



SOCIETÀ
ITALIANA
DI CURE
PALLIATIVE
SICP ONLUS



Cure palliative domiciliari: “Accanto al malato quale équipe?”

Documento di Consenso

Cure palliative domiciliari: “Accanto al malato quale équipe?”

Documento di Consenso¹

La Legge n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 il 19 marzo 2010 delinea in maniera chiara e puntuale (Art. 2, comma f) la definizione di assistenza domiciliare: “*l’insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l’erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle équipe specialistiche di cure palliative, di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta*”. L’articolo 5 raccomanda “*l’adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze del malato in conformità agli obiettivi del Piano sanitario nazionale e comunque garantendo i livelli essenziali di assistenza*”, attraverso l’identificazione delle risorse, delle modalità organizzative, degli “*adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie*” (Medici di Medicina Generale, Medici specialisti, Medici con esperienza in cure palliative ed Infermieri).

In questo contesto la SICP e la SIMG, con la collaborazione del Ministero della Salute, Age.Na.S., Fondazione Floriani, e FCP hanno promosso una serie di iniziative volte sia ad esplorare le opinioni, le conoscenze, le attitudini e i comportamenti dei principali professionisti coinvolti nell’assistenza domiciliare in cure palliative (Medici di Medicina Generale, Medici con esperienza in cure palliative ed Infermieri), sia a conoscere l’attuale sviluppo dei servizi di cure palliative domiciliari in ogni regione. A conclusione di tali indagini verrà pubblicato un rapporto che fornirà utili elementi di conoscenza sullo sviluppo del LEA cure palliative domiciliari nel nostro paese.

Nell’ambito della rete di cure palliative la modalità operativa per rispondere in modo unitario al bisogno del malato e della sua famiglia è il lavoro di équipe, che richiede una costante integrazione professionale tra Medici di Medicina Generale, Medici con esperienza in cure palliative ed Infermieri.

Nel Workshop SICP-SIMG “Accanto al malato quale équipe domiciliare?” (Lecce, 29 ottobre 2009), che ha visto la partecipazione di oltre 100 professionisti, promosso con lo scopo di ricercare la condivisione tra Medici di Medicina Generale, Medici con esperienza in cure palliative ed Infermieri in merito all’organizzazione delle cure palliative domiciliari erogate mediante il lavoro di équipe è emerso l’ampio consenso sui seguenti 10 enunciati sostanziali. Da questo è generato un documento condiviso relativo alle definizioni di équipe, percorsi di cura, continuità assistenziale, procedure d’accesso e meccanismi operativi e le condizioni facilitanti.

¹ Approvato dagli organismi direttivi della Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

1° ENUNCIATO

L'équipe di Cure Palliative domiciliari è la struttura tecnica e multi-professionale dedicata a garantire l'erogazione delle cure palliative a casa del malato. Alla équipe è demandato il compito di valutazione multidimensionale per la presa in carico e il coordinamento della assistenza diretta a domicilio. La verifica periodica (riunione d'équipe) è necessaria a garantire il raggiungimento degli obiettivi di cura e assistenza, secondo l'evoluzione dei bisogni del malato e della famiglia.

2° ENUNCIATO

Le attività delle équipe di cure palliative domiciliari sono parte integrante della più complessiva attività della Rete di Cure Palliative dell'Azienda Sanitaria .

3° ENUNCIATO

La composizione minima di questa équipe è costituita dall'infermiere, dal medico dedicato alle cure palliative (palliativista in possesso di idonea formazione ed esperienza in cure palliative) e dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta del singolo malato, che sono insostituibili nei loro rispettivi ruoli. A queste figure fondamentali si aggiunge, in funzione dei bisogni del malato e dei familiari, la presenza in équipe di altri professionisti (psicologo, assistente sociale, operatore socio-assistenziale, fisioterapista, assistente spirituale), integrati da volontari formati per queste attività.

4° ENUNCIATO

La responsabilità clinica è affidata al medico di medicina generale, al pediatra di libera scelta o al medico esperto in cure palliative (palliativista in possesso di idonea formazione ed esperienza in cure palliative) in funzione del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Il PAI viene elaborato con la partecipazione attiva di tutta l'équipe.

5° ENUNCIATO

Le cure palliative sono un Livello Essenziale di Assistenza. Ricevuta la segnalazione, il Medico responsabile dell'équipe di cure palliative domiciliari, in accordo con il Medico di Medicina Generale, attiva il Piano Assistenza Individuale domiciliare.

6° ENUNCIATO

L'avvio di un Piano di Assistenza in cure palliative domiciliari avviene a seguito di una valutazione congiunta presso il domicilio del malato, da parte del Medico Palliativista, dell'Infermiere, del Medico di Medicina Generale, di norma entro 48 ore dalla segnalazione.

7° ENUNCIATO

L'intervento di una équipe di Cure Palliative domiciliari appare particolarmente appropriato nelle fasi terminali delle seguenti patologie non oncologiche: insufficienza cardiaca, insufficienza renale, insufficienza epatica, BPCO, Malattie del motoneurone, M. di Parkinson, M. di Huntington, M. di Alzheimer, HIV/AIDS.

8° ENUNCIATO

Nell'ambito dell'organizzazione complessiva delle Cure Domiciliari, ai malati affetti da patologie non oncologiche ad evoluzione infausta, deve essere garantito un adeguato approccio palliativo (controllo dei sintomi fisici, attenzione e supporto alla sofferenza psicologica, sociale e spirituale) fin dalle fasi precoci della malattia, con l'eventuale supporto dell'équipe di Cure Palliative domiciliari. In una continuità dei percorsi assistenziali che può durare anche molti anni, è da garantire anche la possibilità di un intervento diretto dell'équipe di Cure Palliative domiciliari in momenti di particolare criticità e nelle fasi di fine della vita.

9° ENUNCIATO

Nelle fasi critiche di queste patologie (ad es. nel momento di scegliere se iniziare o meno trattamenti di supporto vitale, quali l'alimentazione artificiale o la ventilazione meccanica, oppure durante momenti di peggioramento a possibile evoluzione infausta) è necessaria la valutazione congiunta di tutta l'équipe di cure palliative per la definizione delle scelte terapeutiche più appropriate, nel rispetto dell'autonomia del malato.

10° ENUNCIATO

La continuità assistenziale per 7 giorni la settimana per 24/24 ore deve essere garantita, nell'ambito della Rete di Cure Palliative dell'Azienda Sanitaria, attraverso meccanismi di integrazione di risorse mediche e infermieristiche con formazione specifica nelle cure palliative.