

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 267 DEL 16/02/2024

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.P.G.R. n. 26 del 26/02/2021

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott.ssa MICHELA CONTE

DIRETTORE SANITARIO

dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI

dott. EDDI FREZZA

OGGETTO: APPROVAZIONE MODELLO ASSISTENZIALE “RETE LOCALE CURE PALLIATIVE”. COSTITUZIONE ORGANISMO DI COORDINAMENTO.

IL DIRETTORE GENERALE
DELL’AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
dott. Carlo Bramezza

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi informatici dell'Azienda.

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
Anno Proposta: 2024 Numero Proposta: 304/24

Il Dirigente, Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to Cinzia Brunello.

Il Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale riferisce quanto segue.

Premesso che la legge n. 38/2010 definisce le Cure Palliative come “l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici”. La stessa legge sancisce la necessità di attivare in ogni azienda una Rete di Cure Palliative:

- che concorre a definire piani di intervento per poter garantire cure palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età ed in ogni luogo di cura;
- composta da un’equipe multiprofessionale con personale dedicato.

Premesso inoltre che la Regione Veneto, attraverso il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 e 2019-2023, promuove un processo di riorganizzazione della Rete dei Servizi Sanitari implementando le capacità del territorio di far fronte ai bisogni dei malati con necessità di cure palliative. A tal fine ha emanato una serie di provvedimenti diretti a favorire:

- la produzione delle linee guida per la declinazione degli “Atti Aziendali” (DGR n. 2271/2013) che promuovono l’attivazione delle Unità di Cure Palliative Aziendali per il governo delle cure palliative a livello territoriale e ospedaliero;
- l’individuazione del “*modello assistenziale di rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore della Regione Veneto*” (DGR n. 208/2017), specificando che gli elementi organizzativi costitutivi della Rete di cure palliative sono:
 - l’Unità Operativa di Cure Palliative, che coordina, gestisce e garantisce l’offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale e l’uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale;
 - i Nuclei di Cure Palliative, parte integrante dell’UOCP, con compiti di assistenza e composti da personale sanitario dedicato con esperienza comprovata afferente all’UOCP;
 - l’Ambulatorio di Cure Palliative;
 - le Strutture Intermedie (Hospice);
- l’approvazione del Percorso Integrato di Cura quale strumento a supporto dello sviluppo della rete delle cure palliative in età adulta (DGR n. 553/2018), che definisce le modalità gestionali e organizzative attraverso cui le Aziende devono predisporre i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) Aziendali per le cure palliative in età adulta.

Preso atto che il DPCM 12 gennaio 2017 (definizione LEA), all’art. 23, garantisce le cure domiciliari palliative che hanno requisiti chiari e si articolano nei seguenti livelli:

- livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, secondo quanto previsto dall’art. 2, comma 1, lettera f) della legge 15 marzo 2010, n. 38, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l’ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;
- livello specialistico: costituito da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono 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, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un

CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore;

Considerato che:

- le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale;
- nell'ambito della Rete Cure Palliative si ritiene di fondamentale importanza privilegiare la continuità delle cure e l'integrazione tra strutture ospedaliere e strutture territoriali, così come previsto dalla Legge 38/2010. In tal senso un ruolo importante al fine di raggiungere questi obiettivi è l'integrazione della Medicina Generale verso le Medicine di Gruppo Integrate (MGI) e verso l'integrazione delle stesse con il Distretto e l'Ospedale, favorendo sia la gestione di pazienti a bassa complessità assistenziale sia quelli con maggiore complessità, indipendentemente dalla patologia. La Rete di Cure Palliative è il modello più idoneo in quanto coinvolge i vari ambiti di cura, integrandoli tra di loro in modo funzionale e evitando la discontinuità assistenziale tra setting diversi in collaborazione con le UO Ospedaliere, la COT e le Cure Primarie;

Dato atto che con nota prot. n. 14692 del 14/02/2024 il Direttore UOC Distretto n.2 dr Francesco Calcaterra ed il Direttore dell'UOC Cure Palliative dr.ssa Ludmilla Zuccarino hanno proposto la costituzione della Rete Locale Cure Palliative, individuando l'Organismo di Coordinamento della Rete Locale Cure Palliative (di seguito Organismo di Coordinamento) ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) e della DGR 1636 del 19/12/2022, come segue:

- Direttore della UOC Cure Palliative con compiti di coordinatore della rete
- Coordinatore infermieristico delle Cure Palliative con compiti di coordinatore della rete
- Responsabile di articolazioni funzionali di Cure Palliative (se previsto)
- Psicologo
- Direttori dell'UOC Cure Primarie D1 e D 2
- Medici di medicina generale D1 e D 2
- Medico di area Medico Ospedaliera
- Medico di area Chirurgica
- Medico Oncologo
- Assistente sociale
- Rappresentante del volontariato
- Rappresentante del terzo settore
- un funzionario amministrativo con compiti di segreteria;

e che il Direttore dei Servizi Socio Sanitari ed il Direttore Generale hanno espresso parere favorevole in merito (documentazione agli atti);

Dato atto inoltre che considerata la necessità di rendere operativa la Rete è stata redatta una specifica procedura, in allegato, contenente la descrizione, la mission, i processi e le attività della Rete stessa.

Per quanto sopra, il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa Territoriale propone pertanto:

- di costituire la Rete Locale Cure Palliative ai sensi della succitata normativa e approvare la procedura contenente la descrizione, la mission, i processi e le attività della Rete stessa, in allegato al presente provvedimento;
- di individuare l'Organismo di Coordinamento della Rete Locale Cure Palliative, come segue:
 - dr.ssa Ludmilla Zuccarino, Direttore della UOC Cure Palliative con compiti di coordinatore della rete

- dr. Germano Zaro e dr.ssa Amalia Simari, quali responsabili articolazioni funzionali di Cure Palliative rispettivamente per il Distretto 1 e il Distretto 2;
- dr.ssa Cristina Velludo e dr.ssa Manuela Morin, Direttori dell'UOC Cure Primarie rispettivamente del Distretto 1 e del Distretto 2
 - dr. Enzo Apolloni, Medico di area Medico Ospedaliera
 - dr. Enrico Di Marzio, Medico di area Chirurgica
 - dr. Franco Bassan, Medico Oncologo
 - dr.ssa Elisa De Qual, Assistente sociale
 - dr.ssa Elena Pasquin, in qualità di rappresentante del volontariato e del terzo settore
 - Annamaria Carollo, funzionario amministrativo con compiti di segreteria
- di dare atto che i nominativi dei Medici di medicina generale, per il Distretto 1 e Distretto 2, saranno individuati nel prossimo Comitato Aziendale;

IL DIRETTORE GENERALE

Ritenuto di aderire alla proposta formulata dal Responsabile competente;

Dato atto che il Responsabile del servizio competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare;

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari, per quanto di rispettiva competenza

DELIBERA

1. di dare atto che le premesse fanno parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di costituire la Rete Locale Cure Palliative ai sensi della succitata normativa e approvare la procedura contenente la descrizione, la mission, i processi e le attività della Rete stessa, in allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
3. di nominare l'Organismo di Coordinamento della Rete Locale Cure Palliative, come segue:
 - dr.ssa Ludmilla Zuccarino, Direttore della UOC Cure Palliative con compiti di coordinatore della rete
 - dr. Germano Zaro e la dr.ssa Amalia Simari, quali responsabili articolazioni funzionali di Cure Palliative rispettivamente per il Distretto 1 e il Distretto 2;
 - dr.ssa Cristina Velludo e la dr.ssa Manuela Morin, Direttori dell'UOC Cure Primarie rispettivamente del Distretto 1 e del Distretto 2
 - dr. Enzo Apolloni, Medico di area Medico Ospedaliera
 - dr. Enrico Di Marzio, Medico di area Chirurgica
 - dr. Franco Bassan, Medico Oncologo
 - dr.ssa Elisa De Qual, Assistente sociale
 - dr.ssa Elena Pasquin, in qualità di rappresentante del volontariato e del terzo settore
 - Annamaria Carollo, funzionario amministrativo con compiti di segreteria
4. di dare atto che i nominativi dei Medici di medicina generale, per il Distretto 1 e Distretto 2, saranno individuati nel prossimo Comitato Aziendale;
5. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale

dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22.7.2022.

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	COSTITUZIONE DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE AZIENDALE (RLCP) AZIENDA ULSS N.7 "PEDEMONTANA "	Data	30/01/2024
		Revisione n.	0
		Cadenza revisione	Triennale
		Data revisione	17/01/2026
		n° 1 di tot. pagine	1 di 8

CONTENUTI DEL DOCUMENTO

	PREMESSA	2
1	SCOPO	2
2	OBIETTIVI	2
3	AMBITO DI APPLICAZIONE	2
4	LUOGO DI APPLICAZIONE	3
5	TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI	3
6	RESPONSABILITÀ	3
7	MOTIVAZIONI	3
8	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	4-7
9	INDICATORI DI RISULTATO – OUTCOME O DI PROCESSO	7
10	PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE	8
11	RIFERIMENTI NORMATIVI, DOCUMENTALI, BIBLIOGRAFIA	8

Autori	Dott.ssa L. Zuccarino Dott.ssa A. Simari Dott. G. Zaro Dott.ssa M. Massidda
Approvazione dei contenuti:	Direttore UOC Distretto 2 Dott. F. Calcaterra Direttore Servizi Socio-Sanitari Dott.E. Frezza
Validazione Sistema Qualità	Responsabile U.O.S. Qualità e Accreditamento

Emissione	Direzione Distretto
Distribuzione	Direzione Distretto

PREMESSA

I bisogni di salute sono in continuo cambiamento a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento della prevalenza e dell'incidenza delle malattie croniche evolutive con bisogni di cure palliative.

Si stima che per l'1-1,5% della popolazione sia appropriato l'accesso alle cure palliative. Il modello di cura adottato è coerente con gli indirizzi nazionali (Legge 15 marzo 2010 n. 38, Intesa Stato-Regioni del 25/07/2012, nuovi LEA 2018) e gli indirizzi regionali (DGR n.553 del 30/04/2018) che sono stati recepiti dalla AULSS 7 con delibera del DG n.1577 del 06/11/2019 .

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) rappresenta il modello organizzativo che la normativa vigente prescrive per il governo della presa in carico dei malati in fase avanzata e terminale di malattia, indipendentemente dal tipo di patologia e dall'età: in essa confluiscono i setting assistenziali (Domicilio, Hospice, Residenze Protette, Ospedale).

L'istituzione della RLCP avviene attraverso un atto formale della Regione o dell'Azienda Sanitaria secondo gli indirizzi e le norme regionali.

1. SCOPO

Lo scopo del presente documento è quello di definire una proposta per la costituzione di una Rete Locale di Cure Palliative. La funzione principale della rete, attraverso i suoi nodi, è quella di accogliere e valutare il bisogno di cure palliative del paziente e della sua famiglia, definendo il percorso di cura, la sua continuità e garantendo l'assistenza in tutti i setting assistenziali.

2. OBIETTIVI

Gli obiettivi che il presente documento si prefigge di raggiungere, attraverso la costituzione di una Rete Locale di Cure Palliative, sono:

- Garantire un'equa e appropriata risposta al bisogno dei pazienti oncologici e/o con malattia avanzata e terminale, nonché alle loro famiglie.
- Favorire l'accessibilità del paziente alle Cure palliative, indipendentemente da età, residenza, razza, stato economico e cultura.
- Integrare la Rete di Cure Palliative con tutte le reti di cura e con tutti gli attori che si occupano di pazienti con patologie croniche .
- Coinvolgere tutti gli stakeholder nell'ottica di una collaborazione intersettoriale.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica all'interno del percorso di presa in carico e gestione dei pazienti in Cure Palliative, e ai professionisti che operano nell'ambito della RLCP.

4. LUOGO DI APPLICAZIONE

Il presente documento trova applicazione all'interno di tutto il territorio dell'Azienda ULSS N. 7 Pedemontana

5. TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

AULSS N. 7	Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria
UOC	Unità Operativa Complessa
UO	Unità Operativa
D.G.	Direttore Generale
D.S.	Direttore Sanitario
D.A.	Direttore Amministrativo
D.S.S.	Direttore dei Servizi Socio - Sanitari
D D	Direttore del Distretto
PRL	Piano di rete locale
RLCP	Rete Locale di Cure Palliative
CP	Cure Palliative
MMG	Medici di Medicina Generale
UOCC CP	UO Cure Palliative
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
COT	Centrale Operativa Territoriale

6. RESPONSABILITÀ

Per l'applicazione dei contenuti della presente si individua quale responsabile il Direttore dell'UOC Cure Palliative in stretta collaborazione con la Direzione Distrettuale e dei Servizi Sociosanitari.

7. MOTIVAZIONI

Si stima che per l'1.5% della popolazione l'accesso alle Cure palliative (CP) sia appropriato e necessario in considerazione dell'invecchiamento della popolazione e il costante incremento dell'incidenza e prevalenza di condizioni di cronicità complesse che comprendono condizioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza. E' necessario sviluppare un'organizzazione che si modelli sui bisogni del paziente che sia flessibile, sempre pronta ad adattarsi alle mutevoli necessità di malato e familiari (approccio patient oriented).

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Per Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) si intende un'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali su base territoriale (Ospedale, Hospice, domicilio e altre strutture residenziali). La Rete è costituita da nodi e da interconnessioni, dove i nodi sono rappresentati dai setting in cui operano equipe multiprofessionali con personale dedicato, la cui formazione multidisciplinare è elemento indispensabile per il mantenimento di adeguati livelli qualitativi dell'assistenza. Le interconnessioni sono rappresentate dalle modalità organizzative adottate, condivise tra tutti i nodi della Rete, per perseguire i comuni obiettivi di assistenza al paziente, alla sua famiglia nell'ottica della continuità assistenziale.

La RLCP ha le seguenti funzioni:

- coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la COT, l'ADI e l'Assistenza Primaria;
- definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
- raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
- attiva percorsi formativi aziendali specifici;
- partecipa a iniziative di ricerca.

La funzione principale della RLCP, attraverso i suoi nodi, è quella di accogliere e valutare il bisogno di cure palliative del paziente e della sua famiglia e individuare il setting assistenziale più adeguato. La RLCP attraverso la definizione di percorsi di cura, modulati sui bisogni del paziente e della sua famiglia in relazione allo sviluppo della malattia, garantisce l'assistenza in tutti i setting assistenziali e la continuità di cura. I setting strategici della RLCP comprendono l'Ospedale, l'Ambulatorio, l'Hospice e il Domicilio.

Le **strutture ospedaliere** (pubbliche e private accreditate) erogano cure palliative attraverso la consulenza di equipe di cure palliative della rete a pazienti con patologia cronico-degenerativa, non suscettibili di cure rivolte alla guarigione o con opzioni terapeutiche limitate, anche in concomitanza di terapie specifiche. Facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'equipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici.

L'**ambulatorio specialistico** è dedicato a pazienti affetti da malattie progressive in grado di accedere al servizio autonomamente. È il nodo della rete che favorisce la precoce multidisciplinarietà, la programmazione dei percorsi di cura, dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da equipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP.

L'**Hospice** è il nodo della RLCP che garantisce l'assistenza in regime residenziale a malati che non possono essere assistiti temporaneamente o in via continuativa al proprio domicilio, attraverso equipe dedicate e specificatamente formate. Accedono all'Hospice pazienti con patologie cronico-degenerative non suscettibili di trattamenti specifici con presenza di sofferenza fisica, psicologica o spirituale e/o con necessità di sollievo temporaneo per la famiglia.

Le **cure palliative domiciliari** sono erogate dall'equipe delle Unità di Cure Palliative Domiciliari con personale infermieristico e medico dedicati o adeguatamente formato, in integrazione con le **Cure Primarie** attraverso i MMG per rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia. Tale equipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'equipe dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) per garantire sia il livello assistenziale di base (coordinato dal MMG integrato dalla consulenza del medico palliativista) che quello specialistico (coordinato dal medico palliativista, responsabile clinico del caso). Sia per il livello base che per quello specialistico deve essere garantita la funzione di case manager.

infermieristico per coordinare i diversi interventi, supportare l'integrazione dei diversi apporti professionali e favorire la continuità assistenziale in tutte le fasi del progetto di cura. Un aiuto importante è fornito dagli assistenti sociali aziendali e delle strutture comunali. Entrano in gioco in maniera importante anche le associazioni di volontariato e del terzo settore presenti nel territorio.

La presa in carico

La RLCP opera prendendo in carico i pazienti e i loro familiari (caregiver) per garantire risposte rapide, efficaci e mirate ai bisogni sanitari, sociali e spirituali.

Il percorso di presa in carico del paziente, nel programma assistenziale della rete di cure palliative, prevede:

- 1) la segnalazione all'unità di cure palliative da parte del MMG, dal medico specialista ospedaliero nel caso di dimissioni protette, dall'oncologo, attraverso apposita scheda di segnalazione (per garantire un supporto anche ai pazienti oncologici che stanno proseguendo il loro percorso terapeutico). Una volta identificato il paziente viene segnalato all'UOCP tramite la Centrale Operativa Territoriale (COT) per la valutazione dei bisogni e la scelta del profilo di cura in base alla complessità dei bisogni e agli obiettivi assistenziali (CP di base o specialistiche) ;
- 2) la presa in carico a domicilio congiuntamente all'accesso del MMG , del medico palliativista , dell'infermiere palliativista e dello psicologo che insieme formulano il Piano Assistenziale Individuale (PAI) e lo condividono con l'assistito, il caregiver e la famiglia
- 3) la definizione del PAI attraverso l'attivazione dell'UVMD per qualsiasi profilo di cura. Il PAI viene elaborato attraverso una puntuale valutazione e pesatura dei problemi e dei bisogni (fisici, psicologici, sociali e spirituali) che consente di definire l'organizzazione dell'assistenza. Il monitoraggio del PAI consente di modulare l'organizzazione delle cure in base ai cambiamenti dei bisogni che si verificano con l'avanzare della malattia o con l'insorgere di complicanze ;
- 4) ingresso in Hospice quando le condizioni cliniche del malato, ovvero la ridotta o assente rete familiare o la mancanza di un caregiver affidabile non consentono di iniziare o proseguire il PAI di cure palliative a domicilio. L'ingresso in Hospice avviene nel rispetto dei seguenti criteri: aspettativa di vita non superiore a 3 mesi, completamento di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia, esclusione delle terapie volte alla guarigione, indice di Karnofsky ≤ 50 .
- 5) richiesta di eventuale supporto psicologico all'utente e ai caregiver;
- 6) collaborazione con associazioni di volontariato e/o Terzo settore .

Organismo di coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative

La gestione e il coordinamento della RLCP è affidata a una struttura organizzativa (organismo di coordinamento della RLCP), dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza, la quale assicura l'integrazione fra tutti i soggetti che erogano cure palliative nei diversi setting assistenziali.

La Regione o l'azienda sanitaria istituisce l'organismo di coordinamento della Rete Locale esplicitandone la composizione:

- Direttore delle Cure Palliative (con funzione di coordinatore)
- Coordinatore infermieristico delle Cure Palliative

- Responsabili delle articolazioni funzionali di Cure Palliative ove prevista
- Psicologo
- Direttore dell'UOC Cure Primarie
- Medico di medicina generale
- Medico di area medica e chirurgica
- Oncologo
- Assistente sociale
- Rappresentante del volontariato
- Rappresentante del terzo settore
- Un segretario

Compiti dell'organismo di coordinamento della Rete Locale delle Cure Palliative

- 1- Redige, approva e aggiorna periodicamente il **Piano di Rete Locale (PRL)**
- 2- In coerenza con le indicazioni regionali individua i punti e i criteri di accesso alla rete e alle sue strutture nonché le modalità di presa in carico del paziente compresi gli ospiti delle strutture residenziali sociosanitarie e nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, anche attraverso consulenze specialistiche in regime di degenza (RO, DH, DS); ciò per garantire le cure palliative in coerenza con la normativa nazionale e gli indirizzi regionali;
- 3- definisce l'organizzazione del percorso di cura che si realizza dalla segnalazione del caso fino alla sua conclusione assicurando la continuità assistenziale in funzione dell'evoluzione del bisogno;
- 4- identifica procedure condivise tra le strutture della Rete per gli aspetti clinico-assistenziali e di supporto ai caregiver e alla famiglia;
- 5- predispone il piano annuale di sviluppo formativo delle competenze previste dalla normativa vigente : deve realizzare incontri formativi rivolti ai professionisti delle strutture invianti alla rete per l'acquisizione di competenze atte a saper riconoscere il paziente che necessita di cure palliative ;
- 6- sviluppa attività di ricerca/condivisione di buone pratiche clinico assistenziali e organizzativo e gestionali della rete di CP;
- 7- identifica i programmi sistematici di valutazione e miglioramento delle attività e promuove la misurazione della qualità di vita dei malati assistiti con strumenti validati.;
- 8- predispone la **carta dei servizi** contenente informazioni per i cittadini inerenti alle attività, all'organizzazione, alle modalità di accesso alla stessa ed ai servizi offerti dalla RLCP anche con il contributo delle associazioni di volontariato e non profit operanti nel settore, assicurandone la divulgazione;
- 9- promuove e monitora il grado di raggiungimento degli obiettivi formativi tramite reportistiche delle strutture sanitarie operanti nella rete;
- 10- promuove iniziative per la formazione dei volontari operanti nella rete locale di CP.

Piano di rete locale (PRL)

Il PRL viene redatto, approvato e aggiornato periodicamente dall'organismo di coordinamento della RLCP. Il Piano esplicita:

- gli obiettivi specifici annuali per il funzionamento e lo sviluppo della Rete
- identifica strutture e servizi sul territorio che concorrono a supportare e migliorare l'erogazione della Cure Palliative (strutture ospedaliere e territoriali, IRCCS, aziende sanitarie, servizi sociali del Comune, servizi del volontariato, eventuale integrazione con componente universitaria)
- le modalità di coinvolgimento del cittadino e delle sue rappresentanze
- le strategie di comunicazione e informazione ai cittadini

Carta dei servizi della RLCP

La Rete Locale di Cure Palliative redige, aggiorna periodicamente e pubblica (via web o in forma cartacea) la Carta dei servizi della Rete Locale Cure Palliative. Quest'ultima contiene informazioni sulle strutture, servizi, percorsi assistenziali e prestazioni della Rete Locale Cure Palliative pubblica. Le categorie professionali e le associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza collaborano nella stesura della Carta dei servizi della Rete Locale Cure Palliative.

9. INDICATORI DI RISULTATO – OUTCOME O DI PROCESSO

Premesso che a regime la definizione degli indicatori è funzione del coordinamento della rete regionale, si richiamano gli indicatori già individuati a livello statale di cui al Decreto 22 febbraio 2007 :

1. Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative domiciliari e /o in Hospice / Numero di malati deceduti per malattia oncologica ($\geq 65\%$)
2. Numero di posti letto in Hospice (≥ 1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore)
3. Numero di Hospice in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale/ Numero totale di Hospice (100%)
4. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore
5. Numero di malati per i quali il tempo massimo di attesa tra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati presi in carico a domicilio dalla rete e con assistenza conclusa ($\geq 80\%$)
6. Numero di malati per i quali il tempo massimo di attesa tra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa ($\geq 40\%$)

7. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica ($\leq 20\%$)

8. Numero di ricovero di malati con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore o uguale a 30 giorni/ numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica ($\leq 25\%$)

10. PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE

Devono essere previste attività di controllo e verifica dei risultati:

-misurazione di indicatori di processo/esito

-valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei familiari, compresa la valutazione della gestione dei sintomi

-eventi avversi

Devono essere inoltre effettuate verifiche sistematiche dell'attività mediante audit clinico-assistenziali

11. RIFERIMENTI NORMATIVI, DOCUMENTALI, BIBLIOGRAFIA

tipologia / autore	riferimenti / titolo
D.M. 28 settembre 1999	“Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative”
Ministero della Salute, Decreto 22 febbraio 2007, n. 43	“Regolamento recante: Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311”
LEGGE REGIONALE 19 marzo 2009, n. 7	““Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore”
Legge n.38, 15.03.2010	“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”
Intesa Stato Regioni 25 luglio 2012	“Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di Cure Palliative e di Terapia del Dolore”
Coordinamento Regionale per le Cure Palliative e la Lotta al Dolore, Regione Veneto, Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie	“LE CURE PALLIATIVE E LA LOTTA AL DOLORE Documento di Sviluppo” Coordinamento Cure Palliative e Terapia del Dolore 2015