

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 OLBIA**

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 1216 DEL 14/12/2016

OGGETTO: Approvazione Progetto "Apertura Hospice Asl Olbia"

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

DOTT. PAOLO TECLEME

(firma digitale apposta)

ACQUISITI I PARERI DI			
DIRETTORE SANITARIO		DIRETTORE AMMINISTRATIVO	
DOTT. SALVATORICO ORTU		AVV ROBERTO DI GENNARO	
FAVOREVOLE	X	FAVOREVOLE	X
CONTRARIO		CONTRARIO	
<i>(firma digitale apposta)</i>		<i>(firma digitale apposta)</i>	

La presente Deliberazione
è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006
viene comunicata al competente Assessorato regionale, ai sensi del comma 2 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006, qualora comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000
STRUTTURA PROPONENTE AREA PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO, COMMITTENZA

Si attesta che la presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL n. 2 di Olbia	
Dal 14/12/2016	Al 29/12/2016
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

Su conforme proposta della Direzione Aziendale

Premesso che ai sensi di quanto previsto dalla Legge N° 38/2010 le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore con équipe multidisciplinare, assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, sia in regime domiciliare che in regime residenziale nelle strutture di Hospice.

che la creazione dell'Hospice sottolinea 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 a elevata complessità.

che la realizzazione del nucleo Hospice nella Asl N°2 di Olbia si inserisce nell'ambito del progetto RSA/Hospice Tempio Pausania presentato alla RAS, con l'impiego dei finanziamenti ex art. 20 della legge 67/88 ed in parte con finanziamento europeo "Programma Operativo Regionale POR FESR Sardegna 2007-2013" Asse II "Inclusione, Servizi Sociali, Istruzione e legalità" come ulteriore anello complementare nella rete dei servizi

Ravvisata la necessità di attivare dei letti Hospice quale nodo di ricovero della rete territoriale, a completamento della la rete delle cure palliative offerta nel nostro territorio con il servizio CPDO istituito con delibera aziendale n°176 del 2011 e potenziate con delibera aziendale n° 774 del 2013.

Visto il progetto predisposto dal Responsabile della U.O. di Oncologia e CPDO aziendale e trasmesso con nota Prot. n.7010 del 05.12.2016, approvato dalla Direzione Aziendale, che si allega al presente atto deliberativo per farne parte integrante e sostanziale

Preso atto che il progetto prevede l'attivazione di 8 PL in linea con il fabbisogno standard nazionale (0,6 x 10000 abitanti)

Atteso che la spesa per il progetto è da imputare all'Ufficio autorizzativo di spesa UA2_PROG, macro-autorizzazione di spesa n. 12

Visti

il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n.502 e succ.mod. ed int.;

la legge regionale 28 luglio 2006 n.10 e succ.mod.ed int.

la legge 15 marzo 2010 n. 38

la delibera Asl Olbia n. 1133 del 18.11.2016

la delibera asl Olbia n. 552 del 14.05.2015

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Per i motivi sopra espressi

DELIBERA

- di approvare il progetto presentato dal Responsabile della UO di Oncologia e CPDO aziendale così come allegato al presente atto deliberativo per farne parte integrante e sostanziale
- di imputare la spesa per il progetto all'Ufficio autorizzativo di spesa UA2_PROG, macro-autorizzazione di spesa n. 12
- di trasmettere il presente atto deliberativo a tutte le strutture interessate per i conseguenti adempimenti

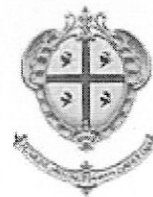
Allegati: n.1 "Progetto apertura Hospice Asl Olbia"



Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

PROGETTO APERTURA HOSPICE ASL 2 OLBIA

DICEMBRE 2016



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

INDICE

	Indice	2
1	Premessa	3
2	Attività dell'Hospice	4
3	Obiettivi	6
4	Caratteristiche strutturali e organizzative	6
4.1	Struttura	6
4.2	Modalità di valutazione e accesso	6
4.3	Cronoprogramma	7
5	Risorse umane	8
5.1	Figure professionali e loro funzioni	9
6	Costi	9
7	Formazione continua e permanente del Personale	10
8	Sistema di valutazione della qualità percepita	10
9	Vantaggi derivanti dall'apertura dell'Hospice	10
10	Indicatori	11
11	Riferimenti normativi	11

1. Premessa

Le cure palliative, in Italia, hanno visto le proprie origini intorno agli anni '80 grazie all'opera di realtà no profit che, su base volontaristica, hanno iniziato a rispondere a livello domiciliare alla complessità e alla mutevolezza dei bisogni dei malati terminali e delle loro famiglie che, a quel tempo, non trovavano nessuna risposta in ambito sanitario e soprattutto ospedaliero. Solo nel 1999, le cure palliative sono state ufficialmente riconosciute e inserite nel nostro Sistema Sanitario Nazionale. Da allora hanno avuto una crescita esponenziale che, ad oggi, conta più di 250 centri sia residenziali che domiciliari sparsi su tutto il territorio Nazionale.

Le malattie oncologiche con una prevalenza di oltre tre milioni nel 2016 nella popolazione italiana e un'incidenza di oltre 250.000 nuovi casi/anno costituiscono una priorità in ambito sanitario.

La sfida delle cure palliative è quella di determinare un cambiamento culturale, il riconoscimento di una medicina che non si accanisca contro la malattia ma consideri il paziente nella sua globalità. In questa nuova visione, la morte viene considerata come un evento "naturale" (Seymour, 1999), ineluttabile, in un malato terminale e inguaribile. Il processo di cura può essere, perciò, compreso nei termini di una ri-organizzazione del morire e la produzione di "nuovi modi corretti" per stare accanto al malato (Elias, 1985).

La rete delle cure palliative 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.

La legge 15 marzo 2010 N° 38, tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza del DPCM 29 novembre 2001, per 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 équipe multidisciplinare, assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, sia in regime domiciliare che in regime residenziale nelle strutture di Hospice.

Il potenziamento delle CDI di III livello e delle Cure Palliative, e la creazione dell'Hospice sottolinea 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 a elevata complessità.

La realizzazione del nucleo Hospice nella Asl 2 di Olbia si inserisce nell'ambito del progetto RSA/Hospice Tempio Pausania presentato alla RAS, con l'impiego dei finanziamenti ex art. 20 della legge 67/88 ed in parte con finanziamento europeo "Programma Operativo Regionale POR FESR Sardegna 2007-2013" Asse II "Inclusione, Servizi Sociali, Istruzione e legalità" come ulteriore anello complementare nella rete dei servizi.

Risulta indispensabile l'attivazione dei letti Hospice quale nodo di ricovero della rete territoriale, nella quale sono garantite, in regime residenziale, per completare la rete delle cure palliative offerta nel nostro territorio con il servizio CPDO istituito con delibera aziendale n°176 del 2011 e potenziate con delibera aziendale n° 774 del 2013. Il progetto prevede l'attivazione di 8 PL in linea con il fabbisogno standard nazionale (0,6 x 10000 abitanti).

Tab.1 Fabbisogno Posti letto Hospice Asl 2 Olbia

Abitanti ASL 2	160.000
Tumori maligni attesi anno	800
Pazienti in fase terminale che necessitano di Cure Palliative x anno	400
Pazienti che possono essere assistiti a domicilio x anno 60% del tot.	250
Pazienti che necessitano di assistenza in Hospice per anno (20% di 400)	80
Numero letti Hospice da attivare	8
Giornate degenza potenziali in Hospice per anno	2920

2. Attività dell'Hospice

L'Hospice si pone l'obiettivo di accogliere, temporaneamente, persone adulte non assistibili presso il proprio domicilio per offrire una risposta organizzata ai bisogni assistenziali, clinici, psicologici e spirituali del malato oncologico o affetto da malattia in fase avanzata ad andamento irreversibile e per le quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata.

Per rispondere a questi bisogni, occorre attivare tutti i nodi e i percorsi della rete delle cure palliative di cui l'Hospice è riferimento per la degenza, protetta e transitoria, dei pazienti seguiti al domicilio e dei pazienti già ricoverati in reparti ospedalieri non dimissibili al domicilio per la complessità, definitiva o temporanea, del caso clinico.

Obiettivo principale è accompagnare la persona e i propri familiari in questa fase della vita, nel pieno rispetto della dignità, mediante il controllo del dolore e dei sintomi fisici e psichici e fornire un luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo, per il sostegno psicologico e sociale e per il periodico sollievo dal carico assistenziale al nucleo familiare.

L'Hospice deve, perciò, essere inteso come una struttura a elevata intensità assistenziale in rapporto ai servizi alla persona e all'umanizzazione degli interventi assistenziali e dei luoghi di cura, e deve rappresentare un'estensione del domicilio quando, per differenti motivi, l'assistenza a casa non è possibile.

Inoltre, si propone di dare sollievo alle famiglie offrendosi, prevalentemente, come soluzione residenziale temporanea ma non come sostituzione della famiglia. L'obiettivo della dimissione e del rientro a domicilio, a determinate condizioni, resta quindi prioritario.

L'istituzione nella Asl 2 di Olbia di N°8 posti letto di Hospice permette di erogare 2920 giornate di degenza, sufficienti a garantire la continuità assistenziale specialistica ai pazienti in fase terminale.

GIORNATE DEGENZA ANNUALI	
GIORNATE DEGENZA	2.920
VALORE GIORNATE DI DEGENZA	€ 876.000,00

Consente inoltre di ridurre i ricoveri nei reparti ospedalieri aziendali di quei pazienti oncologici in fase molto avanzata di malattia che devono essere stabilizzati clinicamente prima di essere inseriti nel percorso di cure palliative oncologiche.

L'Hospice eroga le seguenti tipologie assistenziali:

- Ambulatorio
- Day Hospice
- Ricovero residenziale

3. Obiettivi

L'Hospice non nasce, dunque, come struttura alternativa all'ospedale o al domicilio, bensì complementare e integrata con essi. La proposta di ricovero in Hospice è fatta dal medico ospedaliero o dal medico di medicina generale (MMG), valutati i bisogni clinici, assistenziali, sociali e psicologici del paziente e la complessità gestionale del caso. Il medico responsabile della rete delle cure palliative domiciliari oncologiche, autorizza il ricovero con l'obiettivo di creare una vera continuità assistenziale in questa fase della malattia non più suscettibile di guarigione ma con necessità di un controllo della sintomatologia correlata e di una risposta ai relativi bisogni psicologici e sociali. L'Hospice è il riferimento per la degenza protetta, transitoria o definitiva della rete delle cure palliative.

Obiettivi prioritari della sua progettazione e realizzazione sono, quindi:

- a. migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie creando una vera continuità assistenziale, con controllo della sintomatologia e risposta ai bisogni psicologici e sociali;
- b. ridurre il numero di ricoveri e di giornate di ricovero in strutture di degenza per acuti.

4. Caratteristiche strutturali e organizzative

4.1 Struttura

L' Hospice della ASL2 è ubicato nella struttura della RSA di Tempio Pausania e dispone di N°8 camere singole con bagno, TV e frigo bar.

In ogni stanza è presente un letto a disposizione per l'eventuale accompagnatore ed è inoltre disponibile una sala comune con annessa cucina, una sala soggiorno con TV e angolo lettura.

4.2 Modalità di valutazione e accesso

Le modalità di valutazione, di accesso e di assistenza dei pazienti al nucleo hospice, saranno regolamentate da una procedura specifica.

I pazienti possono provenire dal domicilio, dalle cure domiciliari di III livello, oppure da una struttura ospedaliera dell'Azienda.

Nel primo caso è il MMG che, direttamente o su indicazione del medico oncologo palliativista, valuta l'impossibilità di proseguire l'assistenza al paziente presso il domicilio e invia la richiesta di valutazione pre-ricovero al responsabile della rete oncologica delle cure palliative; nel secondo caso, in cui il paziente risulti inserito in un programma di cure palliative domiciliari, la richiesta di inserimento viene effettuata dalla Equipe delle Cure Palliative; nel terzo caso è il medico di reparto a inviare la richiesta, dopo aver informato il MMG.

Il Dirigente medico del nucleo delle cure palliative provvede ad effettuare la valutazione entro 48 ore lavorative, al fine di autorizzare il ricovero, avvalendosi di un coordinatore infermieristico che compila, con il supporto del medico che ha trasmesso la richiesta, la scheda di valutazione pre-ricovero nonché le scale Karnofsky e SDS, per stabilire l'eleggibilità in Hospice e la priorità di accesso. Qualora il Nucleo di Cure Palliative valuti la non eleggibilità del paziente, oppure il paziente e/o il familiare rifiutino il ricovero, si prendono contatti con il medico inviante per valutare un programma di assistenza alternativo.

Criteria di eleggibilità al ricovero in Hospice

- in fase avanzata e progressiva di malattia;
- con una presumibile aspettativa di vita non superiore a sei mesi; con presenza di sintomi invalidanti che comportino valori di performance uguali o inferiori a 50 secondo la scala di Karnofsky (indice di autonomia);
- che abbia terminato tutte le terapie specifiche e i trattamenti invasivi volti al controllo della neoplasia;
- se impossibilitato, temporaneamente o stabilmente, all'assistenza presso il proprio domicilio;
- che accetti, lui e/o il familiare, i principi delle cure palliative;
- che non sia in fase agonica, se al primo accesso in Hospice.

I criteri di eleggibilità sono sempre rispettati ma risulta determinante la complessità della situazione clinica. In ogni caso, a parità di complessità di condizione clinica, viene tutelato:

- il paziente a domicilio, rispetto al paziente ospedalizzato;
- il paziente senza famiglia o con famiglia 'debole';
- il paziente con carenza di rapporti extrafamigliari;
- il paziente con difficoltà economiche;
- il paziente con sofferenza psicologica.

In caso di paziente appartenente ad Aziende sanitarie fuori provincia e/o fuori regione, l'iter per il ricovero è sovrapponibile, previa valutazione e autorizzazione da parte dell'UVT ed il paziente sarà inserito in una lista d'attesa separata da quella aziendale.

4.3 Cronoprogramma

Dicembre 2016: reclutamento e selezione del personale.

Gennaio 2017: formazione, affiancamento, inserimento del personale.

Gennaio 2017: apertura Hospice ai primi pazienti

5. Risorse Umane

Le risorse umane (Dirigenti Medici) destinate all'attività dell'Hospice, sono quelle presenti nella équipe di cure palliative (Oncologi) che andranno integrate con figure specialistiche di discipline dell'area di medicina interna abilitate alla pratica delle cure palliative. Si ritiene prioritario potenziare l'équipe con N° 2 dirigenti di Geriatria che unitamente al Nucleo delle Cure Palliative Oncologiche domiciliari garantiranno l'assistenza in cure domiciliari e in Hospice. Pertanto per ampliare l'offerta sia domiciliare che residenziale, i turni di Hospice e di CPD saranno garantiti da una Equipe unica.

Per quanto riguarda il personale di assistenza il fabbisogno è di:

N°1 Coordinatore Infermieristico

N° 7 Infermieri

N°8 Operatori Socio Sanitari

N° 1 Fisioterapista (tale figura è quella che opera nell' ambito delle Cure Domiciliari di III Livello)

N°1 Psicologo (tale figura è quella che opera nell'ambito del nucleo cure palliative e domiciliari di III livello)

N° 1 Assistente spirituale

5.1 Figure professionali e loro funzioni

Personale medico:

Responsabile della U.O. di Oncologia Aziendale supervisiona gli aspetti sanitari e organizzativi dell'Hospice e organizza la rete delle cure palliative aziendale.

Dirigente medico del Nucleo di Cure Palliative autorizza i ricoveri in Hospice, ha la responsabilità diagnostico-terapeutica del paziente, del contatto con i famigliari, con il medico di reparto e con il medico di medicina generale.

Personale medico Garantisce la presenza diurna, da lunedì al sabato, e in regime di reperibilità nelle ore notturne e nei festivi.

Personale di supporto psicologico

Psicologo Garantisce l'assistenza psicologica agli operatori, agli ospiti, ai loro famigliari

Supervisore d'équipe Presiede alle riunioni di staff ogni 15 giorni.

Personale sanitario non medico

Coordinatore infermieristico Dirige e coordina l'organizzazione e l'assistenza infermieristica.

Infermieri Hanno la responsabilità assistenziale del paziente e collaborano con l'équipe per la gestione della relazione d'aiuto al paziente e alla sua famiglia.

Operatori Socio sanitari Collaborano nella cura di tutti gli aspetti non sanitari quali l'igiene, la pulizia e il riordino del reparto.

Tecnici della riabilitazione Svolgono attività riabilitativa, attiva e passiva, al letto del paziente.

Volontari È previsto un servizio di volontariato adeguatamente selezionato e formato, disponibile per attività di supporto e compagnia al paziente e ai suoi famigliari.

Assistente spirituale

6. Costi

I costi del Progetto sono dettagliati nella tabella sottostante

Tab.2 Costi Progetto

Voci di Spesa	Euro
Costo Personale*	600.000
Costo attrezzature sanitarie e arredi	105.000
Costo servizi**	
Totale costi	705.000

**i costi si riferiscono esclusivamente alle figure di nuova acquisizione*

***I servizi sono una estensione di quelli già esistenti per le strutture aziendali*

7. Formazione continua e permanente del personale

La definizione dei momenti di confronto e di formazione dell'équipe curante, costituisce un momento importante nell'ambito del modello organizzativo. La formazione degli operatori non può, infatti, limitarsi a episodiche, anche se intense, esperienze formative ma deve essere continua e quotidiana, basata su: valutazione multidisciplinare dei pazienti dal punto di vista globale, descrizione e analisi delle situazioni affrontate nel quotidiano, descrizione e analisi dei vissuti degli operatori. Essa consente di apprendere e realizzare un metodo di lavoro altamente integrato per garantire un'assistenza globale, multidimensionale e personalizzata di elevato livello qualitativo; apprendere una metodologia di lavoro per aprirsi nel quotidiano alla discussione efficace di problematiche etiche, fronteggiare il rischio di *burn-out* degli operatori e modificarne l'approccio nei confronti del paziente. Il progetto di formazione permanente pensato per realizzare i suddetti obiettivi si avvale di momenti di incontro diversificati, ognuno dei quali prevede il raggiungimento di precisi sotto-obiettivi: *briefing* quotidiano e incontro di staff settimanale.

8. Sistema di valutazione della qualità percepita

Per monitorare la qualità percepita verrà predisposto un questionario di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria da somministrare sistematicamente a tutti i pazienti ricoverati.

9. Vantaggi derivanti dall'apertura dell' Hospice

Il progetto è in linea con il NUOVO PATTO DELLA SALUTE 2014 – 2016 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 permette, inoltre, da un punto di vista economico e gestionale, una ottimizzazione dell'uso dei posti letto per acuti determinando un rilevante risparmio di spesa derivante da:

- incremento del turn over dei pazienti nei reparti per acuti;
- aumento della valorizzazione dei DRG prodotti nel medesimo arco temporale dalle giornate di degenza rese disponibili per pazienti acuti;
- notevole contenimento dei costi per l'erogazione delle giornate di degenza che sono necessarie per garantire la continuità assistenziale specialistica per i pazienti attesi.

10. Indicatori

di processo: N° pazienti presi in carico dal Nucleo Hospice / N° pazienti valutati eleggibili
N° pazienti valutati entro 48 ore / N° pazienti presi in carico dal Nucleo Hospice

di esito: N° pazienti deceduti in Hospice / N° totale dei malati deceduti, presi in carico dal
NCP

11. Riferimenti Normativi

1. Delibera ASL Olbia n. 176 del 01.02.2011 “Definizione del Servizio Cure Palliative Oncologiche”
2. Delibera ASL Olbia n. 774 del 25.03.2013 “Approvazione del Progetto “potenziamento cure domiciliari palliative oncologiche aziendali: estensione al territorio del distretto di Tempio”
3. Delibera ASL Olbia n. 1133 del 18.11.2016 “Attivazione RSA con Nucleo Hospice in Tempio Pausania: revoca deliberazione n. 858 del 6.9.2016; disposizioni conseguenti incluse: autorizzazione all’assunzione del personale sanitario a tempo determinato e autorizzazione a contrarre ex art. 32 del D.lgs. 50/2016”
4. Delib.G.R. n. 33/32 del 8.8.2013 “Istituzione della rete di cure palliative della Regione Sardegna”
5. “Programma Operativo Regionale POR FESR Sardegna 2007-2013 Asse II “Inclusione, Servizi Sociali, Istruzione e legalità”
6. Deliberazione Asl n.2 N. 552 del 14/05/2015 (collaudo struttura)
7. La legge 15 marzo 2010 N° 38