

V. Man. Catell
[Signature]
BA/12

**PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'ACCESSO ALLE CURE
PALLIATIVE IN HOSPICE E NELL 'ASSISTENZA DOMICILIARE
INTEGRATA (ADI).**

per approvazione: Giovanni Nigro
" " Ani Difino
" " Lucia L. Carr
" " Antonella Battaglia
" " [Signature]
" " Gloria Mercurullo
" " G. Carr

Rev. 00 del 30/04/2019	Redatto da: Comitato Tecnico Cure Palliative	Verificato da: Direttore Sanitario Aziendale Dott.	Autorizzato alla diffusione da: Direttore Generale Arch. Angelo Aliquò
---------------------------	--	---	--



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sommario

1.	Background.....	pag. 3
2.	Obiettivi e campo di applicazione.....	pag. 4
3.	Definizioni	pag. 4
4.	Modalità operativa.....	pag. 9
	ALLEGATI.....	pag. 13
9.	Riferimenti bibliografici.....	pag. 16

cy

1. Background

Il Decreto Assessoriale della Regione Sicilia del 2 Dicembre 2015, definisce gli indirizzi organizzativi ed operativi della Rete locale di cure palliative (CP) nell'ambito del sistema di governance della Regione siciliana, attraverso elementi distintivi strutturali, qualitativi e quantitativi, al fine garantire il diritto di accesso alle cure palliative in ogni luogo di cura, indipendentemente dall'eziopatogenesi della malattia, dalla razza, dalla cultura, dallo stato sociale e dal luogo di residenza e di migliorare la qualità della vita dei malati che necessitano di cure palliative e dei loro familiari.

Tutte le persone malate ed affette da patologie croniche progressive ed in fase avanzata, con bisogni complessi, possono manifestare la necessità di cure palliative. Si stima che in base al progressivo e rapido invecchiamento generale della popolazione ed al costante incremento dell'incidenza e prevalenza di condizioni di cronicità complesse, che comportano situazioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza, l'accesso alle Cure palliative sia appropriato e necessario per l'1,5% dell'intera popolazione (Gomez-Batiste Xavier - Palliative Medicine 2014; 28 (4) : 302-3011).

Il modello organizzativo ed assistenziale della Rete locale di CP deve, essere modulato in rapporto ai bisogni, desideri e preferenze dei malati e dei loro familiari e deve essere caratterizzato dalla globalità dell'approccio e dall'articolazione delle strutture organizzative specifiche che lo caratterizzano, nel rispetto della sostenibilità da parte del Servizio sanitario regionale e dell'accessibilità al sistema di cura. In un contesto normativo che richiede una continua rimodulazione delle risorse ed al contempo la realizzazione di percorsi assistenziali di qualità, che non possono prescindere dall'attenzione al bisogno sociale e dalla sostenibilità dei costi, diventa necessaria la definizione di criteri e modelli assistenziali strutturati per intensità di cura ed appropriatezza anche nell'ambito della Rete di cure palliative.

L'organizzazione di modelli integrati di cura e di assistenza, con l'indicazione precisa a sviluppare Reti regionali e locali di CP è stata definita con chiarezza dalla Legge 38/2010 e dai successivi decreti attuativi, approvati in conferenza Stato-Regioni ed in particolare dall'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012. La normativa nazionale pone specifica attenzione al sistema di accreditamento che prevede l'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale, il potenziamento dei rapporti tra le equipe operanti a livello ospedaliero e territoriale, l'attivazione di nuovi percorsi formativi. È previsto inoltre, a garanzia della reale operatività della Rete locale di CP, che essa sia coordinata da una struttura organizzativa, composta da figure professionali con specifica competenza ed esperienza con compiti di integrazione e

El
le
de
glu
D
R
ce
b

di governance fra tutti i soggetti che erogano cure palliative nei diversi setting assistenziali o “nodi” della Rete (ospedale, domicilio ed hospice), al fine di garantire la continuità delle cure.

La diffusione di un modello culturale ed organizzativo condiviso è indispensabile pertanto per facilitare, attraverso adeguati programmi di formazione e di comunicazione, l’attuazione del modello assistenziale più efficace da parte di tutti gli operatori della Rete.

2. Obiettivi e campo di applicazione

Il presente documento è stato elaborato dal comitato tecnico per le Cure Palliative al fine di definire in dettaglio attività e responsabilità di acquisizione, trasmissione e monitoraggio dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) nonché di dematerializzazione delle informazioni.

Lo scopo è quello di fornire un protocollo condiviso, cui tutti gli operatori coinvolti nel percorso assistenziale devono attenersi, secondo le proprie competenze.

3. Definizioni

Cure Palliative: (WHO, 1990, modificata dalla Commissione ministeriale per le cure palliative 1999).
Le Cure Palliative si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. In questa situazione il controllo del dolore, degli altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie. Alcuni interventi palliativi sono applicabili anche più precocemente nel decorso della malattia, in aggiunta al trattamento oncologico. In particolare le cure palliative: affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale; non accelerano né ritardano la morte; provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi; integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza; aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte; sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto.

Cure Palliative, definizione della Legge 38/2010. Per cure palliative si intende 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.

Malato: definizione della Legge 38/2010. Per malato si intende la persona affetta 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, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa.

Cure di fine vita: sono parte integrante delle cure palliative e si riferiscono alle cure dell'ultima fase della vita caratterizzata da segni e sintomi specifici, il cui pronto riconoscimento permette di impostare quei cambiamenti che sono necessari per riuscire a garantire ai malati una buona qualità del morire ed ai familiari che li assistono una buona qualità di vita, prima e dopo il decesso del loro caro. Le cure di fine vita si caratterizzano per una rimodulazione dei trattamenti e degli interventi assistenziali in rapporto ai nuovi obiettivi di cura.

Approccio palliativo: inteso come "prevenzione, identificazione, valutazione e trattamento dei sintomi fisici, funzionali e dei problemi psicologici, sociali e spirituali del malato, durante tutto il decorso della malattia e lungo le tre principali traiettorie di malattia (cancro, insufficienza d'organo, malattie degenerative)". Esso ha l'obiettivo di garantire la migliore qualità di vita fino alla morte, salvaguardare la dignità della persona malata ed apportare un adeguato sostegno alla sua famiglia.

Malato: persona affetta 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 (Def. Legge n.38/2010).

UCP domiciliari: Acronimo di Unità di Cure Palliative domiciliari. Le Cure Palliative domiciliari, nell'ambito della rete locale di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le UCP domiciliari garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di équipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita, nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Gli interventi di base garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e un'adeguata comunicazione con il

malato e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle Cure Palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale. Gli interventi di équipe specialistiche multiprofessionali dedicate sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i 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.

PAI : Acronimo di Piano Assistenziale Individuale È un progetto assistenziale che viene redatto in modo condiviso dall'équipe multidisciplinare e multiprofessionale di Cure Palliative, a seguito di un'attenta analisi e di una valutazione dei bisogni globali della persona. Il PAI riporta i problemi, la valutazione multidimensionale, gli obiettivi terapeutico-assistenziali, e il monitoraggio nel tempo; è un progetto dinamico, aggiornato in funzione delle necessità che possono di volta in volta emergere, formulato in collaborazione con la famiglia e l'équipe di cura. La presa in carico è globale, estesa all'intero percorso, trasversale alle unità operative, continua, stabile, con la partecipazione nelle scelte terapeutiche del malato e dei familiari.

Rete locale di cure palliative: aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale (con attività di consulenza nei reparti e negli ambulatori), in hospice, a domicilio (cure domiciliari di base e specialistiche) ed in altre strutture residenziali. Tale modello di Rete, coordinato da una struttura organizzativa di cure palliative con compiti di coordinamento che ne garantisce una reale operatività,

si sviluppa in ambito provinciale e soddisfa specifici requisiti di legge (Rif. legge n. 38/2010 ed Intesa Stato Regioni 25 luglio 2012).

Unità operativa di cure palliative (UOCP): struttura organizzativa di coordinamento della Rete locale di CP, che ne garantisce l'effettiva operatività nell'articolazione delle sue unità di offerta (ospedale, domicilio, hospice). Tale struttura è specificamente dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell'art. 5, comma 2, legge n. 38/2010.

Valutazione multidimensionale del bisogno (VMB): operazione dinamica e continua che segue il paziente nel suo percorso di malattia. Si tratta del momento valutativo che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero la sua dimensione clinica, la dimensione funzionale, la

dimensione affettivo-cognitiva, la dimensione spirituale, la situazione socio-relazionale-ambientale, il grado di consapevolezza del sistema malato/famiglia, nonché le volontà e le aspettative del malato.

Presa in carico: processo costituito da un insieme di azioni, percorsi, strategie d'aiuto, sostegno e cura che il servizio sanitario e sociale mettono in atto per rispondere a bisogni complessi e che richiedono un'assistenza continuativa e prolungata nel tempo con il coinvolgimento di diverse professionalità.

Accreditamento: l'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 Rep. n. 32/CSR definisce i termini e le modalità per l'adeguamento da parte delle Regioni e delle aziende sanitarie, ai criteri ed ai requisiti individuati dalla precedente Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012. In questo ambito è inserita anche la "Realizzazione di reti di cure palliative". L'adozione di standard per l'accreditamento di Reti assistenziali di eccellenza deve prevedere la valutazione sistematica, periodica e multidimensionale del bisogno, la presa in carico integrata con una tempistica adeguata, il care management e la valutazione dei risultati.

Cure Palliative specialistiche: gli interventi di équipe specialistiche multiprofessionali dedicate sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i 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 e interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale.

Cure Palliative precoci e simultanee: le cure simultanee/cure palliative precoci nel malato oncologico rappresentano un modello organizzativo mirato a garantire la presa in carico globale del malato oncologico attraverso un'assistenza continua, integrata e progressiva fra Terapie Oncologiche e Cure Palliative quando l'outcome non sia principalmente la sopravvivenza del malato. Le finalità sono:

- Ottimizzare la qualità della vita in ogni fase della malattia, attraverso una meticolosa attenzione agli innumerevoli bisogni, fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia.
- Garantire la continuità di cura attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni, con appropriati obiettivi in ogni singola situazione attraverso la valutazione, pianificazione, coordinamento, monitoraggio, selezione delle opzioni e dei servizi.

- Evitare il senso di abbandono nella fase avanzata e terminale.

L'integrazione tra le Terapie Oncologiche e le Cure Palliative nel continuum della cura è essenziale per il malato di cancro.

Cure di fine vita: Le cure di fine vita sono parte integrante delle Cure Palliative e si riferiscono alle cure dell'ultima fase della vita, caratterizzata da segni e sintomi specifici, il cui pronto riconoscimento permette di impostare quei cambiamenti che sono necessari per riuscire a garantire ai malati una buona qualità del morire e ai familiari che li assistono una buona qualità di vita, prima e dopo il decesso del loro caro. Le cure di fine vita non sono una semplice continuazione di quanto è stato fatto fino a quel momento, ma si caratterizzano per una rimodulazione dei trattamenti e degli interventi assistenziali in atto in rapporto ai nuovi obiettivi di cura.

Continuità delle cure ospedale-territorio: la continuità delle cure rappresenta la modalità per fornire tempestive risposte coordinate e organizzate ai bisogni complessi dei malati e dei loro familiari. La continuità assistenziale si compone di tre aspetti fondamentali: continuità dell'informazione, continuità gestionale e continuità relazionale. La continuità dell'informazione permette la comunicazione tra i soggetti istituzionali/professionali che afferiscono ai differenti setting assistenziali nel percorso di cura del malato. Riguarda informazioni non solo sulla condizione clinica, ma anche sulle preferenze, le caratteristiche personali e di contesto, utili ad assicurare la rispondenza al bisogno di salute.

La continuità gestionale è particolarmente importante in patologie cliniche croniche o complesse, che richiedono l'integrazione di più attori professionali/istituzionali nella gestione del percorso del malato. Questo si realizza attraverso un'azione complementare e temporalmente coordinata dei servizi - professionisti coinvolti nel sistema di offerta assistenziale. In tal senso l'utilizzo di piani assistenziali e di protocolli di cura garantisce maggiore sicurezza nella programmazione e nella efficacia del percorso di trattamento individuale. La continuità relazionale permette la connessione non solo tra la dimensione pregressa e attuale nella definizione dell'iter di cura/assistenza, ma fornisce anche una dimensione prospettica. Essa consiste nella relazione continua del malato con diversi professionisti socio-sanitari che forniscono assistenza in modo organico, coerente e attento allo sviluppo del percorso di trattamento in senso prospettico.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sostegno o supporto alla famiglia: attività, azioni, interventi, comportamenti formali o informali, organizzati e finalizzati alla soddisfazione dei bisogni assistenziali dei familiari (caregiver) nel fornire una cura ottimale al malato in fase avanzata di malattia. Il supporto dato da professionisti, familiari e amici, può aiutare i familiari che si fanno carico del malato ad incrementare le proprie capacità di rispondere alle richieste di cura. L'obiettivo del supporto è rendere i familiari in grado di mantenere ad un buon livello il comfort del malato e la qualità di vita, e prevenire o minimizzare nei familiari caregiver lo stress non necessario.

Sostegno psicologico: sostegno specifico riguardante la dimensione relazionale, affettiva, emozionale, cognitiva. È finalizzato alla soddisfazione di bisogni complessi (es. preparazione alla morte del familiare, gestione dell'ansia).

4. Modalità operative

1. Il paziente è presentato al PUA (Punto Unico di Accettazione) dal MMG (Medico di Medicina Generale), dal Pediatra, dai Medici dei reparti critici Ospedalieri, dal Medico Hospice, mediante il **Modello A1 PUA**.
2. Il PUA inoltra la richiesta pervenuta alla Centrale Operativa di Coordinamento Cure Palliative (UOCP) a alla Unità Valutazione cure Palliative (UVP), per le Cure Palliative Domiciliari o per il ricovero in Hospice, previa acquisizione del modulo di libera scelta compilato dal paziente compilato o da familiare.
3. L'UVP elaborato il PAI, lo invia alla UOCP e agli enti erogatori per il servizio di Cure Palliative, che può essere attivato anche in strutture territoriale protette (comma 5 lettera d del D.A. 31/12/2015, Linee Guida con delibera n 36 del 09/01/2017), alla voce compilazione (nel sistema SANTEC), si troverà nell'apposita finestra degli operatori una locuzione che viene identificata come **EQUIPE CURE PALLIATIVE BASE ED EQUIPE CURE PALLIATIVE SPECIALISTICA** cliccando si attiveranno in automatico gli accessi di tutte le figure preposte. Per le cure palliative di base (CIA < 0,60 equivalente massimo a 4 accessi settimanale) si attiveranno sempre tutte le figure disponibili. L'UVP, previa concordato con il MMG, eliminerà le figure non necessarie e per le restanti indicherà le figure necessarie e il numero di accessi settimanali.

g

u

la

de

glu
P
G

g

el

lu

ay



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

4. Il campo note è uno spazio per comunicazioni particolari, ma non può essere sostitutivo dal punto precedente.
5. Le ditte accreditate ricevuto il PAI attraverso la piattaforma informatizzata SANTEC, se trattasi di Cure Palliative di Base attiveranno le figure autorizzate dal PAI e tutte le variazioni necessarie dovranno essere concordate con il MMG/PLS e l'UVP la quale modificherà il PAI. Qualora si tratta di Cure Palliative Specialistiche, le ditte accreditate ricevuto il PAI attraverso la piattaforma informatizzata del PUA attiveranno il servizio prendendo in carico l'utente e come previsto dalle norme vigenti (D.A. 31/12/2015) effettuerà una valutazione dei bisogni dell'assistito e in caso di variazioni lo comunicherà all'UVP attraverso la stessa piattaforma. L'UVP risponderà solamente quando non ritiene appropriata la proposta avanzata. **Tutte le richieste di modifica apportate al PAI avvengono sotto supervisione della UOCP.**
6. Paziente sospeso per ricovero. Tutti i pazienti in caso di ricovero vanno sospesi sotto la voce autorizzazioni cliccando l'ultima autorizzazione attiva nella finestrella accanto allo stato, si aprirà un ulteriore finestra dove trovasi la voce sospensione per ricovero. Inserire la data del ricovero e salvare. In seguito all'avvenuta dimissione ospedaliera comunicata dall'ente erogatore come ripresa in carico inserire la data del fine ricovero antecedente alla data di ripresa in carico. Ricordare che la sospensione del ricovero non deve superare i 10 gg. Oltre tale tempo la ditta fornitrice del servizio comunicherà l'esigenza di dimettere l'assistito.
7. Per i pazienti che dal servizio ADI passano alle cure palliative o viceversa; l'ultimo PAI autorizzato va modificato scalando la data di autorizzazione alla data di ammissione al nuovo servizio e notificando alla ditta con la modifica nelle note, la motivazione del cambio di intervento. Successivamente viene fatta una nuova autorizzazione con inizio dal giorno deciso dall'UVP/UOCP notificandola alla ditta che prenderà in carico il Paziente. La data del nuovo servizio deve essere successiva alla data fine del servizio precedente.
8. Si raccomanda di rinnovare o dimettere i PAI prima della data di scadenza così da evitare vuoti assistenziali con relativi ripercussioni sulla generazione del flusso SIAD ossia produzione di scarti e mancato raggiungimento dell'obiettivo Ministeriale fissato in misura <1%.
9. In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

h
pa
AC
Gh
Q
H
20
M

a) **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 0,60 (D.A. 31/12/2015) in funzione del progetto di assistenza individuale;

b) **livello specialistico**: costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare.

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

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 0,60 (D.A. 31/12/2015) definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

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.

Differenze di valorizzazione tra i due livelli di assistenza domiciliare

Cure palliative domiciliari di base	Cure palliative domiciliari specialistiche
Cure erogate da MMG adeguatamente formati in cure palliative, da infermieri e da altri operatori che fanno parte delle équipe specialistiche multiprofessionali domiciliari dedicate	Cure erogate da équipe specialistiche multiprofessionali domiciliari dedicate, con un elevato livello di competenza e attraverso modalità di lavoro interdisciplinare
Interventi programmati in funzione del Progetto di Assistenza Individuale (PAI). Pronta disponibilità infermieristica nelle 24 ore	Continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, pronta disponibilità medica ed infermieristica nelle 24 ore per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver
Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) inferiore a 0.60	Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) uguale o superiore a 0.60
Intervento in consulenza del medico palliativista che rientra comunque nel CIA	Intervento continuativo a domicilio del medico palliativista

5. Allegati

Alla Centrale Operativa di Cure Palliative

RICHIESTA inviata da MMG U.O. Ospedaliera Diretto Interessato o suo delegato, per:

- INSERIMENTO IN TRATTAMENTO RIABILITATIVO AMBULATORIALE
- INSERIMENTO IN STRUTTURE SOCIORIABILITATIVE: Semiresidenziale Residenziale
- INSERIMENTO IN RSA: RSA RAGUSA RSA COMISO RSA SCICLI RSA CONVENZIONATA
- INSERIMENTO IN HOSPICE
- INSERIMENTO IN ADI (assistenza domiciliare Integrata)
- INSERIMENTO IN CURE RIABILITATIVE
- INSERIMENTO IN AGI (Ambulatori Gestione Integrata dedicati Cronici)
- FOLLOW-UP M.M.G.

1. Dati riferiti alla persona di cui si chiede l'inserimento

Generalità _____ Data di nascita ____/____/____

Residente a _____ via _____ n° ____ CAP _____ tel _____

Ricoverato dal ____/____/____ Cod fiscale:

Nominativo del medico di medicina generale _____

2. Dati del richiedente:

Diretto interessato (si vedano i dati del punto 1)

Parente (indicare i dati del parente) Rapporto di parentela _____

Generalità _____ Tel _____

Residente a _____ via _____ n° ____ CAP _____

Medico curante Dr. _____

U.O. Ospedaliera: _____

Assistente Sociale Comune di _____

Struttura Residenziale _____

P.P.I. _____

Se la richiesta d'inserimento è presentata da persona diversa dall'interessato o da un parente responsabile, il richiedente dichiara di avere già ottenuto il consenso preventivo all'inserimento da parte di questi ultimi.

Data ____/____/____ Firma del Richiedente o suo delegato _____

Acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla richiesta, con le modalità di cui al DLgs 196/2003 e alla comunicazione degli stessi agli enti socio sanitari interessati.

Data ____/____/____ Firma del Richiedente o suo delegato _____

eg

M

es

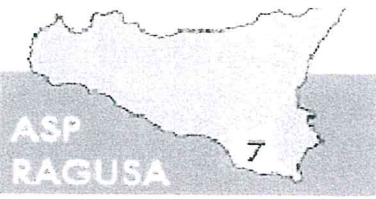
AL

Glu

[Signature]

lee

[Signature]



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

SCHEDA SANITARIA

ASSISTIT _ nat _ a il

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

- STATO DI COSCIENZA orientato disorientato coma
- RESPIRAZIONE autonoma ventilazione assistita meccanica
 Ossigeno : _____
- PAZIENTE COLLABORANTE SI NO
- DEAMBULAZIONE AUTONOMA SI NO
- ALIMENTAZIONE autonoma sondino nasogastrico TPN PEG
 altro (specificare) _____
- CONTINENZA URINARIA SI NO Pannolini
 Catetere vescicale tipo _____ posizionato il _____
 altri dispositivi utilizzati: _____
- CONTINENZA FECALE SI NO
- EVACUAZIONE SPONTANEA SI NO
specificare le modalità _____
- PORTATORE DI STOMIA NO SI
(modello e misura) _____
- PRESENZA DI ACCESSO VENOSO CENTRALE NO SI (tipo e gestione) _____
- LESIONI DA DECUBITO NO SI Sede e grado _____

PREVISIONE BISOGNI ASSISTENZIALI PER LA DIMISSIONE:

AUSILI/PROTESI _____

MEDICAZIONI - Tipo _____

Frequenza prevedibile _____

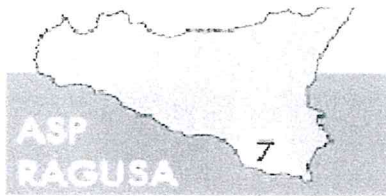
DIAGNOSI: _____

TERAPIA CONSIGLIATA: _____

N° riferimento Fax

Il Coordinatore Infermieristico (timbro e firma)	Timbro della U.O.C.	Il Dirigente Medico e/o Il Medico di Base (timbro e firma)
---	---------------------	---

_____, li ____ / ____ / ____



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE



All. 2

**Modulo per la scelta tra le Associazioni Accreditate
in provincia di Ragusa per l'erogazione di
CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
SERVIZIO TRASFUSIONALE A DOMICILIO**

Il Paziente _____

Nato a _____ Prov. _____ Il _____

Residente a _____ Via/Pzza _____

(Oppure) Il Sottoscritto _____ nella qualità di * _____

del Sig. _____ residente a _____

Via/Pzza _____ tel/cell _____

* (grado di parentela)

Dichiara

Che essendo informato che tale servizio viene erogato in questa Provincia da Associazioni Onlus, nel caso in cui venga accettata la richiesta di inserimento in:

- Cure Palliative Domiciliari;
- Servizio Trasfusionale a Domicilio;

sceglie liberamente di essere assistito da:

S.A.M.O.T. Ragusa Onlus

S.A.M.O.T. Onlus

N.B. La scelta della Onlus, ad esclusiva volontà del paziente o dei familiari, è vincolante per l'ASP di Ragusa, ma può essere modificata in qualunque momento su esplicita e motivata richiesta

DATA _____

FIRMA _____

ay

W.

ce

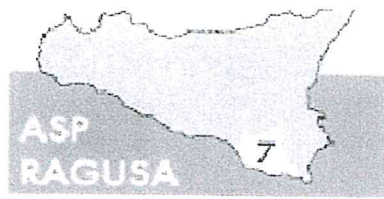
AL

gll

Q

ee

m



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

9. Riferimenti bibliografici

1. Documento del tavolo di lavoro AIOM – SICP “*Cure Palliative precoci e simultanee*”; 2015.
2. Documento Intersocietario SICP-SIN “*Le cure Palliative nel malato Neurologico*”; 2018
3. *Ministero della Salute Ministero della Salute DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA- Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”*; 2015-2017.
4. ASSESSORATO DELLA SALUTE DECRETO 2 dicembre 2015 “*Organizzazione e sviluppo della rete locale di cure palliative*”.
5. Documento Gruppo di Studio Bioetica, Società Italiana di Anestesia, Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) “*Grandi insufficienze d’organo “end stage”: Cure intensive o Cure Palliative?*”; 2013.