



**AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 2 NORD**
Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

Deliberazione N. 1311 del 27/07/2022

PROPONENTE: DIREZIONE SANITARIA

OGGETTO: Percorso Assistenziale per la Rete delle Cure Palliative

In pubblicazione dal 27/07/2022 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

Atto immediatamente esecutivo

U.O.C. AFFARI GENERALI

Direttore Giuseppa Caccavale

Elenco firmatari

Anna Spizuoco - U.O.C. AFFARI GENERALI

Francesco Balivo - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Monica Vanni - DIREZIONE SANITARIA

Antonio D'Amore - DIREZIONE GENERALE

Redatto da

Rosa Pezzella

IL DIRETTORE GENERALE

**Nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n.105 del
08/08/2019, in esecuzione della DGRC n. 371 del 06/08/2019**



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

Oggetto: Percorso Assistenziale per la Rete delle Cure Palliative

IL DIRETTORE SANITARIO

Premesso che :

- le Cure Palliative sono la cura totale e multidisciplinare per pazienti affetti da una malattia neoplastica e/o cronico-degenerativa che non risponde più ai trattamenti specifici e di cui la morte è la naturale conseguenza;
- la Legge 15 marzo 2010, n. 38, ha adottato un quadro organico di principi e disposizioni normative volte a garantire un'assistenza qualificata appropriata in ambito palliativo, per il malato e la sua famiglia;
- il Decreto del Ministero della Salute n. 77 del maggio 2022, che rientra nei provvedimenti governativi per l'esecuzione del PNRR, dispone la realizzazione di una Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), descritta come un'aggregazione funzionale integrata delle attività di Cure Palliative erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali nell'ambito di uno specifico territorio;
- le Cure Palliative nell'ASL Napoli 2 Nord attualmente sono garantite dall'Hospice di Casavatore "Polo del Sollievo per la Vita", nell'ambito delle Cure Domiciliari, presso i Presidi Ospedalieri ed a livello ambulatoriale con le attività specialistiche, assicurando l'assistenza necessaria, anche se in maniera settoriale e non organizzata come Rete Assistenziale.

Tenuto conto che:

- la Legge n. 38 del 15 marzo 2010, avente ad oggetto "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", sancisce la necessità di garantire un'assistenza qualificata appropriata in ambito palliativo, per il malato e la sua famiglia;
- la Regione Campania con il D.C.A. n. 4 del 10/01/2011 ed allegati, la D.G. n. 41 del 14/02/2011, il D.C.A. n. 128 del 10/10/2012, la D.G. n. 7890 del 21/12/2012, il D.C.A. n. 1 del 07/01/2013, la Legge Regionale n. 5 del 06/05/2013, il D.C.A. n. 22 del 10/03/2015, il D.C.A. n. 46 del 25/05/2015 recepisce la Legge 38/2010 e legifera in materia;
- con il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (LEA - art. 31), l'Accordo Stato-Regioni del 27/07/2020 (Rep. Atti n. 118/CSR), il documento dell'AGENAS: "Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di Rete delle Cure Palliative", del 2022 ed il Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.", viene esteso l'ambito di applicazione delle Cure Palliative alle fasi precoci della malattia in guarigione a evoluzione sfavorevole e disposta la realizzazione di una Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), descritta come un'aggregazione funzionale integrata delle attività di Cure Palliative erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali nell'ambito di uno specifico territorio;

Deliberazione del Direttore Generale



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

- la Delibera del Direttore Generale dell'ASL Napoli 2 Nord l'ASL Na 2 Nord n. 81 del 12/01/2021: "Revisione protocollo aziendale cure domiciliari di I, II, III livello e cure palliative terminali", modificava ed integrava l'analoga Deliberazione del 05 Giugno 2017.

Considerato che:

- la Direzione Sanitaria aveva costituito un Tavolo Tecnico/Gruppo di Lavoro aziendale per la stesura ed implementazione di un Percorso Assistenziale per la Rete delle Cure Palliative dell'ASL Napoli 2 Nord;
- tale Gruppo di Lavoro si è riunito in diverse sedute e dal confronto/contributo prodotto dai componenti del Tavolo Tecnico si è definito un Documento, che è parte integrante della presente delibera;
- l'attuazione del Percorso Assistenziale oggetto del documento prevede una Fase Organizzativa, della durata di tre mesi, per l'individuazione delle risorse necessarie e la formazione degli operatori.

Visti:

- il D. lgs 502/92 e il D. lgs 229/99;
- la L.R. 16/08

Per i motivi di cui alla narrativa, che qui si intendono integralmente riportati, e attestato che il presente provvedimento, alla stregua delle risultanze e degli atti tutti sopra richiamati, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche.

PROPONE

Al Direttore Generale

- **di adottare** il Documento Percorso Assistenziale per la Rete delle Cure Palliative dell'ASL Napoli 2 Nord con i rispettivi allegati, quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
- **di stabilire** che sarà cura del Core per la Rete delle Cure Palliative, con le modalità previste nel Percorso Assistenziale, e dei Direttori della UOC Appropriatelyzza Clinica e Organizzativa e UOC Qualità e Risk Management, anche disgiuntamente, proporre alla Direzione Strategica eventuali modifiche/aggiornamenti dello stesso, in virtù di variazioni eventuali di Linee Guida, Protocolli, mappatura/attori della rete dei servizi aziendali etc ...;

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

- **di dare mandato** alla UOC Tecnologie Informatiche e Ingegneria Clinica ed alla UOC Controllo di Gestione e Budgeting, in collaborazione con il Core per la Rete delle Cure Palliative, di garantire, entro tre mesi dalla pubblicazione della presente deliberazione, la disponibilità di una piattaforma informatica dedicata, per la gestione delle attività e la raccolta e la trasmissione dei flussi informativi;
- **di dare mandato** alla UOC Formazione, alla UOC Cure Primarie ed alla UOC Strutture Residenziali e Semiresidenziali, in collaborazione con il Core per la Rete delle Cure Palliative, attuare lo specifico programma formativo e di aggiornamento continuo previsto nel percorso per la rete delle Cure Palliative;
- **di dare mandato** alla UOC Cure Primarie, ai Direttori dei Distretti sanitari, ai direttori dei Presidi Ospedalieri, al Direttore della UOC Strutture Residenziali e Semiresidenziali, in collaborazione con il Core per la Rete delle Cure Palliative di organizzare, percorsi agevolati e modalità di prenotazione dedicata per il funzionamento della Rete delle Cure Palliative;
- **di affidare** alle Strutture indicate nella lista di distribuzione la diffusione interna della Procedura, in maniera capillare, agli operatori interessati;
- **di dare mandato** ai Direttori di macrostruttura di garantire la partecipazione degli operatori interessati al processo formativo, nonché di monitorare i cambiamenti organizzativi in termini di risorse umane, materiali e tecnologiche al fine di assicurare il continuo rispetto di quanto contenuto nel Percorso;
- **di pubblicare** la Procedura Generale, ivi allegata, sul sito web aziendale.

**Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Monica Vanni**

IL DIRETTORE GENERALE

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore Sanitario e delle risultanze degli atti, tutti richiamati in premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché di espressa dichiarazione, mediante la sottoscrizione dello stesso da parte del proponente, della regolarità e legittimità del presente atto, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utilità per il servizio pubblico e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche:

sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

DELIBERA

- **di adottare** il Documento Percorso Assistenziale per la Rete delle Cure Palliative dell'ASL Napoli 2 Nord con i rispettivi allegati, quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
- **di stabilire** che sarà cura del Core per la Rete delle Cure Palliative, con le modalità previste nel Percorso Assistenziale, e dei Direttori della UOC Appropriatelyzza Clinica e Organizzativa e UOC Qualità e Risk Management, anche disgiuntamente, proporre alla Direzione Strategica eventuali modifiche/aggiornamenti dello stesso, in virtù di variazioni eventuali di Linee Guida, Protocolli, mappatura/attori della rete dei servizi aziendali etc ...;
- **di dare mandato** alla UOC Tecnologie Informatiche e Ingegneria Clinica ed alla UOC Controllo di Gestione e Budgeting, in collaborazione con il Core per la Rete delle Cure Palliative, di garantire, entro tre mesi dalla pubblicazione della presente deliberazione, la disponibilità di una piattaforma informatica dedicata, per la gestione delle attività e la raccolta e la trasmissione dei flussi informativi;
- **di dare mandato** alla UOC Formazione, alla UOC Cure Primarie ed alla UOC Strutture Residenziali e Semiresidenziali, in collaborazione con il Core per la Rete delle Cure Palliative, attuare lo specifico programma formativo e di aggiornamento continuo previsto nel percorso per la rete delle Cure Palliative;
- **di dare mandato** alla UOC Cure Primarie, ai Direttori dei Distretti sanitari, ai direttori dei Presidi Ospedalieri, al Direttore della UOC Strutture Residenziali e Semiresidenziali, in collaborazione con il Core per la Rete delle Cure Palliative di organizzare, percorsi agevolati e modalità di prenotazione dedicata per il funzionamento della Rete delle Cure Palliative;
- **di affidare** alle Strutture indicate nella lista di distribuzione la diffusione interna della Procedura, in maniera capillare, agli operatori interessati;
- **di dare mandato** ai Direttori di macrostruttura di garantire la partecipazione degli operatori interessati al processo formativo, nonché di monitorare i cambiamenti organizzativi in termini di risorse umane, materiali e tecnologiche al fine di assicurare il continuo rispetto di quanto contenuto nel Percorso;
- **di pubblicare** la Procedura Generale, ivi allegata, sul sito web aziendale.
- **di inviare** copia del presente atto a:

A cura della UOC Affari Generali:

Deliberazione del Direttore Generale



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

- Al Collegio Sindacale;

A cura della Direzione Sanitaria:

- Alla UOC Tecnologie Informatiche ed Ingegneria Clinica;
- Alla UOC Controllo di Gestione e Budgeting
- Alla UOC Cure Primarie e per suo tramite a tutti i Medici di Medicina Generale;
- Alla UOC Formazione ed Aggiornamento Professionale;
- Ai Direttori dei Distretti Sanitari
- Ai Direttori dei Presidi Ospedalieri
- Al Direttore Uoc Strutture Residenziali e Semiresidenziali
- Alla UOC Qualità e Risk Management;
- Alla UOC Appropriatelyzza Clinica ed Organizzativa;
- Agli altri componenti il Core per la Rete delle Cure Palliative;
- A tutti i Direttori di Dipartimento e di UU.OO.CC. di area sanitaria, e per loro tramite a tutti gli altri dirigenti;
- Agli estensori del documento.

Il Direttore Amministrativo

Dr. Francesco Balivo

Il Direttore Sanitario

Dr.ssa Monica Vanni

Il Direttore Generale

Dr. Antonio d'Amore

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

PROMOTORE	Dott.ssa Monica Vanni <i>Direttore Sanitario ASL Napoli 2 Nord</i>
------------------	--

REDAZIONE	Dott. Giacomo Russo <i>Direttore UOC Strutture Residenziali e Semiresidenziali</i>	Dott. Vincenzo Cesetti <i>Direttore UOC Cure Domiciliari</i>
	Firmato in originale	Firmato in originale
	Dott. Francesco Diurno <i>Direttore Dipartimento Emergenza ed Area Critica</i>	Dott. Mariano Fusco <i>Direttore Dipartimento Farmaceutico</i>
	Firmato in originale	Firmato in originale
	Dott.ssa Maria Rosaria Cerasuolo <i>Direttore P.O. San Giovanni di Dio</i>	Dott.ssa Filomena Sibilio <i>Referente Rete Oncologica</i>
	Firmato in originale	Firmato in originale
	Dott.ssa Paola Sapio <i>Direttore UOC Appropriatazza Clinica e Organizzativa</i>	Dott. Tommaso Girasole <i>Direttore Distretto Sanitario 38</i>
	Firmato in originale	Firmato in originale
	Dott. Piero Vassetti <i>Responsabile terapia del Dolore P.O. San Giuliano</i>	Dott. Andrea Capasso <i>Direttore UOSD Demenze</i>
	Firmato in originale	Firmato in originale
	Dott. Raffaele Addeo <i>Direttore UOC P.O. San Giovanni di Dio</i>	Dott.ssa Annalisa Russo <i>Direttore UOS Hospice</i>
	Firmato in originale	Firmato in originale
	Dott. Fabio Dorato <i>Dirigente Medico UOC Qualità e Risk Management</i>	Dott. Ciro Ciliberti <i>Referente Aziendale Malattie Rare</i>
	Firmato in originale	Firmato in originale
Dott. Tommaso De Rosa <i>Referente Aziendale SLA</i>	Dott. Claudio Cimmino <i>Staff Direzione Sanitaria Aziendale</i>	
Firmato in originale	Firmato in originale	

VERIFICA	Dott. Camillo Daniele <i>Direttore Dipartimento Cure Territoriali</i>	Dott. Gerolamo Sibilio <i>Direttore Dip. Ospedaliero Area Medica</i>
	Firmato in originale	Firmato in originale
	Dott. Alberto Marvaso <i>Direttore Dipartimento Ospedaliero Area Chirurgica</i>	Dott.ssa Maria Femiano <i>Direttore UOC Integrazione Sociosanitaria</i>
	Firmato in originale	Firmato in originale
	Dott. Antonio Cajafa <i>Direttore UOC Cure Primarie</i>	Dott. Massimo Del Prete <i>Direttore UOC Formazione</i>
	Firmato in originale	Firmato in originale
Ing. Salvatore Flaminio <i>Direttore UOC Tecnologie Informatiche ed Ingegneria Clinica</i>	Dott.ssa Filomena Sibilio <i>Referente Aziendale Rete Oncologica</i>	
Firmato in originale	Firmato in originale	

MONITORAGGIO	Dott.ssa Filomena Sibilio <i>Direttore UOC Qualità e Risk Management</i>	Dott.ssa Paola Sapio <i>Direttore UOC Appropriatazza Clinica e Organizzativa</i>
	Firmato in originale	Firmato in originale

APPROVAZIONE	Dott.ssa Monica Vanni <i>Direttore Sanitario ASL Napoli 2 Nord</i>
	Firmato in originale

SOMMARIO:

1.	DOCUMENTI E NORMATIVE DI RIFERIMENTO	pag.	03
2.	PREMESSA	pag.	04
3.	ORGANIZZAZIONE RETE LOCALE CURE PALLIATIVE	pag.	05
4.	ANALISI DEL CONTESTO	pag.	05
5.	SCOPO	pag.	06
6.	OBIETTIVI	pag.	06
7.	LUOGHI	pag.	07
8.	LEGENDA	pag.	07
9.	STRUTTURA DELLA RETE	pag.	08
10.	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	pag.	09
11.	PERCORSO ASSISTENZIALE RETE CURE PALLIATIVE	pag.	10
11.1	Fase Organizzativa	pag.	10
11.1.1	Costituzione C.A.R.C.P.	pag.	10
11.1.2	UCP – Referente distrettuale – Formazione	pag.	11
11.1.3	Strumenti informatici	pag.	12
11.1.4	Forniture	pag.	12
11.1.5	Diagramma Fase Organizzativa	pag.	13
11.1.6	Obiettivi Fase Organizzativa	pag.	14
11.1.7	Indicatori Fase Organizzativa	pag.	14
11.1.8	Matrice Responsabilità Fase Organizzativa	pag.	14
11.1.9	Matrice Attività Fase Organizzativa	pag.	15
11.2	FASE OPERATIVA	pag.	16
11.2.1	Criteri eleggibilità	pag.	17
11.2.2	Identificazione precoce	pag.	17
11.2.3	Presa in carico e livello di complessità	pag.	18
11.2.4	Appropriatezza del setting assistenziale	pag.	19
11.2.5	Erogazione delle prestazioni	pag.	20
11.2.6	Formazione continua	pag.	23
11.2.7	Registrazione attività e trasmissione flussi	pag.	23
11.2.8	Diagramma Fase Operativa	pag.	24
11.2.9	Obiettivi Fase Operativa	pag.	25
11.2.10	Indicatori Fase Operativa	pag.	25
11.2.11	Matrice Responsabilità Fase Operativa	pag.	26
11.2.12	Matrice Attività Fase Operativa	pag.	27
12.	LISTA DI DISTRIBUZIONE	pag.	27

1. DOCUMENTI E NORMATIVE DI RIFERIMENTO

Documenti Aziendali

- Delibera del Direttore Generale dell'ASL Napoli 2 Nord l'ASL Na 2 Nord n. 589 del 05/06/2017: "Protocollo aziendale cure domiciliari di I, II, III livello e cure palliative terminali"
- Delibera del Direttore Generale dell'ASL Napoli 2 Nord l'ASL Na 2 Nord n. 81 del 12/01/2021: "Revisione protocollo aziendale cure domiciliari di I, II, III livello e cure palliative terminali"

Normativa Regionale:

- D.C.A. Regione Campania n. 4 del 10/01/2011 ed allegati
- D.G. Regione Campania n. 41 del 14/02/2011
- D.C.A. Regione Campania n. 128 del 10/10/2012
- D.G. Regione Campania n. 7890 del 21/12/2012
- D.C.A Regione Campania n. 1 del 07/01/2013
- Legge Regionale n. 5 del 06/05/2013
- D.C.A Regione Campania n. 22 del 10/03/2015
- D.C.A Regione Campania n. 46 del 25/05/2015

Normativa e Riferimenti Nazionali:

- D.L. n. 450 del 28/12/1998
- Legge n. 39 del 26/02/1999
- Legge n. 38 del 15/03/2010
- Intesa Stato-Regioni del 25/07/2012 (Rep. Atti n. 151/CSR)
- D.P.G.R. 273 del 30/11/2012
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (LEA – art. 31)
- Accordo Stato-Regioni del 27/07/2020 (Rep. Atti n. 118/CSR)
- AGENAS: "Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di Rete delle Cure Palliative", 2022.
- Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.", che rientra nei provvedimenti governativi per l'esecuzione del PNRR, entrato in vigore il 7 luglio 2022.

2. PREMESSA

Le Cure Palliative rappresentano una risposta concreta ed adeguata alle malattie inguaribili, offrendo cure globali ed organizzate, rappresentando un momento insostituibile nell'approccio all'ammalato ed alla sua famiglia, esse sono la cura totale e multidisciplinare per pazienti affetti da una malattia neoplastica e/o cronico-degenerativa che non risponde più ai trattamenti specifici e di cui la morte è la naturale conseguenza.

Il fondamento delle Cure Palliative è rappresentato dal controllo del disagio fisico e del dolore in un momento estremamente particolare della vita di una persona, unitamente al sostegno psicologico, sociale e spirituale, esse affermano la vita e considerano la morte come un evento naturale, né anticipano la morte né la ritardano.

L'obiettivo è quello di migliorare la qualità della vita residua dei pazienti e dei familiari che li assistono.

Il progresso medico e le nuove tecnologie consentono una sopravvivenza sempre maggiore in pazienti con malattie altrimenti letali: questo ha determinato un aumento di persone bisognose di Cure Palliative anche per lunghi periodi di tempo ed in tutte le fasi della vita.

L'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale a favore dei pazienti terminali, costituiscono "Livelli Essenziali di Assistenza".

La Rete delle Cure Palliative deve garantire una offerta di servizi nei quali la persona malata può essere guidata attraverso tutto il percorso assistenziale, dal proprio domicilio, sede privilegiata, alle altre strutture (Ospedale, Hospice, ambulatori) e viceversa.

La Legge 15 marzo 2010, n. 38, ha adottato un quadro organico di principi e disposizioni normative volte a garantire un'assistenza qualificata appropriata in ambito palliativo, per il malato e la sua famiglia. Si tratta di una legge quadro, tra le prime adottate in Europa, che ha incontrato il consenso dei professionisti, degli esperti, delle organizzazioni non profit e del volontariato, che hanno attivamente contribuito alla sua definizione.

La Legge ha introdotto profonde innovazioni, prima tra tutte la differenziazione tra la rete assistenziale di cure palliative e di terapia del dolore. La stessa Legge, inoltre, ha previsto l'istituzione di reti di cure palliative specificatamente dedicate all'assistenza pediatrica.

Con il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (LEA) le cure palliative escono dall'orizzonte temporale del fine vita, estendendo il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile a evoluzione sfavorevole.

Nello specifico l'erogazione delle cure palliative, come tutte le prestazioni sociosanitarie disciplinate al Capo IV del DPCM LEA, deve avvenire per percorsi assistenziali integrati (processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa, anche con l'apporto delle autonomie locali) e richiede l'elaborazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) redatto dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) a seguito della valutazione dei bisogni clinici, funzionali e sociali della persona da prendere in carico.

Il DPCM LEA prevede l'erogazione delle cure palliative in diversi setting assistenziali, tra i quali:

- l'assistenza specialistica ambulatoriale; ai sensi del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, rientrano tra i LEA le visite multidisciplinari per le cure palliative, inclusa la stesura del PAI e le visite di controllo per la sua rivalutazione;
- le cure palliative domiciliari (il Decreto cita "sono da privilegiare gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio", che devono essere erogate dalle Unità di Cure Palliative domiciliari-UCP (UCP-DOM) e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata;
- l'assistenza residenziale territoriale presso i Centri residenziali di Cure palliative denominati Hospice e presso le RSA;

- l'ospedale, dove le Cure Palliative sono citate espressamente per la prima volta; infatti il DPCM LEA prevede che, durante le attività di ricovero ordinario, siano garantite tutte le prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico "incluse la terapia del dolore e le cure palliative".

Il Decreto del Ministero della Salute n. 77 del maggio 2022, che rientra nei provvedimenti governativi per l'esecuzione del PNRR, dispone la realizzazione di una Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), descritta come un'aggregazione funzionale integrata delle attività di Cure Palliative erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali nell'ambito di uno specifico territorio.

3. ORGANIZZAZIONE RETE LOCALE CURE PALLIATIVE

La Rete Locale delle Cure Palliative della ASL NA/2 Nord, è una aggregazione funzionale ed integrata di servizi ospedalieri e territoriali, che erogano prestazioni di Cure Palliative nei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, day-hospice, day-hospital e ricovero) ed in luoghi di cura diversi (casa, hospice, ospedale, strutture residenziali).

Il paziente viene preso in carico a livello del Distretto Sanitario di appartenenza e, in base al Piano Assistenziale Integrato personalizzato (PAI), è assistito al proprio domicilio e/o presso le strutture di degenza appropriate.

4. ANALISI DEL CONTESTO

Attualmente le Cure Palliative nell'ASL Napoli 2 Nord sono state garantite dall'Hospice di Casavatore "Polo del Sollievo per la Vita", nell'ambito delle Cure Domiciliari, presso i Presidi Ospedalieri ed a livello ambulatoriale con le attività specialistiche, assicurando l'assistenza necessaria, anche se in maniera settoriale e non organizzata come Rete Assistenziale.

Il Percorso Assistenziale della Rete per le Cure Palliative dell'ASL Napoli 2 Nord vuole strutturare tale Rete Assistenziale, ponendo in relazione i diversi setting.

In linea con quanto già attuato per la costituzione di altre reti, l'ASL Napoli 2 Nord, coerentemente con le risorse disponibili, nella logica di ottimizzare il loro utilizzo e per preparare il contesto all'implementazione di quanto previsto dal PNRR per la Sanità territoriale, attua un modello di Rete realizzando dei poli di riferimento sul territorio (Unità di Cure Palliative - HUB), funzionali a più articolazioni territoriali (Servizi di Cure Palliative - Spoke).

Il presente documento modifica quanto già previsto nella Delibera del Direttore Generale dell'ASL Napoli 2 Nord l'ASL Na 2 Nord n. 81 del 12/01/2021: "Revisione protocollo aziendale cure domiciliari di I, II, III livello e cure palliative terminali", nella parte riferita alle Cure Palliative, ed è sinergico con le altre reti e percorsi assistenziali (rete del dolore, rete oncologica) e nel rispetto dei PDTA per specifiche patologie già esistenti.

5. SCOPO

Il presente documento nasce dalla necessità di migliorare l'assistenza e, di conseguenza, la qualità della vita residua dei pazienti adulti residenti sul territorio dell'ASL Napoli 2 Nord, che non rispondono più ai trattamenti specifici e per i quali la morte è la naturale conseguenza, supportando contestualmente i familiari che li assistono.

A tal fine, prevede la strutturazione di una Rete Locale per le Cure Palliative costituita da un percorso integrato fra domicilio, ambulatorio e strutture di ricovero, integrato con le altre reti e percorsi assistenziali (rete del dolore, rete oncologica), nel rispetto dei PDTA per specifiche patologie vigenti, che scaturisce dalla presa in carico da parte del Distretto Sanitario di residenza.

Il percorso assistenziale è stato redatto sul parere degli esperti coinvolti nella stesura e su evidenze della letteratura riferite ad azioni metodologiche fondate sull'efficacia, sulla razionalizzazione e sull'appropriatezza dell'intervento ed è stato realizzato secondo i principi del miglioramento continuo della qualità e della loro sostenibilità nel tempo. Vuole essere una risposta alla complessità dei bisogni delle persone in uno scenario di interventi frastagliati e non omogenei.

Parimenti, in seguito all'esperienza, che sarà maturata con la sua applicazione, è previsto il monitoraggio degli esiti ed il relativo **aggiornamento a cadenza semestrale**.

6. OBIETTIVI

Il "Percorso assistenziale per la Rete delle Cure Palliative" persegue i seguenti obiettivi:

- definire ed attuare, nell'ambito della Rete, i percorsi di presa in carico e di assistenza per i malati di cui all'art. 2, comma 1, della Legge 38/2010;
- garantire la presa in carico e la valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti adulti residenti sul territorio dell'ASL Napoli 2 Nord, che non rispondono più ai trattamenti specifici e per i quali la morte è la naturale conseguenza, supportando contestualmente i familiari che li assistono;
- pianificare un percorso di Cure Palliative, che assicuri l'immediatezza delle risposte ai bisogni assistenziali, la continuità delle cure e la flessibilità nell'adozione del setting assistenziale appropriato;
- contribuire al miglioramento della qualità della vita residua di questi pazienti e dei familiari, che li assistono, evitando il senso di abbandono;
- promuovere ed attuare i programmi obbligatori di formazione continua per tutti gli operatori coinvolti nella Rete per le Cure Palliative, compreso i MMG;
- definire e monitorare un sistema di indicatori qualitativi e quantitativi, inclusi quelli standard della Rete per le Cure Palliative di cui al Decreto n. 43 del 22/02/2007;
- promuovere sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle Cure Palliative;
- monitorare ed ottimizzare i costi.

7. LUOGHI

L'ambito territoriale dell'A.S.L. NA2 Nord è costituito dalla zona continentale nord e nord-ovest della provincia di Napoli, confinante con la provincia di Caserta, e dall'area insulare di Procida ed Ischia. Sul territorio completamente conurbato gravitano 32 comuni, 13 distretti sanitari (Pozzuoli, Ischia, Giugliano, Marano, Qualiano, Mugnano, Frattamaggiore, Arzano, Casoria, Afragola, Caivano, Acerra, Casalnuovo) e quattro Presidi Ospedalieri (S. Maria delle Grazie – Pozzuoli, San Giuliano – Giugliano, Anna Rizzoli – Lacco Ameno Isola d'Ischia, S. Giovanni di Dio – Frattamaggiore), ai quali si aggiunge lo stabilimento Gaetanina Scotto di Procida, afferente al P.O. S Maria delle Grazie di Pozzuoli.

Nel Comune di Casavatore è presente l'Hospice "Polo del Sollievo per la Vita".

Nel Comune di Cardito è presente la RSA Cardito.

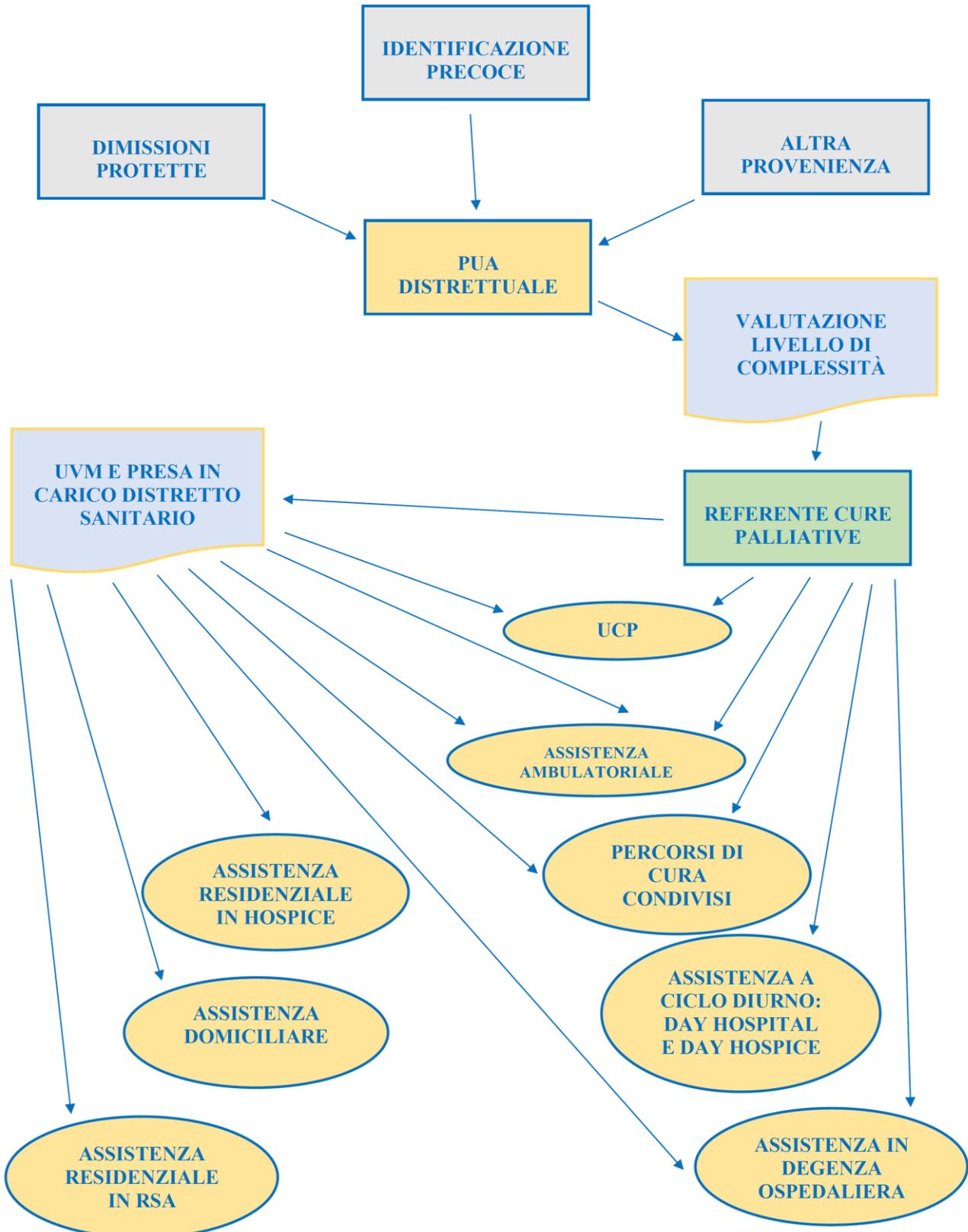
Nel Comune di Ischia è presente la RSA "Villa Mercede".

Nel Comune di Pozzuoli è presente la RSA "Toiano".

8. LEGENDA

AGENAS	-	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ASL	-	Azienda Sanitaria Locale
C.A.R.C.P.	-	Core Aziendale Rete delle Cure Palliative
C.G.E.	-	Criteri di eleggibilità dei pazienti
C.S.E.	-	Criteri specifici di eleggibilità
CSR	-	Conferenza Stato Regioni
DAY HOSPITAL	-	Ricovero ospedaliero diurno, senza pernottamento
DAY HOSPICE	-	Ricovero in Hospice diurno, senza pernottamento
DCA	-	Decreto Commissario ad Acta.
D.G.	-	Delibera Giunta
D.L.	-	Decreto Legislativo
D.P.G.R.	-	Decreto Presidente Giunta Regionale
D.P.C.M.	-	Decreto Presidente Consiglio dei Ministri
HOSPICE	-	Reparti specializzati per pazienti terminali
LEA	-	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	-	Medico di Medicina Generale
OMS	-	Organizzazione Mondiale Sanità
PAI	-	Piano di Assistenza Individuale
P.O.	-	Presidio Ospedaliero
PUA	-	Porta Unica di Accesso
RSA	-	Residenza Sanitaria Assistenziale
UCP	-	Unità di Cure Palliative
UOC	-	Unità Operativa Complessa
UVM	-	Unità di Valutazione Multidimensionale

9. STRUTTURA DELLA RETE



10. ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE

La Rete Aziendale per le Cure Palliative prevede la costituzione di un Core per l'attuazione della fase organizzativa, per il monitoraggio del funzionamento e per l'analisi degli outcomes finalizzata all'elaborazione di proposte migliorative.

Tale Gruppo di Lavoro prevede il coinvolgimento di diverse articolazioni aziendali e sostiene l'implementazione e l'attuazione del Percorso, la cui struttura è sintetizzata nella sottostante tabella:

Articolazione Aziendale	Funzioni
Core Aziendale della Rete	Sostiene e facilita le attività di competenza delle varie articolazioni aziendali coinvolte, garantendo il funzionamento della Rete, ed effettuando il monitoraggio dell'efficacia del percorso, suggerendo alla Direzione Sanitaria Aziendale eventuali modifiche ed integrazioni.
Distretti Sanitari	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuano la presa in carico dei pazienti, tramite la PUA. • Elaborano ed aggiornano i singoli PAI, tramite la UVM. • Effettuano il monitoraggio delle attività previste dal PAI, tramite il Referente Aziendale delle cure Palliative. • Forniscono gli ausili, i farmaci ed i device necessari, tramite i servizi preposti. • Garantiscono la sinergia con gli Ambiti Territoriali e le Associazioni di Volontariato del Territorio, tramite i Servizi Sociosanitari. • Erogano le prestazioni domiciliari previste dal PAI, tramite le UCP.
Hospice	Eroga prestazioni in regime di ricovero e Day Hospice.
Presidi Ospedalieri	Erogano prestazioni in regime di ricovero e Day Hospital e, tramite il referente per le Dimissioni Protette, assicura l'appropriatezza dell'ingresso nella Rete delle Cure Palliative dei pazienti in Dimissione Protetta.
UOC Cure Domiciliari	Affianca, almeno nelle fase iniziale, le articolazioni distrettuali nell'erogazione delle prestazioni a domicilio dei pazienti, soprattutto con il personale operante nell'ambito del III Livello Assistenziale, a supporto delle UCP.
Hub Rete del Dolore	Garantisce direttamente, o tramite gli Spoke, la sinergia degli interventi fra Rete del Dolore e Rete delle Cure Palliative.
Rete Oncologica Aziendale	Garantisce la sinergia degli interventi fra Rete Oncologica Aziendale e Rete delle Cure Palliative.
UOC Cure Primarie	Garantisce le risorse umane necessarie al funzionamento della Rete delle Cure Palliative, per le specifiche competenze ed in collaborazione con le articolazioni aziendali preposte alla gestione dell'organizzazione del personale non medico.
UOC Tecnologie Informatiche	Garantisce l'implementazione sul software territoriale aziendale di un modulo dedicato alla Rete delle Cure Palliative, per la gestione delle attività e la raccolta dei flussi informativi.
UOC Formazione	Garantisce la formazione e l'aggiornamento continuo di tutti gli operatori della Rete delle Cure Palliative.

11. PERCORSO ASSISTENZIALE RETE PER LE CURE PALLIATIVE

La Rete per le Cure Palliative deve promuovere l'identificazione precoce dei malati, la valutazione dei bisogni, l'accesso a Cure Palliative di qualità nel setting più idoneo e appropriato.

Il Percorso Assistenziale per la Rete delle Cure Palliative dell'ASL Napoli 2 Nord si suddivide in due fasi temporalmente sequenziali:

1. Fase Organizzativa della Rete, che prevede l'individuazione delle risorse necessarie e la formazione degli operatori;
2. Fase Operativa della Rete, che prevede le procedure per regolamentare l'accesso dei pazienti, la presa in carico, l'erogazione delle prestazioni, l'interconnessione fra i diversi setting assistenziali dedicati e le relazioni con i percorsi ed i PDTA vigenti in Azienda.

Il Percorso Assistenziale per la Rete delle Cure Palliative riguarda i **pazienti adulti residenti sul territorio dell'ASL Napoli 2 Nord, che non rispondono più ai trattamenti specifici e per i quali la morte è la naturale conseguenza, supportando contestualmente i familiari che li assistono.**

11.1 FASE ORGANIZZATIVA DELLA RETE

Tale fase, che ha la durata di tre mesi a partire dalla pubblicazione del presente percorso, è finalizzata alla realizzazione dell'infrastruttura operativa, provvedendo all'individuazione delle figure professionali necessarie, alla definizione dei ruoli e delle gerarchie operative nonché alla formazione di tutti gli operatori coinvolti.

Essa prevede:

- la costituzione del Core Aziendale per la Rete delle Cure Palliative (C.A.R.C.P.);
- l'istituzione di 6 Unità di Cure Palliative;
- l'individuazione della referenza distrettuale;
- la formazione di tutti gli operatori coinvolti;
- la predisposizione degli strumenti informatici per garantire la registrazione e la trasmissione dei flussi informativi e la gestione delle attività;
- l'integrazione delle modalità di fornitura di farmaci, prodotti per la nutrizione artificiale, ausili e devices vigenti con le esigenze della Rete.

11.1.1 CORE AZIENDALE PER LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

Il Core Aziendale per la Rete delle Cure Palliative è costituito formalmente dall'adozione del presente Percorso Assistenziale, ed è costituito da:

Direttori dei Distretti Sanitari

Direttori dei Presidi Ospedalieri

Direttore Dipartimento Emergenza ed Area Critica

Direttore Dipartimento Farmaceutico

Direttore della UOC Strutture Residenziali e Semiresidenziali

Direttore UOC Cure Domiciliari

Direttore UOC Cure Primarie

Direttore UOC Formazione ed Aggiornamento Professionale

Direttore UOC Assistenza Sociosanitaria

Direttore UOC Controllo di Gestione e Budgeting

Direttore UOC Tecnologie Informatiche ed Ingegneria Clinica

Direttore UOSD Anziani e Demenze
Direttore UOS Hospice
Referente Aziendale HUB Rete Dolore ASL Napoli 2 Nord
Referente Aziendale Rete Oncologica
Referente Aziendale SLA
Referente Aziendale Malattie Rare

Il C.A.R.C.P. si riunisce mensilmente per valutare il funzionamento della Rete ed effettuare il monitoraggio della sua efficacia.

Tale organismo è garante del Percorso nei confronti della Direzione Strategica e può, in qualsiasi momento, proporre alla stessa integrazioni e/o modifiche migliorative.

Il C.A.R.C.P. relaziona mensilmente alla Direzione Sanitaria, alla UOC Appropriately Clinica e Organizzativa ed all'UOC Qualità e Risk Management sull'andamento del Percorso.

Solo la prima riunione del C.A.R.C.P. sarà convocata dal Direttore Sanitario Aziendale, successivamente sarà compito del referente procedere alle convocazioni, nel corso di questo primo incontro bisognerà:

- nominare il referente del C.A.R.C.P.;
- individuare, fra i componenti, un gruppo operativo ristretto, per rendere più agile l'operatività dell'organismo;
- individuare gli indicatori, in base ai quali effettuare il monitoraggio e le valutazioni.

11.1.2 UNITÀ DI CURE PALLIATIVE (UCP) – REFERENTE DISTRETTUALE - FORMAZIONE

La Unità di Cure Palliative (U.C.P.) è una equipe operante prevalentemente a livello domiciliare composta almeno da:

Medico Palliativista
Psicologo
Fisioterapista
Nutrizionista
CPSI
OSS

Tali figure professionali, unitamente ai Medici di Medicina Generale ed agli altri operatori coinvolti a livello organizzativo, dovranno essere adeguatamente formate per soddisfare i bisogni assistenziali dei pazienti in Cure Palliative.

In una prima fase, devono essere costituite 6 UCP interdistrettuali (Hub) funzionali, così come illustrato nella sottostante tabella:

SEDE DISTRETTO SANITARIO	DISTRETTI SANITARI AFFERENTI	POPOLAZIONE RESIDENTE
Distretto 35	Distretti 35 – 38	221.463
Distretto 36	Distretto 36	74.573
Distretto 37	Distretti 37 – 39	190.291
Distretto 41	Distretti 40 – 41	185.911
Distretto 43	Distretti 42 – 43 – 44	196.903
Distretto 46	Distretti 45 – 46 – 47	182.581

È compito del C.A.R.C.P., in base alle specifiche competenze dei Direttori che lo compongono, definire il monte orario iniziale del personale da impegnare nelle UCP, ed adeguarlo al progressivo incremento del fabbisogno, nonché programmare ed attuare la formazione continua dello stesso. Tale personale potrà essere individuato sia a livello territoriale che ospedaliero, ma farà comunque capo alla sede distrettuale di riferimento.

Le UCP costituiscono lo strumento operativo della Rete fondamentale per l'assistenza da erogare a livello domiciliare, la presa in carico e la UVM resta di competenza del Distretto di residenza del paziente; alcuni operatori delle UCP potranno essere utilizzati anche a livello ambulatoriale, se necessario.

Ogni Distretto, entro i tre mesi previsti per la fase organizzativa, deve nominare il Referente Distrettuale per le Cure Palliative, che avrà il compito di coordinare e monitorare le attività della Rete a livello locale.

11.1.3 STRUMENTI INFORMATICI

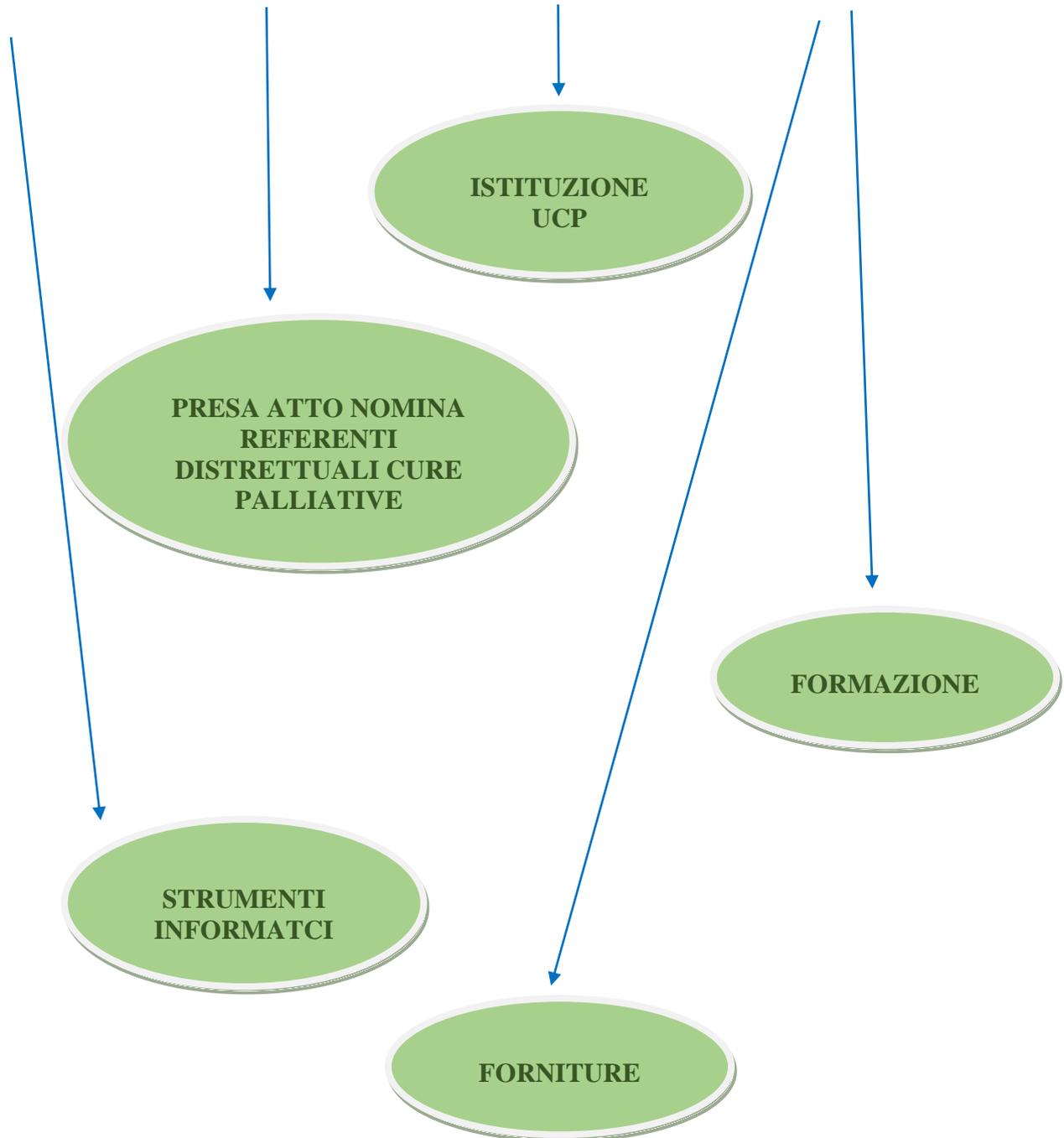
La UOC Tecnologie Informatiche ed Ingegneria Clinica e la UOC Controllo di Gestione e Budgeting, presenti all'interno del C.A.R.C.P., riceverà dai Direttori, competenti per l'erogazione delle prestazioni, le indicazioni per garantire l'implementazione di un modulo dedicato alla Rete delle Cure Palliative da inserire all'interno del software aziendale per la gestione delle attività territoriali e la registrazione e la trasmissione dei flussi informativi, entro i tempi previsti per la durata della fase organizzativa.

11.1.4 FORNITURE

Il C.A.R.C.P., in base alle specifiche competenze dei Direttori che lo compongono, procederà, nell'arco temporale previsto dalla fase organizzativa, a verificare la compatibilità delle procedure vigenti per l'erogazione di ausili, farmaci e devices con le esigenze del Percorso assistenziale per la rete delle Cure Palliative ed eventualmente proporre alla Direzione Strategica Aziendale l'adozione di procedure dedicate.

11.1.5 DIAGRAMMA FASE ORGANIZZATIVA

COSTITUZIONE C.A.R.C.P.



11.1.6 OBIETTIVI FASE ORGANIZZATIVA

Gli Obiettivi della Fase Organizzativa sono:

- Realizzare l'infrastruttura della Rete, sia relativa al personale necessario che agli altri strumenti operativi.
- Formare il personale coinvolto.

11.1.7 INDICATORI FASE ORGANIZZATIVA

Indicatore	Descrizione	Razionale	Calcolo	Standard	Fonte Standard	Responsabile Rilevazione	Responsabile Elaborazione	Periodicità Elaborazione
Numero di items soddisfatti	Items: 1. costituzione del C.A.R.C.P.; 2. istituzione 6 UCP; 3. nomina della referenza distrettuale; 4. formazione di tutti gli operatori coinvolti; 5. predisposizione degli strumenti informatici; 6. organizzazione forniture.	Acquisizione strumenti necessari al funzionamento della Rete.	Numeratore: Numero items soddisfatti /Denominatore: 6	5/6	C.A.R.C.P.	Referente C.A.R.C.P.	UOC Appropriatezza Clinica ed Organizzativa	Tre mesi

11.1.8 MATRICE RESPONSABILITÀ FASE ORGANIZZATIVA

PRIMO LIVELLO ASSISTENZIALE							
	Costituzione del C.A.R.C.P.	Istituzione 6 UCP	Nomina Referenza Distrettuale	Formazione Operatori	Strumenti Informatici	Organizzazione Forniture	Competenze
C.A.R.C.P.	I	R	R	R	R	R	Specifiche per ogni UOC e Referenza del C.A.R.C.P.

R = Responsabile
I = Informato
C = Collabora

11.1.9 MATRICE ATTIVITÀ FASE ORGANIZZATIVA

MATRICE DELLE ATTIVITA'						
Attività	Chi Fa	Come	Quando	Dove	Perché	Registrazioni
Costituzione del C.A.R.C.P.	Direzione Strategica	Atto Deliberativo	Con l'approvazione del Percorso Assistenziale della Rete per le Cure Palliative	Nel presente documento	Realizzare l'infrastruttura della Rete	Albo Pretorio
Istituzione 6 UCP	C.A.R.C.P.	In sinergia fra le UOC ed i referenti Aziendali componenti il C.A.R.C.P.	Entro tre mesi dalla pubblicazione del Percorso	Nel corso delle riunioni e nelle sedi Distrettuali designate	Attivare unità distrettuali per l'assistenza domiciliare prevista nella Rete	Albo Pretorio
Nomina Referenza Distrettuale	Direttori Distretti Sanitari	Determina Dirigenziale	Entro tre mesi dalla pubblicazione del Percorso	Nelle sedi dei Distretti Sanitari	Individuare una figura di riferimento del territorio del Distretto Sanitario per coordinare la Rete a livello locale	Piattaforma informatica dedicata
Formazione Operatori	C.A.R.C.P.	Elaborazione ed attuazione dei programmi formativi	Entro tre mesi dalla pubblicazione del Percorso	Sede UOC Formazione	Fornire agli operatori della Rete le competenze necessarie	UOC Formazione e Aggiornamento
Strumenti Informatici	C.A.R.C.P.	Implementazione con modulo dedicato della piattaforma aziendale per le attività territoriali	Entro tre mesi dalla pubblicazione del Percorso	Sede UOC Tecnologie Informatiche	Garantire la raccolta dei flussi informativi e consentire la condivisione delle attività ed il loro monitoraggio	Piattaforma informatica dedicata
Organizzazione Forniture	C.A.R.C.P.	In sinergia fra le UOC ed i referenti Aziendali componenti il C.A.R.C.P.	Entro tre mesi dalla pubblicazione del Percorso	Nel corso delle riunioni del C.A.R.C.P.	Garantire ai pazienti arruolati nella Rete la fornitura di farmaci, prodotti per la nutrizione, ausili e devices necessari	Verbali C.A.R.C.P.

11.2 FASE OPERATIVA

Tale fase, che inizia al termine della Fase Organizzativa, quindi dal quarto mese dalla pubblicazione del presente percorso, è finalizzata all'attuazione di procedure per l'identificazione precoce dei pazienti, per la presa in carico, per l'inserimento nel setting più appropriato della Rete e per l'interconnessione fra i diversi setting assistenziali dedicati e le relazioni con i percorsi ed i PDTA vigenti in Azienda.

Essa prevede:

- la definizione dei criteri di eleggibilità dei pazienti nella Rete delle Cure Palliative;
- l'identificazione precoce dei pazienti;
- le modalità di presa in carico di tali pazienti e dell'identificazione del livello di complessità assistenziale;
- la modalità di inserimento nel setting assistenziale più appropriato;
- la modalità di erogazione delle prestazioni nei diversi setting assistenziali;
- la formazione continua degli operatori;
- la registrazione delle attività e trasmissione dei flussi informativi.

Per garantire Cure Palliative di qualità è necessario misurare il livello di complessità assistenziale, in base ad una attenta valutazione multidimensionale, e orientare il malato verso il livello di intensità di Cure Palliative più adeguato ai suoi bisogni.

È possibile che il percorso di malattia comporti una bassa complessità dei bisogni fino al decesso del malato o che il decorso segua andamenti fluttuanti in corrispondenza di fasi di scompenso, acutizzazione dei sintomi o temporanee situazioni di fragilità o difficoltà familiare e/o sociale. Solitamente la complessità aumenta con il progredire della malattia e ciò comporta la necessità di periodiche rivalutazioni globali, cui corrisponde un progressivo adeguamento del livello di intensità delle cure, del setting e delle professionalità coinvolte.

Come già scritto, la fornitura di ausili, prodotti per la nutrizione artificiale, farmaci e devices segue le procedure vigenti in azienda per gli altri setting assistenziali, salvo modifiche e/o integrazioni proposte dal C.A.R.C.P.

Rispetto all'interconnessione e le relazioni con i percorsi ed i PDTA vigenti, il Percorso Assistenziale della Rete per le Cure Palliative costituisce un modello operativo integrato in Rete di attività già esistenti nell'ambito aziendale in maniera disaggregata, per cui va considerato come un setting assistenziale dedicato a specifici pazienti indipendente da altri percorsi e/o PDTA, con i quali può integrarsi o anche coesistere, come nel caso della Rete del Dolore; sarà compito del C.A.R.C.P. monitorare il funzionamento e proporre eventuali modifiche e/o integrazioni, con l'obiettivo di favorire le sinergie ed evitare sovrapposizioni.

11.2.1 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ DEI PAZIENTI

I criteri generali di eleggibilità (CGE) nella Rete delle Cure Palliative, che devono essere sempre presenti contemporaneamente, sono i seguenti:

- criterio diagnostico: stato accertato di una patologia in fase evolutiva inarrestabile ed irreversibile;
- criterio terapeutico: assenza o esaurimento di trattamenti elettivi specifici;
- criterio prognostico: sopravvivenza stimata non superiore ad 1 anno;
- criterio funzionale: indice di Karnofsky < 60 e >20 (**Allegato 1**).

I criteri specifici di eleggibilità (CSE), per decidere sull'accesso iniziale del paziente nella Rete delle Cure Palliative, sono:

- valutazione della volontà del paziente se possibile;
- valutazione dell'orientamento prevalente del nucleo familiare o della volontà in caso di impossibilità del paziente.

11.2.2 IDENTIFICAZIONE PRECOCE

La difficoltà nell'identificazione appropriata e tempestiva dei pazienti con bisogni di cure palliative rappresenta uno dei principali ostacoli alla diffusione delle attività di una Rete dedicata.

Il riconoscimento appropriato e precoce dei bisogni consente di offrire alle persone i benefici delle cure palliative, attraverso la corretta gestione dei sintomi, la rimodulazione della terapia farmacologica, la comunicazione adeguata, la pianificazione anticipata e condivisa delle cure e l'attenzione dedicata e qualificata ai bisogni multidimensionali del paziente.

Il Percorso Assistenziale della Rete per le Cure Palliative dell'ASL Napoli 2 Nord prevede una campagna di informazione/formazione dei MMG, degli Specialisti Ambulatoriali e di tutto il personale sanitario e sociosanitario operante nell'Azienda potenzialmente coinvolto, per sensibilizzarli sulla problematica, mediante:

- l'organizzazione di un percorso formativo dedicato;
- l'adozione di uno strumento di orientamento per l'identificazione del paziente bisognoso di cure palliative, non finalizzato alla valutazione del livello di complessità dei bisogni, ma esclusivamente all'identificazione precoce (**Allegato 2**). Tale strumento è una rielaborazione ottenuta dalla fusione degli items previsti dallo SPIC TM e dal NECPAL COOMS, già testati e validati a livello europeo.

Sarà cura della **UOC Formazione e Aggiornamento Professionale**, unitamente alla **UOC Cure Primarie** ed alla **UOC Strutture Residenziali e Semiresidenziali** provvedere all'organizzazione del percorso formativo e relazionare al **C.A.R.C.P.**

Sarà cura del **C.A.R.C.P.** provvedere all'elaborazione grafica della Flow Chart dell'allegato 2; sarà cura dei **Direttori dei Distretti Sanitari**, dei **Direttori dei Presidi Ospedalieri** unitamente alla **UOC Cure Primarie** occuparsi della sua distribuzione a tutti i Medici di Medicina Generale, a tutti gli Specialisti Ambulatoriali ed a tutto il personale sanitario e sociosanitario operante nell'Azienda potenzialmente coinvolto. Tale personale sarà individuato in base ad un criterio omogeneo stabilito dal **C.A.R.C.P.**

	PERCORSO ASSISTENZIALE DELLA RETE PER LE CURE PALLIATIVE	Rev. 0 Ed. 1/2022
		<i>pag. 18 di 27</i>

11.2.3 PRESA IN CARICO E LIVELLO DI COMPLESSITÀ

La Presa in Carico del paziente eleggibile nel Percorso Assistenziale della Rete per le Cure Palliative avviene sempre attraverso la Porta Unica di Accesso del Distretto Sanitario di residenza del paziente.

L'istanza alla PUA può essere presentata da:

- Presidio Ospedaliero, in cui è ricoverato il paziente, nel rispetto della Procedura Generale per le Dimissioni Protette e/o delle procedure previste nell'ambito della Rete Oncologica;
- Medico di Medicina Generale, utilizzando la scheda di segnalazione dedicata (**Allegato 3**), unitamente alla SVAMA A;
- Presidio Ospedaliero, in seguito a visita ambulatoriale o ricovero in Day Hospital, mediante segnalazione al Medico di Medicina Generale;
- Specialista Ambulatoriale, mediante segnalazione al Medico di Medicina Generale;
- Nucleo familiare, tramite il Medico di Medicina Generale;
- Servizi Sociali, tramite il Medico di Medicina Generale.

La PUA, sulla base della documentazione ricevuta, valuta l'appropriatezza dell'istanza, acquisisce eventualmente ulteriori informazioni se necessario, anche di tipo sociale, contattando il Medico di Medicina generale ed invitando il familiare di riferimento o il paziente, anche per la sottoscrizione del consenso informato, dopo di che inoltra l'istanza al Referente Distrettuale per le Cure Palliative, non oltre le 48 ore dalla ricezione della domanda.

Il Referente Distrettuale per le Cure Palliative procede ad una prima valutazione del Livello di Complessità, così come illustrato nella **Scheda di Orientamento 1**, e:

- attiva subito l'erogazione di prestazioni in base al Livello di complessità assistenziale;
- decide se, quando e come convocare l'Unità di Valutazione Multidimensionale;
- decide se acquisire ulteriori informazioni.

In ogni caso, è necessario fornire una risposta all'istanza pervenuta entro 48 ore dalla segnalazione della PUA, garantendo l'erogazione delle prestazioni necessarie, anche in deroga al tempo necessario per la convocazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale e l'acquisizione di ulteriori informazioni.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale per le Cure Palliative è composta dal Referente Distrettuale per le Cure Palliative, dal Medico di Medicina Generale del paziente, dallo stesso paziente o da un suo familiare di riferimento e da quanti altri ritenuti funzionali per la stesura del PAI dal Referente Distrettuale per le Cure Palliative (Medico Palliativista del UCP competente per territorio e/o altri componenti del Team, Specialisti Ambulatoriali, Assistente Sociale, ecc...).

L'Unità di Valutazione Multidimensionale svolge i seguenti compiti:

- effettua la valutazione multidimensionale delle condizioni sanitarie, sociali, e dei bisogni socioassistenziali del paziente, con l'utilizzo delle SVAMA (schede A, B ed eventualmente C), basandosi sulle narrazioni dei convocati e sull'eventuale ulteriore documentazione acquisita;
- determina il livello di complessità dell'intervento assistenziale;
- stabilisce il setting, nel cui ambito deve essere erogata l'assistenza;

- elabora il PAI, comprensivo del Piano Esecutivo, stabilendo la durata ed i tempi per le verifiche e l'eventuale aggiornamento.

Qualunque variazione del PAI, compreso i passaggi da un livello di complessità all'altro e da un setting assistenziale ad un altro, devono essere stabiliti in sede di UVM; in casi eccezionali di urgenza la variazione può anche essere disposta dal Referente Distrettuale per le Cure Palliative, che, in tal caso, deve provvedere ad informare tempestivamente gli altri componenti della UVM ed a registrare l'aggiornamento assistenziale sulla piattaforma informatica dedicata.

Il passaggio da un setting assistenziale alla Rete per le Cure Palliative segue lo stesso iter sopra descritto, partendo dalla presentazione dell'istanza alla Porta unica di Accesso.

11.2.4 APPROPRIATEZZA DEL SETTING ASSISTENZIALE

L'Appropriatezza della scelta del Setting Assistenziale, ove non trattasi di prestazioni singole afferenti al Livello di Approccio Palliativo, avviene in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale.

Come già scritto, bisogna stabilire se il paziente deve essere assistito a livello ambulatoriale, a domicilio o in regime di ricovero (Hospice, Presidio Ospedaliero, RSA).

Ovviamente, per quanto già ribadito, il paziente può passare da un setting all'altro o utilizzare contemporaneamente più opzioni assistenziali, in base all'evoluzione delle condizioni cliniche e sociali correlate all'evoluzione della malattia.

Setting Ambulatoriale

Questo setting riguarda pazienti che hanno bisogno di effettuare prestazioni periodiche praticabili in ambulatorio (visite mediche, esami diagnostici, sorveglianza e sostituzione di device, ecc...), con le funzioni motorie compatibili con lo spostamento dal proprio domicilio ed un supporto familiare disponibile all'accompagnamento ed alla sorveglianza ed un Medico di Medicina Generale attivo per la Presa in Carico del malato.

Setting Domiciliare

Questo setting riguarda pazienti che abbiano:

- la presenza di un caregiver attivo nell'arco delle 24 ore;
- una situazione logistico-strutturale-igienica domiciliare adeguata alle problematiche da trattare;
- una condizione socio-economica compatibile con i bisogni assistenziali;
- il bisogno di un'assistenza sanitaria e sociale continua;
- incompatibilità a soddisfare i propri bisogni sanitari e sociali esclusivamente a livello ambulatoriale;
- manifestato il diniego al regime di ricovero.

Setting Ricovero

Questo setting riguarda pazienti, che non possono o non vogliono essere trattati a domicilio ed, avendone i requisiti clinici e sociali necessitano di:

- essere ricoverati presso un Presidio Ospedaliero, per urgenze non risolvibili a livello domiciliare o ambulatoriale (tramite PS) o per l'effettuazione di cure ed accertamenti specialistici (riferiti all'ambito delle Cure Palliative) praticabili solo in ambito ospedaliero. Il ricovero può avvenire in regime diurno (day hospital) o per periodi più lunghi;

- essere ricoverati presso una RSA, in questo caso è necessario che i bisogni sanitari siano semplici e gestibili in tale setting assistenziale e che sussista un effettivo problema socio-ambientale a sostegno della scelta;
- essere ricoverati in Hospice, in questo caso è necessario che trattasi di pazienti affetti da patologie neoplastiche e/o cronico-degenerative in fase avanzata, a rapida evoluzione ed a prognosi infausta, che necessitano di una assistenza palliativa e di supporto, dal momento che ogni terapia, finalizzata alla guarigione e/o alla stabilizzazione della malattia non è più possibile o appropriata. Il ricovero in Hospice è appropriato per garantire il ricovero temporaneo per malati per i quali le cure a domicilio non sono possibili o appropriate e fornire un periodo di sollievo alla famiglia nella cura dei, e comunque in qualsiasi caso di presenza di problematiche di tipo clinico, sociale, ambientale e relazionale, che non consentono al paziente di rimanere al proprio domicilio per ricevere le cure appropriate.

11.2.5 EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'ingresso nella Rete delle Cure Palliative, in virtù della peculiarità dei soggetti interessati, pone il paziente in un Percorso Assistenziale, all'interno del quale bisogna garantire le prestazioni necessarie (visite, forniture, esami diagnostici, ecc.), ricorrendo a percorsi agevolati, che non comportino costi o ulteriori aggravii di tipo socioeconomico per il malato e/o per il suo nucleo familiare.

Ogni prestazione e/o fornitura deve essere indicata nel PAI, specificando la tipologia, la durata, il periodo e quant'altro necessario a dettagliare l'intervento, eventuali variazioni e/o urgenze prevedono comunque un aggiornamento del PAI.

Il PAI di prassi va redatto in seguito a quanto stabilito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale; per garantire la tempestività degli interventi ed in caso di prestazioni semplici, che non prevedono una presa in carico globale, è possibile che sia il Referente Distrettuale per le Cure Palliative a redigere il PAI nelle more della convocazione della UVM o persistendo la condizione di Approccio Palliativo semplice per il paziente.

La modulistica da utilizzare va mutuata da quella già utilizzata per gli specifici setting assistenziali.

Prestazioni Ambulatoriali

Le prestazioni ambulatoriali possono essere erogate sia a livello territoriale che ospedaliero e riguardano sia prestazioni di tipo medico che di tipo infermieristico, nonché di qualsiasi altra professionalità socio-sanitaria.

Devono essere richieste dal Referente Distrettuale per le Cure Palliative.

Ne usufruiscono pazienti che devono effettuare prestazioni non compatibili con il proprio domicilio, o con il luogo di ricovero in cui si trovano.

In caso di limitazioni cliniche e/o sociali è necessario garantire anche il trasporto presso l'ambulatorio interessato.

Sarà cura della **UOC Cure Primarie** organizzare una modalità di prenotazione dedicata, prevedendone contestualmente la massima priorità possibile.

Prestazioni Domiciliari

Le prestazioni domiciliari possono essere di due tipi: di base e specialistiche.

Criteri distintivi tra Cure Palliative Domiciliari di base e specialistiche sono le seguenti:

1. il livello base è costituito da interventi che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi ed una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici ed infermieri con buona conoscenza di base delle Cure Palliative. Attualmente saranno erogate dal personale già in carico alle Cure Domiciliari di I, II e III Livello adeguatamente formati. Tale livello si articola in interventi programmati caratterizzati da un CIA < di 0,50 in funzione del PAI. A tale livello base accedono pazienti con:
 - a. diagnosi di patologia oncologica o cronico-degenerativa con aspettativa di vita di 3/6 mesi;
 - b. indice di Karnofsky compreso tra 60 e 40;
 - c. condizioni generali obiettivamente mediocri;
 - d. alimentazione per os;
 - e. corredo venoso integro;
 - f. lieve astenia riferita;
 - g. assenza di lesioni da decubito;
 - h. calo ponderale < al 10%;
 - i. assenza di sintomi persistenti e facilmente controllabili.

La presenza contemporanea di almeno 3 dei sopracitati criteri consente di definirne il livello base.

2. il livello specialistico è rivolto a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi base sono inadeguati e sono erogate dalle Unità di Cure Palliative, equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate. Il Livello specialistico richiede elevato livello di competenza, per la presenza di sintomi di difficile controllo e per l'instabilità clinica. Si articola in interventi programmati caratterizzati da un CIA > di 0,50 in funzione del PAI, e richiede la pronta disponibilità medica ed infermieristica H/24.

A tale livello accedono pazienti con:

- a. diagnosi di patologia oncologica o cronico-degenerativa con aspettativa di vita di 3/6 mesi;
- b. indice di Karnofsky inferiore a 60 e > a 20;
- c. condizioni generali scadute;
- d. alimentazione enterale o parenterale;
- e. corredo venoso deteriorato;
- f. astenia profonda riferita;
- g. presenza di lesioni da decubito;
- h. calo ponderale notevole > 10%;
- i. sintomatologia di difficile controllo (respiratoria, cardiaca, dolorosa, etc...);

La presenza contemporanea di almeno 3 dei sopracitati criteri consente di definirne il livello specialistico.

Criteri di esclusione per il setting domiciliare dei pazienti in Cure Palliative sono:

- chiara volontà ostativa del paziente e/o dei familiari;
- giudizio del case-manager/care-manager/Referente clinico, sulla possibilità di garantire al domicilio un adeguato livello di assistenza;
- evidenti impedimenti logistico-strutturale-igienici;
- gravi motivazioni psico-socio-economiche.

Prestazioni di ricovero

Le prestazioni di ricovero, come già specificato, possono riguardare i Presidi Ospedalieri, le RSA e l'Hospice, è previsto anche il Day Hospital ed il Day Hospice.

Il ricovero ospedaliero è finalizzato alla risoluzione di problematiche acute e/o di approfondimento diagnostico.

Sarà compito del **C.A.R.C.P.**, sentiti i Direttori dei **Presidi Ospedalieri**, che ne fanno parte, definire percorsi agevolati per garantire risposte tempestive ai malati in Cure Palliative.

Il ricovero in RSA riguarda pazienti con bisogni sanitari siano semplici e gestibili in tale setting assistenziale, con problemi socio-ambientali, che non consentano l'assistenza a domicilio.

Sarà compito del **C.A.R.C.P.**, sentito il Direttore della **UOC Strutture Residenziali e Semiresidenziali**, che ne fa parte, definire percorsi agevolati per garantire risposte tempestive ai malati in Cure Palliative.

Un discorso a parte merita il ricovero in Hospice.

L'Hospice è una struttura residenziale, per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da patologie neoplastiche e/o cronico-degenerative in fase avanzata, a rapida evoluzione ed a prognosi infausta, che necessitano di una assistenza palliativa e di supporto, dal momento che ogni terapia, finalizzata alla guarigione e/o alla stabilizzazione della malattia non è più possibile o appropriata.

L'Hospice è parte integrante della rete di assistenza ai malati terminali e rappresenta una delle opportunità assistenziali che vengono offerte alla libera scelta del malato e della sua famiglia.

Funzioni fondamentali ed essenziali dell'Hospice sono le seguenti:

- garantire il ricovero temporaneo per malati per i quali le cure a domicilio non sono possibili o appropriate;
- ottenere un migliore controllo della sintomatologia legata alla fase finale della vita, compreso il dolore, nel caso ciò non sia possibile al proprio domicilio;
- supporto di tipo fisioterapico, psicologico e di assistenza sociale;
- fornire un periodo di sollievo alla famiglia nella cura dei loro congiunti;
- rappresentare un punto di riferimento per l'informazione ed il supporto agli utenti;
- garantire la formazione continua del personale.

Gli interventi sanitari di Cure Palliative, erogati all'interno dell'Hospice, sono quasi sempre a bassa invasività ma ad altissima intensità assistenziale.

L'Hospice si colloca nella rete delle Cure Palliative con l'obiettivo di "prendersi cura", sia per motivi sanitari che sociali, del paziente in fase di avanzata progressione ed irreversibilità della malattia e della sua famiglia, in una molteplicità di situazioni (o per le condizioni psico-cliniche del paziente non più sostenibili, o perché la famiglia non riesce più a farsi carico del proprio congiunto e dei complessi problemi che tale situazione comporta).

Il paziente in Hospice può accedere anche nel caso in cui non ci siano necessariamente ed esclusivamente problematiche di tipo clinico, ma anche di tipo sociale, ambientale e relazionale che non consentono al paziente di rimanere al proprio domicilio per ricevere le cure appropriate; l'Hospice ricrea un ambiente "residenziale" quanto più vicino e simile a quello "domestico", ospitando il paziente ed i suoi familiari, facendo in modo che si senta quanto più possibile come a casa propria, circondato dai suoi affetti, con l'assistenza di cui necessita in un momento così

11.2.6 FORMAZIONE CONTINUA

Il Percorso Assistenziale della Rete per le Cure Palliative necessita di un programma di formazione continua rivolta a tutti gli operatori sanitari e no, con qualsiasi rapporto lavorativo con l'ASL Napoli 2 Nord, finalizzato a:

- sensibilizzare alle problematiche dei pazienti, attraverso la conoscenza della materia relativamente alle proprie competenze;
- fornire competenze specifiche in materia di Cure Palliative agli operatori impegnati direttamente con i pazienti.

L'obiettivo è quello di promuovere la cultura delle Cure palliative nell'ambito del territorio Aziendale e garantire cure di buon livello qualitativo ai malati.

È compito del **C.A.R.C.P.**, al cui interno è presente la **UOC Formazione ed Aggiornamento Professionale**, provvedere all'elaborazione del programma formativo, che dovrà poi essere implementato dalla stessa UOC Formazione.

11.2.7 REGISTRAZIONE ATTIVITÀ E TRASMISSIONE FLUSSI INFORMATIVI

Come già scritto nella Fase Organizzativa, la Rete delle Cure Palliative necessita di un modulo informatico dedicato, da inserire all'interno del software aziendale per la gestione delle attività territoriali, in modo da consentire la registrazione e la trasmissione dei flussi informativi.

Questa necessità non è correlata soltanto all'obbligo di rendicontare ai competenti organismi regionali e ministeriali i dati di un'attività assistenziale particolarmente delicata ed attenzionata, in virtù della peculiarità dei pazienti a cui è rivolta, ma anche per consentire al **C.A.R.C.P.** di effettuare il monitoraggio periodico ed acquisire le informazioni per migliorare il percorso.

È compito dello stesso **C.A.R.C.P.**, al cui interno sono presenti la **UOC Tecnologie Informatiche ed Ingegneria Clinica** e la **UOC Controllo di Gestione e Budgeting**, garantire la realizzazione dell'integrazione al software aziendale e monitorare il corretto inserimento dei dati.

Sarà la stessa **UOC Tecnologie Informatiche ed Ingegneria Clinica** a provvedere all'ottimale funzionamento del software unitamente alla periodicità di eventuali aggiornamenti migliorativi, mentre la **UOC Controllo di Gestione e Budgeting** dovrà provvedere alla raccolta, all'analisi ed alla trasmissione dei flussi.

Come già scritto nella Fase organizzativa, lo stesso **C.A.R.C.P.** deve relazionare mensilmente alla **Direzione Sanitaria**, alla **UOC Appropriatazza Clinica e Organizzativa** ed all'**UOC Qualità e Risk Management** sull'andamento del Percorso e trasmettere contestualmente i dati di produzione, per consentire le attività istituzionali delle suddette articolazioni aziendali.

11.2.8 DIAGRAMMA FASE OPERATIVA

RETE AZIENDALE CURE PALLIATIVE

**IDENTIFICAZIONE PRECOCE E CRITERI DI
INCLUSIONEE**

PUA

**PRESA IN CARICO E
COMPLESSITÀ
ASSISTENZIALE**

REFERENTE CURE PALLIATIVE

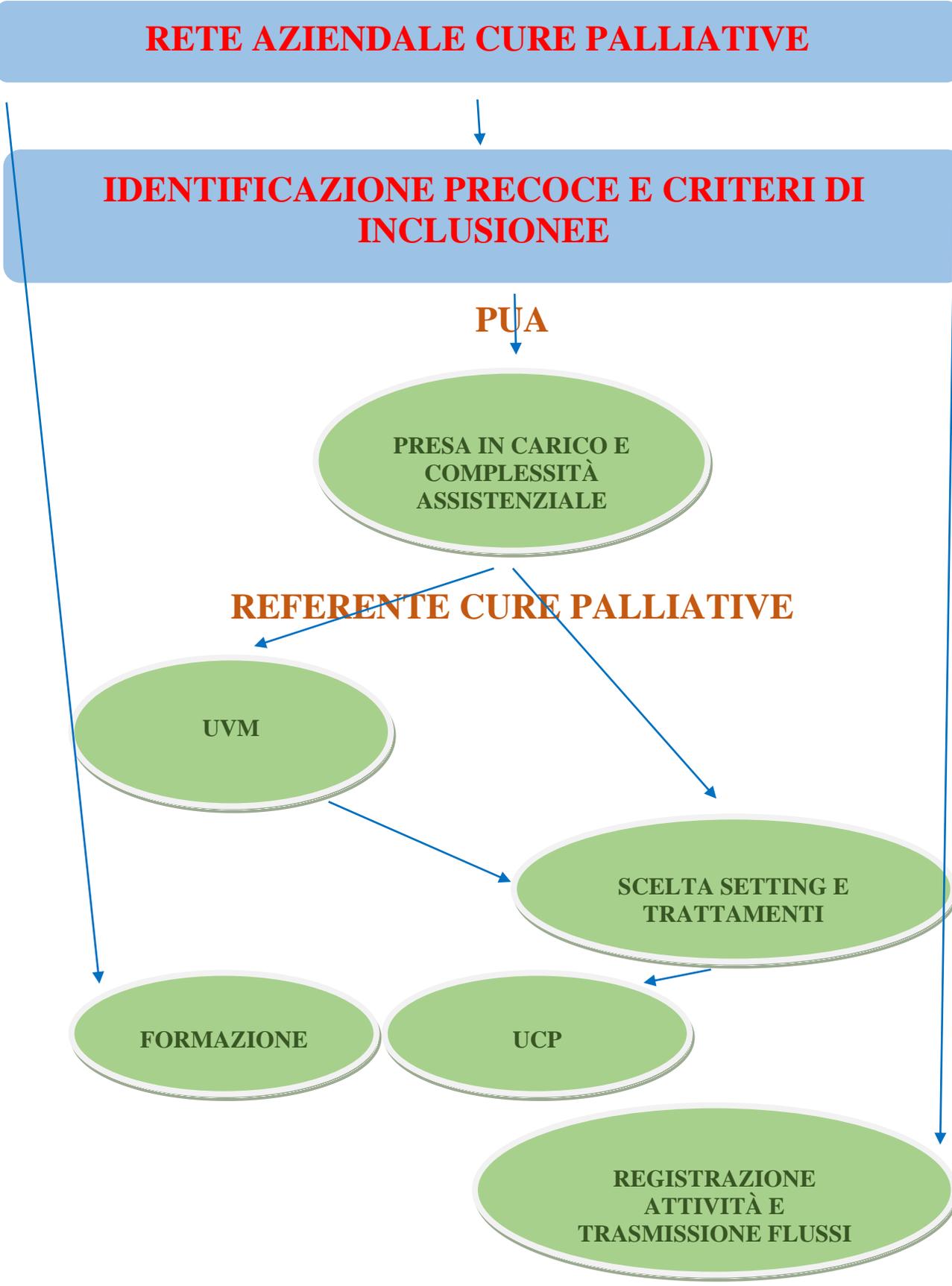
UVM

**SCELTA SETTING E
TRATTAMENTI**

FORMAZIONE

UCP

**REGISTRAZIONE
ATTIVITÀ E
TRASMISSIONE FLUSSI**



11.2.9 OBIETTIVI FASE OPERATIVA

Gli Obiettivi della Fase Operativa sono:

- Favorire la diffusione della cultura delle Cure Palliative nell'ambito dell'ASL Napoli 2 Nord, come percorso assistenziale integrato per l'assistenza ai malati terminali.
- Migliorare la qualità della vita residua nei malati in fase terminale.

11.2.10 INDICATORI FASE OPERATIVA

Indicatore	Descrizione	Razionale	Calcolo	Standard	Fonte Standard	Responsabile Rilevazione	Responsabile Elaborazione	Periodicità Elaborazione
Numero di pazienti arruolati nella Rete	Numero di malati terminali maggiorenni eleggibili arruolati nella Rete, in rapporto alle istanze presentate	Malati terminali maggiorenni con presenza dei requisiti necessari per l'inserimento nella Rete	Numeratore: numero di malati terminali arruolati nella Rete Denominatore: numero di istanze di inserimento nella Rete pervenute alle PUA	80%	C.A.R.C.P.	Referente C.A.R.C.P.	UOC Appropriatezza Clinica ed Organizzativa	Tre mesi

Indicatore	Descrizione	Razionale	Calcolo	Standard	Fonte Standard	Responsabile Rilevazione	Responsabile Elaborazione	Periodicità Elaborazione
Numero di operatori formati	Numero di operatori sanitari e no, coinvolti direttamente nella Rete, operanti a qualsiasi titolo nell'ASL Napoli 2 Nord formati, in rapporto al numero di operatori coinvolti	Numero di operatori sanitari e no, coinvolti direttamente nella Rete, operanti a qualsiasi titolo nell'ASL Napoli 2 Nord	Numeratore: numero di operatori coinvolti nei processi assistenziali formati Denominatore: numero totale di operatori coinvolti	70%	C.A.R.C.P.	Referente C.A.R.C.P.	UOC Appropriatezza Clinica ed Organizzativa	Tre mesi

N.B.: sarà compito del C.A.R.C.P. proporre ulteriori indicatori per monitorare l'andamento del Percorso.

11.2.11 MATRICE RESPONSABILITÀ FASE OPERATIVA

	Identificazione precoce dei pazienti	Presenza in carico e scelta setting	Erogazione prestazioni	Formazione continua Operatori	Report attività e flussi	Competenze
C.A.R.C.P.	C	I	I	R	C	Specifiche per ogni UOC e Referenza del C.A.R.C.P.
DIRETTORE UOC CURE PRIMARIE	R	I	I	C	I	Organizzazione dei Servizi Sanitari
DIRETTORE UOC FORMAZIONE	R	///	///	R	///	Formazione e Aggiornamento professionale
DIRETTORE UOC STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI RESIDENZIALI	R	I	R	C	C	Cure Palliative
DIRETTORE UOS HOSPICE	R	I	R	C	C	Cure Palliative
DIRETTORI DISTRETTI SANITARI	R	I	R	R	I	Organizzazione dei Servizi Sanitari
DIRETTORI PRESIDI OSPEDALIERI	R	I	R	R	I	Organizzazione dei Servizi Sanitari
PUA	///	R	I	///	///	Cure Palliative
REFERENTE CURE PALLIATIVE	///	R	R	C	R	Cure Palliative
MMG	C	C	C	I	I	Medicina di Base
SPECIALISTI AMBULATORIALI	C	C	C	I	I	Branche di specifica competenza
UCP	C	C	R	I	C	Cure Palliative
REFERENTE SERVIZI SOCIALI DISTRETTUALE	C	C	C	I	I	Cure Palliative
UOC CONTROLLO DI GESTIONE	///	///	///	///	R	Sanità Pubblica
UOC TECNOLOGIE INFORMATICHE	///	///	///	///	R	Realizzazione e Gestione Software

R = Responsabile
I = Informato
C = Collabora

11.2.11 MATRICE ATTIVITÀ FASE OPERATIVA

MATRICE DELLE ATTIVITA'						
Attività	Chi Fa	Come	Quando	Dove	Perché	Registrazioni
Identificazione precoce dei pazienti	C.A.R.C.P. Direttore UOC Formazione Direttore UOC Cure Primarie Direttore UOC Strutture Residenziali e Semiresidenziali Direttori Presidi Ospedalieri Direttori Distretti Sanitari	Formazione ed adozione di uno Strumento di Orientamento fra gli operatori coinvolti	Durante tutta la validità del Percorso Assistenziale per la Rete delle Cure Palliative	Nelle sedi istituzionali previste	Sensibilizzare gli operatori ed individuare precocemente i pazienti da inserire nella Rete	Relazioni C.A.R.C.P.
Presa in carico e scelta setting	PUA Distrettuale Referente Cure palliative Distrettuali UCP	Contestualmente alla presentazione dell'istanza di inserimento nella Rete delle Cure Palliative	Entro massimo quattro giorni dalla presentazione dell'istanza	Presso le sedi Distrettuali	Fornire una risposta tempestiva, appropriata e qualificata ai bisogni assistenziali dei malati terminali	Piattaforma informatica dedicata
Erogazione prestazioni	Direttori Distretti Sanitari Direttori Presidi Ospedalieri Direttore Strutture Residenziali e Semiresidenziali UCP Direttore UOS Hospice Referente Distrettuale Cure Palliative	Garantendo l'esecuzione delle attività previste nel PAI	Contestualmente alla stesura del PAI	Nei luoghi previsti nel PAI	Raggiungere gli obiettivi previsti nel PAI	Piattaforma informatica dedicata
Formazione continua Operatori	C.A.R.C.P. UOC Formazione Direttori Distretti Sanitari Direttori Presidi Ospedalieri	Elaborazione, diffusione ed attuazione dei programmi formativi	Durante tutta la validità del Percorso Assistenziale per la Rete delle Cure Palliative	Sede UOC Formazione	Fornire agli operatori della Rete le competenze necessarie	UOC Formazione e Aggiornamento
Report attività e flussi	C.A.R.C.P. UOC Tecnologie Informatiche UOC Controllo di Gestione e Budgeting	Implementazione con modulo dedicato della piattaforma aziendale per le attività territoriali	Durante tutta la validità del Percorso Assistenziale per la Rete delle Cure Palliative	Nelle sedi istituzionali previste	Garantire la raccolta dei flussi informativi e consentire la condivisione delle attività ed il loro monitoraggio	Piattaforma informatica dedicata

12. LISTA DI DISTRIBUZIONE

Il Percorso Assistenziale della Rete per le Cure Palliative dell'ASL Napoli 2 Nord sarà adottato con l'emanazione di un atto deliberativo predisposto dalla Direzione Sanitaria, che sarà pubblicato sul sito aziendale ed inviato a tutti i Direttori di Dipartimento e di UOC, con l'incarico di distribuirlo a cascata a tutti gli altri dirigenti.

ALLEGATO 1
KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' QUOTIDIANE	CURA PERSONALE	SINTOMI/ SUPPORTO SANITARIO	PUNTEGGIO
COMPLETA	COMPLETA	COMPLETA	COMPLETA	100
DIFFICOLTA' LIEVE	LIEVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE	COMPLETA	SEGNI/SINTOMI MINORI Calo ponderale < 5% Calo energie *	90
DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE	DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA (camminare/guidare)	LIEVE DIFFICOLTA'	ALCUNI SINTOMI Calo ponderale < 10% Calo moderato di energie**	80
INABILE	DIFFICOLTA' MODERATA (si muove prevalentemente in casa)	MODERATA DIFFICOLTA'	ALCUNI SEGNI E SINTOMI (calo grave di energie)	70
	GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE/ GUIDARE	DIFFICOLTA' MODERATA - GRAVE	SEGNI/SINTOMI MAGGIORI Grave calo ponderale >10%***	60
	ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	GRAVE DIFFICOLTA'	SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE Paziente ambulatoriale	50
	A LETTO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	LIMITATA CURA DI SE'	ASSISTENZA SANITARIA STAORDINARIA (frequenta e tipo di intervento)	40
	INABILE	INABILE	INDICATO RICOVERO OSPEDALIERO/ DOMICILIO SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO	30
ASSEGNARE IL LIVELLO COMPLESSIVO IN BASE AL CRITERIO MAGGIORITARIO TENENDO CONTO DELLA VALENZA MAGGIORE (PRIORITA') DI "ATTIVITA' QUOTIDIANE" E "CURA PERSONALE": * saltuari: non condizionanti supporti terapeutici continuativi ** saltuari o costanti: spesso supporto terapeutico *** costanti - invalidanti condizionanti: supporto terapeutico			GRAVE COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI VITALI IRREVERSIBILE	20
			RAPIDA PROGRESSIONE PROCESSI BIOLOGICI MORTALI	10
			DECEDUTO	0

Luogo e data _____

FIRMA

ALLEGATO 2

Flowchart per l'identificazione del paziente con malattia in fase palliativa

Passo 1 – Domanda a sorpresa per i curanti: saresti sorpreso se il paziente morisse nei prossimi mesi, settimane o giorni?

Passo 2 – È presente almeno uno degli indicatori generali di declino?

- A. Diminuzione stato generale (Indice di Barthel ≤ 25 e/o PPS $\leq 60\%$) e/o perdita di due o più ADL (Katz index) nonostante una presa a carico adeguata
- B. Co-morbilità importanti, responsabili e predittive di mortalità e/o morbilità (Charlson Comorbidity Index)
- C. Malattia avanzata e/o diminuita risposta ai trattamenti eziologici
- D. Perdita di peso maggiore del 10 % negli ultimi 6 mesi, con valori di albumina ≤ 2.5 g/dl
- E. Ripetuti ricoveri ospedalieri in urgenza nell'ultimo anno dovuti alla patologia evolutiva
- F. Marker di fragilità severa (es ulcere da decubito in stadio III-IV, disfagia, cadute ripetute, delirium)

Passo 3 – Sono presenti gli indicatori specifici legati alla patologia di base?

<p>A. Malattia tumorale</p> <ol style="list-style-type: none"> Malattia metastatica con scarsa risposta alle terapie eziologiche e/o progressione in corso o in assenza di terapia eziologica Fattori prognostici specifici: PPS e/o Karnofsky Performance Scale, PaP Score Declino dello stato generale (Karnofsky, PPS, ADL) e/o delle abilità funzionali Sintomi e sofferenza persistenti <p>B. BPCO <u>Presenza di con due o più dei criteri seguenti:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Malattia considerata come severa (FEV1 $\leq 30\%$ della predetta) Ospedalizzazioni ricorrenti (al massimo tre negli ultimi due mesi dovuti alla COPD), necessità di una terapia con ossigeno a lungo termine Dispnea grado 4-5 (MRC Dyspnoea scale) (dispnea dopo 100 metri in piano o paziente confinato in casa) Segni e sintomi di scompenso dx Combinazione di altri fattori quali anoressia e infezioni da germi resistenti Più di sei settimane di terapia con corticosteroidi sistemici per la COPD negli ultimi sei mesi <p>C. Malattia cardiologica <u>Presenza di con due o più dei criteri seguenti:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> NYHA 3-4 (dispnea a riposo o al minimo sforzo) Paziente ritenuto dal team essere nell'ultimo anno di vita (v. "domanda a sorpresa") Ospedalizzazioni ripetute per sintomi da scompenso cardiaco Sintomi complessi fisici o psicologici nonostante la terapia migliore tollerata Malattia valvolare severa o coronaropatia inoperabile Insufficienza renale GFR $\leq 30\%$ FE $\leq 30\%$ Iperensione polmonare severa 	<p>D. Malattia renale <u>(Stadio 4 -5 della insuff. renale cronica con due o più dei seguenti indicatori:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Pazienti che scelgono l'opzione di non iniziare la dialisi, sospendere la dialisi o che non optano per la dialisi se il trapianto è rigettato Pazienti con sintomi fisici o psicologici persistenti nonostante la dialisi ottimale tollerata Insufficienza renale sintomatica (es. nausea, vomito, anoressia, prurito, riduzione dello stato funzionale, sovraccarico idrico intrattabile) <p>E. Malattia del motoneurone (SLA) <u>Presenza di uno o più criteri seguenti:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Diminuita capacità vitale ($\leq 60\%$ di quella predetta, usando una spirometria standard) Primo episodio di polmonite da aspirazione Sintomi e segni predittivi d'insufficienza respiratoria o necessità di ventilazione assistita Declino rapido delle funzioni motorie (ultimi 2-3 mesi in due o più regioni del corpo) Perdita di peso richiedente una nutrizione artificiale Difficoltà di comunicazione Complessità di gestione globale per la famiglia <p>F. Sclerosi multipla</p> <ol style="list-style-type: none"> Sintomi complessi, importanti con complicanze mediche Disfagia e/o diminuito stato nutrizionale Difficoltà della comunicazione (ad. es. disartria con stanchezza) Deterioramento cognitivo importante
<p>G. Parkinson</p> <ol style="list-style-type: none"> Regime farmacologico meno efficace o con complessità in aumento Ridotta indipendenza, bisogni e aiuto nelle attività della vita quotidiana (indice di Katz ≤ 3) Segni neuro- psichiatrici (depressione, allucinazioni e psicosi, disturbi del sonno, demenza) Problemi della deglutizione che condizionano uno stato di malnutrizione o polmoniti da aspirazione Simili configurazioni alla fragilità (v. sotto) <p>J. Stroke non traumatico <u>Acuto:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Coma con assenza di risposte del tronco, verbali ed al dolore Secondo prognosi da definire dallo specialista (se gravità minore) <ul style="list-style-type: none"> → Stroke emorragico: stroke di grandi dimensioni, infratentoriale: 20 ml, sopratentoriale 50 ml, estensione intraventricolare, shift della linea mediana di 1.5 cm o idrocefalo ostruttivo non trattabile chirurgicamente). → Stroke ischemico: infarto sovratentoriale con estensione sovra e sottocorticale, infarti biemisferici estesi, occlusione della arteria basilare o bilaterale della arteria vertebrale <p><u>Cronico:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Perdita di peso, polmonite da aspirazione, disturbi della deglutizione, Karnofsky $< 50\%$ Complicazioni internistiche ripetute (polmoniti, ulcere da decubito, febbre recidivante, infezioni delle vie urinarie) Deficit cognitivo / demenza post stroke 	<p>H. Demenza pazienti classificati CDR (3)-4-5 con</p> <ol style="list-style-type: none"> elevata dipendenza nelle BADL deambulazione impossibile o possibile solo con importante assistenza capacità di comprensione, riconoscimento nonché verbale e di linguaggio alterate <p>I. Fragilità <u>Multiple comorbidità e deterioramento importante nelle ADL e:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Stato funzionale generale in deterioramento (Indice di Barthel, Karnofsky) Combinazione di almeno tre dei seguenti sintomi: <ol style="list-style-type: none"> a) Debolezza b) Velocità di marcia rallentata c) Importante perdita di peso d) Affaticabilità e) Diminuita attività fisica f) Depressione <p>K. Co-fattori <u>I pazienti possono presentare uno o più dei seguenti fattori aggravanti:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Perdita di peso progressivo Decubiti stadio 3-4 Disturbi della deglutizione Stati febbrili / broncoaspirazioni recidivanti

Passo 4 – Indicatori di complessità medio/ alta, identificazione del paziente B complesso

<p><u>Presenza di una o più delle seguenti problematiche:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Difficoltà di valutazione della sintomatologia fisica/sociale/psicologica/spirituale Dolore non controllato dalla analgesia di prima linea con oppioidi e/o adiuvante Altri sintomi non controllati dalla prima linea di trattamento Sintomi non controllati entro 48 ore dall'inizio del trattamento, in malattia rapidamente progressiva Distress psico-sociale nel paziente e/o nella famiglia riguardante la malattia progressiva, il morire o fattori correlati 	<ol style="list-style-type: none"> Presenza di 3 o più sintomi rilevati all'ESAS, taluni o tutti con valori superiori a 5 Malattia psichiatrica attiva in anamnesi e/o presenza di altro handicap fisico/ cognitivo Bisogno di supporto e/o seconda opinione per decisione attuale o prevedibile di sospensione/non inizio di trattamenti futuri, e/o disaccordi sul codice REA Domanda di suicidio assistito/eutanasia, crisi di valori esistenziali Direttive anticipate non possibili con equipe di prima linea Il luogo di cura/morte prescelto di difficile accessibilità globale o permanenza
--	---

Passo 5 – Apertura del dialogo con il paziente sugli obiettivi di cura e luogo di cura prescelto e consapevolezza

Legenda:	
ADL	Activities of Daily Living
Barthel	Barthel Index
BADL	Basic Activities of Daily Living
CDR	Clinical Dementia Rating
NYHA	New York Heart Association classification
BPCO	Broncopatia Cronica Ostruttiva
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
GFR	Glomerular Filtration Rate
MRC	Medical Research Council Dyspnoea scale
Karnofsky	Karnofsky performance status scale
PaP Score	Palliative Prognostic Score
PPS	Palliative Performance Scale

Luogo e data _____

FIRMA

ALLEGATO 3

**Scheda di segnalazione per inserimento nella
Rete per le Cure Palliative**

Dati dell'assistito

Nome e cognome.....

data e luogo di nascita.....

indirizzo.....

recapito telefonico.....

MMG.....

familiare di riferimento.....telefono.....

Essendo soddisfatti i seguenti criteri generali di eleggibilità (CGE) nella rete delle cure Palliative:

- **Criterio diagnostico:** stato accertato di una malattia neoplastica o cronico-degenerativa in fase evolutiva inarrestabile;
- **Criterio prognostico:** stima di sopravvivenza < ad 1 anno;
- **Criterio terapeutico:** assenza di trattamenti specifici;
- **Criterio funzionale:** indice di Karnofsky > 20 e < 60.

si propone

di prendere in carico il paziente nella Rete per le Cure Palliative.

Si allega SVAMA scheda A.

Si allega la seguente documentazione

Data _____/_____/_____

Il Medico di Medicina Generale

SCHEDA DI ORIENTAMENTO 1**LIVELLI ASSISTENZIALI**

Premesso che è possibile indentificare livelli di complessità, intensità e tipologie diverse di erogazione delle Cure Palliative, dalla revisione della letteratura internazionale è possibile individuare tre macroaree all'interno della Rete Locale di Cure Palliative:

Approccio Palliativo:

L'approccio palliativo alle cure si basa su alcuni elementi fondamentali:

- cura centrata sul malato e sulla sua famiglia e non sulla malattia, con la qualità di vita come obiettivo fondamentale;
- importanza di una relazione terapeutica basata su una comunicazione chiara, sincera e proporzionale rispetto all'evoluzione prognostica, per una pianificazione condivisa delle cure;
- massima attenzione alla valutazione ed al controllo dei sintomi di minore complessità, causa di sofferenza, ed una cura ed assistenza competenti fino agli ultimi momenti della vita.

Afferiscono in questo livello assistenziale pazienti con patologia cronica degenerativa (oncologica e non oncologica) in progressione ed i relativi nuclei caregiver/familiari che, in ragione di una complessità limitata dei loro bisogni di Cure Palliative, possono essere assistiti da personale sanitario con competenze di base in materia.

Tale Livello Assistenziale è compatibile con:

- domicilio del malato;
- ospedale (in regime di ricovero o ambulatoriale, in coerenza con l'art. 38 dei LEA);
- strutture ambulatoriali extra-ospedaliere;
- RSA e RSD;
- istituti di pena o altri contesti di istituzionalizzazione.

L'Approccio Palliativo prevede la presa in carico dei pazienti da parte di professionisti con competenze di base in Cure Palliative: Medico di Medicina Generale, Specialisti di Branca Ambulatoriali e/o Ospedalieri, strutture sociosanitarie per anziani o disabili. Non prevede l'intervento diretto di équipe specialistiche di Cure Palliative (salvo consulenze occasionali, richieste dai curanti che mantengono la responsabilità della cura).

Il malato potrebbe permanere in questo Livello Assistenziale per l'intero decorso della malattia, fino al decesso, o evolvere verso una maggiore complessità e pertanto comportare la necessità di un livello di presa in carico che coinvolga l'Unità di Cure Palliative.

Nel contesto delle cure domiciliari che rientrano nell'area dell'approccio palliativo il referente clinico è il MMG, che deve possedere una buona competenza in Cure Palliative, al fine di garantire un ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; a tal fine può anche avvalersi di consulenze occasionali da parte dell'équipe specialistica. Analoghe competenze di base in CP devono essere conseguite dai professionisti sanitari di tutti gli altri setting di cui sopra.

In merito all'approccio palliativo, il ruolo del Referente Distrettuale per le Cure Palliative riguarda: la formazione del personale dedicato e non (tramite il C.A.R.C.P., la promozione della connessione con tutti gli altri nodi della Rete, compreso la condivisione delle informazioni e la valutazione della qualità.

Cure Condivise:

Le Cure Condivise sono la risposta organizzativa considerata più appropriata per i pazienti con un livello intermedio di complessità dei bisogni del malato e del nucleo caregiver/familiari; sono caratterizzate dalla condivisione delle cure tra il medico/équipe che segue il paziente (Medico di Medicina Generale, Specialista Ambulatoriale di Branca, ecc..) e l'Unità di Cure Palliative, prevedendo un ruolo attivo di ognuno definito all'interno del Piano Assistenziale Individuale, in funzione dei bisogni multidimensionali rilevati.

Afferiscono a questo Livello Assistenziale pazienti con un livello moderato di complessità dei bisogni di Cure Palliative.

La pianificazione delle cure e gli obiettivi terapeutici sono condivisi con il malato e concordati tra una pluralità di professionisti sanitari che partecipano alla presa in carico, ciascuno con le proprie specifiche competenze e aree di intervento.

Tale Livello Assistenziale è compatibile con:

- RSA/RSD, a supporto dell'équipe della struttura;
- Istituti di Pena o altri contesti di istituzionalizzazione, a supporto dell'équipe della struttura;
- Ospedale, a supporto dell'équipe del reparto;
- Ambulatorio ospedaliero/territoriale, laddove la presa in carico è condivisa tra lo specialista di branca e l'Unità di Cure Palliative;
- Domicilio;
- Unità di Cure Palliative, per l'erogazione di prestazioni finalizzate alla gestione di problematiche cliniche, psico-relazionali, etiche.

Il malato assistito in questo Livello Assistenziale può passare all'Approccio Palliativo se i bisogni si riducono di complessità, rimanere in questo livello, se i bisogni rimangono stabili, accedere alle Cure Palliative delle UCP, se aumenta la complessità dei bisogni.

Il Referente Distrettuale per le Cure Palliative assicura la valutazione dei bisogni e la costante coerenza del PAI con il livello di complessità.

Cure Specialistiche:

Le Cure Specialistiche corrispondono ad un livello elevato di complessità dei bisogni del malato e del nucleo caregiver/familiari.

Afferiscono a questo Livello Assistenziale pazienti con aspettativa di vita limitata e con un livello elevato di complessità dei bisogni di Cure Palliative.

La responsabilità delle cure è dell'Unità di Cure Palliative. Il MMG e lo Specialista di branca possono continuare a svolgere un ruolo finalizzato principalmente a favorire la continuità del percorso di cura e a supportare gli aspetti relazionali.

Tale Livello Assistenziale è compatibile con i seguenti setting assistenziali:

- hospice;
- domicilio/ambulatorio/altro, con la presa in carico da parte dell'Unità di Cure Palliative.