



*‘Gli infermieri protagonisti del
Cambiamento e dei nuovi modelli
assistenziali’
Le nuove sfide del PNRR.*



*Reti di prossimità, Casa della Comunità,
Ospedali di Comunità, Casa come primo
luogo di Cura*

Trapani 25 ottobre 2024

MARIA SCOVAZZO
REF INFERMIERISTICO
HOSPICE "RAGGIO DI SOLE"
DI SALEMI





CURE PALLIATIVE

“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”. ([Legge n.38/1 Art. 2-Definizioni](#))



Cure Palliative sono state definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità

(OMS) come :

"...un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e di altre problematiche di natura fisica, psicologica, sociale e spirituale."

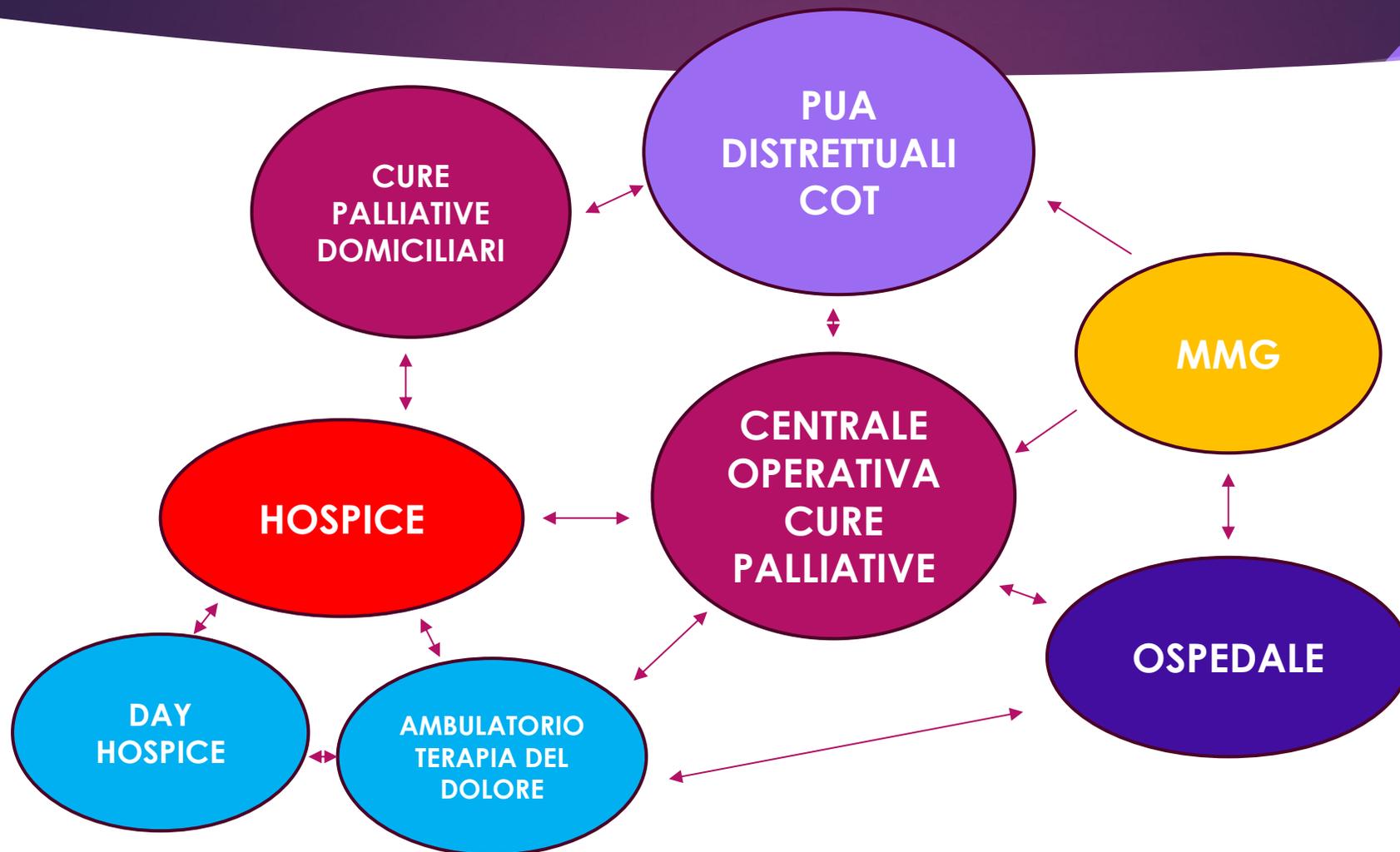


**PRINCIPALI
NORMATIVE
NAZIONALI CHE
REGOLANO I
PERCORSI DELLA
RETE DI CURE
PALLIATIVE E DELLA
RETE DELLA TERAPIA
DEL DOLORE:**

- LEGGE N. 39 DEL 26 FEBBRAIO 1999
- LEGGE 12 DEL 2001 E DECRETI ATTUATIVI
- **LEGGE N. 38 DEL 15 MARZO 2010**
- «CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO DEL 16 DICEMBRE 2010
- CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO DEL 25 LUGLIO 2012
- D.M 77 DEL 23 MAGGIO 2022
- DECRETO 549 DELL'8 GIUGNO 2023 GURS PARTE I N° 27



RETE DI CURE PALLIATIVE



Quale setting assistenziale ?



- ▶ **ADI**
- ▶ **CURE PALLIATIVE**
- ▶ **HOSPICE**
- ▶ **ALTRI SETTING**



Criteri per la presa in carico in C.P. Specialistiche

VALUTAZIONE UVM\UVMP

- ▶ Aspettativa di vita, di norma valutata in 2 mesi
- ▶ Elevato livello di necessità assistenziale e/o ridotta autonomia
- ▶ Karnofsky Performance Status (KPS) uguale o inferiore al valore di 40;
- ▶ quadro caratterizzato da instabilità di sintomi e segni
- ▶ Iter diagnostico terapeutico concluso



Rete di Cure Palliative

Cure Palliative di Base

► **Gli interventi di base garantiscono**

Un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia.

Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative, ma per i quali esse non rappresentano il focus principale di attività.

Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale.

Cure Palliative Specialistiche

► **Gli interventi di équipe specialist multiprofessionali dedicate**

Sono rivolti a malati con bisogni complessi, per quali gli interventi di base sono 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, definiti dal progetto di assistenza individuale, nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.



30-12-2015 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA – PARTE I n. 55

▶ **1. Cure palliative domiciliari di base**

- ▶ ...Tale livello si rivolge prevalentemente a malati identificati precocemente in funzione di criteri generali e clinici specifici (allegato n° 2) in una fase stabile di malattia avanzata a progressione sfavorevole, per i quali è prevista un'assistenza affidata di norma al medico di medicina generale, opportunamente formato, **ad infermieri e ad altri operatori dell'équipe domiciliare accreditata di cure palliative, con la consulenza episodica del medico palliativista.** Si tratta di interventi programmati che rientrano comunque nel Piano assistenziale individuale (PAI) elaborato in sede di valutazione da parte dell'UVP, **con interventi programmati 7 giorni su 7 e pronta reperibilità infermieristica nelle 24 ore,....**

▶ **2. Cure palliative domiciliari specialistiche**

- ▶ Livello di competenza specialistica costituito da interventi di équipe multidisciplinari e multiprofessionali accreditate e dedicate, in cui il *care manager* è il medico palliativista responsabile dell'équipe specialistica, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati. **Tale livello richiede un elevato grado di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare proprio di un'équipe multiprofessionale (composta da medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali, dietisti ed operatori socio-sanitari, con specifica formazione in cure palliative), continuità assistenziale ed interventi programmati 7 giorni su 7 e pronta reperibilità medica ed infermieristica nelle 24 ore,....**



Equipe multidisciplinare

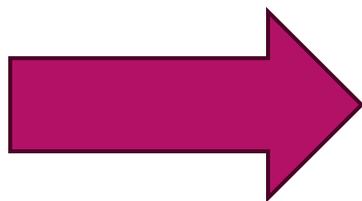
Operatori qualificati attenti ai bisogni della persona:

- Medico
- Infermiere
- Oss
- Fisioterapista
- Psicologo
- Dietista
- Assistente Sociale



OBIETTIVO

TO CURE



TO CARE



RISULTATO

- ▶ SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE
- ▶ SODDISFAZIONE DEI FAMILIARI

- ▶ MIGLIORE QUALITA' DI VITA DEL PAZIENTE
- ▶ MIGLIORE QUALITA' DI VITA DEI FAMILIARI
- ▶ QUALITA' DELLA FASE FINALE DELLA VITA



HOSPICE

- ▶ L'hospice è la struttura residenziale in cui il malato inguaribile e la sua famiglia possono trovare sollievo per un periodo circoscritto e poi fare ritorno a casa o per vivere nel confort gli ultimi giorni di vita. Ha alcune caratteristiche precise : l'accesso libero per i familiari (le camere sono anche dotate di letti per farli dormire con il paziente), la possibilità di condividere alcuni spazi ,come la cosiddetta tisaneria, il calore dell'arredamento , il soddisfacimento di profondi bisogni passivi di relazione sociale. ne esistono sia all'interno degli ospedali sia in luoghi specifici immersi in uno scenario di natura.
- ▶ L' hospice non sempre è luogo «dove si va a morire», ma a vivere meglio una fase naturale della propria esistenza (terminale di una malattia incurabile) e da cui è sempre possibile tornare alle cure domiciliari , quando questo non è impossibile in via temporanea o definitiva.
- ▶ Gli standard programmatici di riferimento italiani, previsti dalla legge , indicano da 8\10 posti letto per ogni 100,000 di abitanti



HOSPICE

- ▶ All'esterno in genere la struttura è circondata da un'ampia area verde , progettata per essere «vivibile» da parte di tutti gli ospiti .
- ▶ Il rischio principale non è per i malati terminali , quanto per il personale di servizio in un lavoro impegnativo e stressante : se non si riesce a mantenere un'adeguata distanza dal paziente , senza «distacco» (emotivo), si rischiano pesanti ripercussioni sulla vita professionale e privata(dove presente , vale a dire distinguibile da quella professionale e pubblica).



HOSPICE

FUNZIONI PRINCIPALI:

- ❖ Garantire un ricovero temporaneo per i malati per i quali le cure a domicilio non sono possibili e appropriate.
- ❖ Ottenere un migliore controllo dei sintomi legati alla fase finale della vita, nel caso in cui questo non sia possibile al domicilio .
- ❖ Fornire un periodo di sollievo alle famiglie nella cura dei pazienti.

Il ricovero in hospice ha lo scopo di favorire sempre:

- ❖ La difesa dell'integrità e della dignità della persona.
- ❖ Il controllo dei sintomi.
- ❖ Il non accanimento terapeutico.
- ❖ Il rispetto e sostegno dei valori\credenze del malato e della famiglia



HOSPICE

CRITERI DI AMMISSIONE

- ❖ PZ AFFETTI DA MALATTIA PROGRESSIVA E IN FASE AVANZATA, IN VIA PRIORITARIA NEOPLASTICA, A RAPIDA EVOLUZIONE ED A PROGnosi INFAUSTA, PER LA QUALE OGNI TERAPIA FINALIZZATA ALLA GUARIGIONE O ALLA STABILIZZAZIONE DELLA PATOLOGIA NON E' POSSIBILE O APPROPRIATA
- ❖ ASPETTATIVA DI VITA NON SUPERIORE AI 6 MESI
- ❖ PERFORMANCE STATUS SECONDO LA SCALA DI KARNOFSKY \leq A 40
- ❖ IMPOSSIBILITA' DELLA FAMIGLIA DI ASSISTERE IL PZ A DOMICILIO
- ❖ QUANDO IL PZ VIVE SOLO O IN CONDIZIONI ABITATIVE INADEGUATE



HOSPICE

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

OPERATORI QUALIFICATI E ATTENTI AI BISOGNI DEL PAZIENTE

- ❖ MEDICO
- ❖ INFERMIERE
- ❖ OSS
- ❖ FISIOTERAPISTA
- ❖ PSICOLOGO
- ❖ ASSISTENTE SOCIALE
- ❖ ASSISTENTE SPIRITUALE



Competenze infermieristiche in Cure Palliative

- ▶ Competenze etiche , finalizzate alla comprensione delle situazioni cliniche difficili e controverse dell'assistenza in Cure Palliative.
- ▶ Competenze cliniche : per appropriati ed efficaci interventi di valutazione e trattamento dei sintomi della fase avanzata di malattia in ogni patologia evolutiva.
- ▶ Competenze comunicativo- relazionali :finalizzate ad un'assistenza rispettosa dell'unicità, della dignità e della volontà della persona assistita e della famiglia.
- ▶ Competenze psicosociali : per un'assistenza attenta ed efficace alla globalità dei bisogni espressi.
- ▶ Competenze di lavoro in èquipe : per un approccio integrato alla gestione dei problemi assistenziali



HOSPICE

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

La multidisciplinarietà di interventi rappresenta un esempio di assistenza che mette al centro la **persona**, i suoi bisogni, la sua importanza clinica ma anche morale, sociale e quella della famiglia. Non c'è momento più forte nell'assistenza ai malati, di quello delle cure palliative in cui gli infermieri mettono in campo le loro competenze cliniche, la capacità di **caring** ossia prendersi cura non solo del paziente ma anche della sua famiglia che vive momenti drammatici. L'attenzione si sposta sull'individuo nella sua globalità per privilegiare una buona **qualità di vita** anche nella fase terminale.



Hospice
"Raggio di
Sole"



GRAZIE