condizionano principalmente la frequenza degli accessi domiciliari.

Si ritiene che una misura efficiente dell'intensità assistenziale sia rappresentata dal rapporto tra il numero di Giornate Effettive di Assistenza ed il numero di Giornate di Copertura. Questo rapporto, definito come Coefficiente di Intensità Assistenziale ha evidenziato, per le Cure Palliative Domiciliari Oncologiche del Distretto di Olbia, come mostra la tabella 6, un valore superiore al 0.60.

Tabella 7

<b>PAZIENTI</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
N° PAZIENTI	44	112	84	115	117	160	149
ACCESSI PAZIENTE	1066	3489	2900	3022	3098	3135	3531
VISITE TOTALI	1316	4129	3542	4572	5210	5470	6237
GIORNI PRESA IN CURA	1450	5184	4675	5592	5624	4887	5667
COEFFICIENTE ASSISTENZIALE	0,73	0,67	0,62	0,54	0,55	0,64	0,62

Elaborazioni Area PCC

## Indice di gradimento e Controllo qualità

I requisiti di qualità delle cure domiciliari devono misurare la capacità del sistema di ottenere gli obiettivi per cui è stato attivato, pertanto possiamo affermare che la qualità è influenzata da:

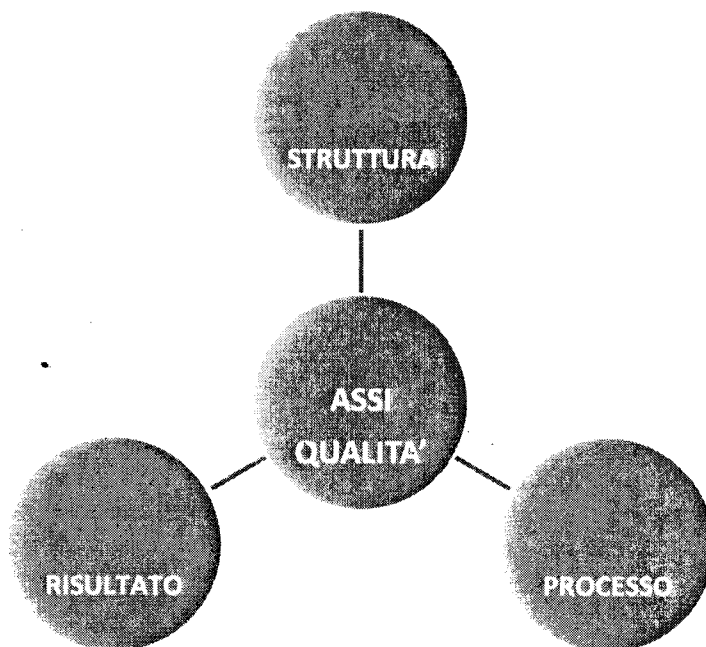
- ✦ Fattori legati al paziente,
- ✦ Fattori legati all'organizzazione.

Gli assi della qualità sono dunque la :

**Struttura:** rappresenta le caratteristiche del livello (risorse umane, materiali e organizzazione sanitaria), nel progetto è previsto l'utilizzo dell'equipe d'Oncologia Medica che, porta nel territorio la sua organizzazione ospedaliera con la partecipazione del MMG (che conosce meglio le necessità delle famiglie dei pazienti).

**Processo:** è costituito dalle azioni relative all'assistenza, eseguite dall'equipe, che nel nostro progetto sono eseguite seguendo le procedure utilizzate all'interno dell'Ospedale.

**Risultato:** rappresenta ciò che il paziente ottiene in termini di qualità di vita e di benessere, misurabile col grado di soddisfazione dell'utente e della qualità della cura.



Nel nostro modello al fine di misurare l'indice di gradimento, ad ogni paziente preso in cura è stata consegnata una busta preaffrancata contenente un questionario anonimo costituito da 14 domande a risposta graduata, da 1 a 5, ed una a risposta aperta per eventuali considerazioni e consigli, con l'invito alla compilazione con l'aiuto dei

parenti. L'analisi dei questionari pervenuti rileva un punteggio medio delle risposte di 4.5 a dimostrazione dell'alto indice di gradimento della forma di assistenza.

Al fine di valutare la qualità delle cure, l'equipe di Oncologia, analizza in riunioni programmate, i casi clinici dei singoli pazienti. Questa analisi ha rilevato un adeguato controllo della sintomatologia nel 95% dei pazienti durante tutto il periodo di assistenza, nel rimanente 5% è stato necessario ricorrere a brevi ricoveri ospedalieri per ottenere un migliore controllo.

Altro parametro di rilievo nel controllo della qualità delle Cure Palliative è la riduzione dei decessi in Ospedale; per i pazienti inseriti nel percorso CPDO la percentuale di morti in Ospedale è stata del 7%.

#### AGENAS – Accanto al malato oncologico e alla sua famiglia : Sviluppare Cure Domiciliari di Buona Qualità

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha condotto uno progetto di ricerca con l'obiettivo principale di porre le basi per attivare un **Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche** relative alle Cure Palliative Domiciliari con particolare attenzione (ma non esclusiva) alle malattie neoplastiche.

L'AGENAS nella presente ricerca definisce "**Buone Pratiche**" i processi operativi che consentono il raggiungimento degli obiettivi attesi in modo efficiente ed efficace.

Obiettivo principale del progetto è il monitoraggio delle "Buone Pratiche" affinché le stesse possano essere assunte a punto di riferimento e guida in altre realtà.

Nell'ambito del progetto di ricerca "*Accanto al malato oncologico e alla sua famiglia: sviluppare Cure domiciliari di buona qualità*", il **Servizio di Cure Palliative Oncologiche dell'Unità Operativa Oncologia dell'ASL n°2 di Olbia** è stato incluso, così come evidenziato nella tabella 21 pag. 36 del Report di studio, tra le 16 delle 44 strutture selezionate dall'Osservatorio Nazionale delle Unità di Cure Palliative, quale struttura che rispetta Tutti i criteri richiesti.