



La riorganizzazione della Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di BOLOGNA

Bologna 12 giugno 2018

Documento approvato dalla
CTSS metro di Bologna nella
seduta del 12.6.2018

Rete delle Cure Palliative AUSL di Bologna
fabrizio moggia- danila valenti



L'Organizzazione Mondiale della Sanità

“Le Cure Palliative sono l’assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi (cure)

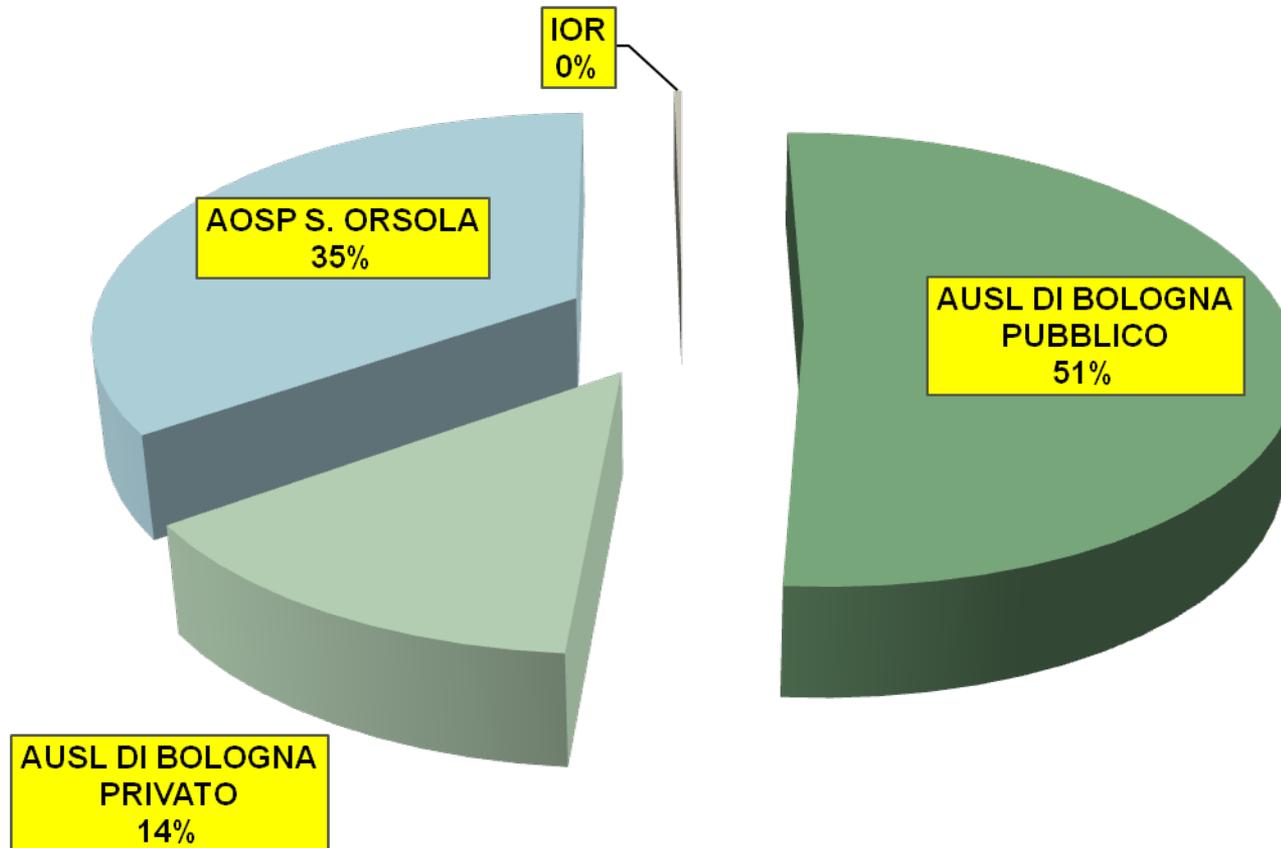
E’ fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L’obiettivo delle Cure Palliative (CP) è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i Pazienti e per le loro famiglie.

Molti aspetti dell’approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia” (OMS, 1990)

Anni 2008 – 2012 : **6.817** pazienti

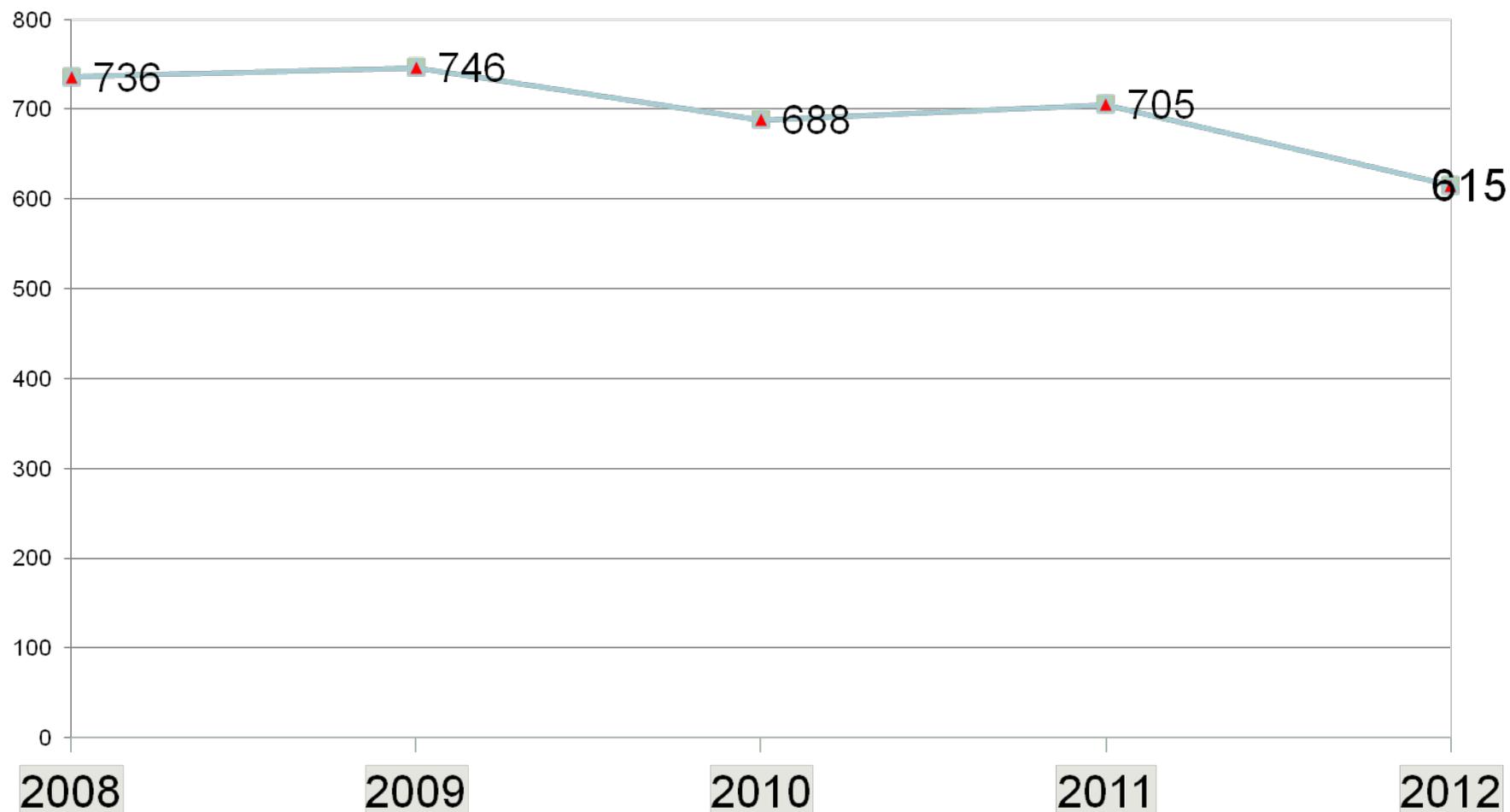
Deceduti per tumore negli ospedali pubblici e privati del territorio dell'Azienda USL di Bologna (Bologna e altri 50 comuni)

Pazienti deceduti per tumore negli ospedali pubblici e privati nel territorio AUSL di BO- anni 2008-2012



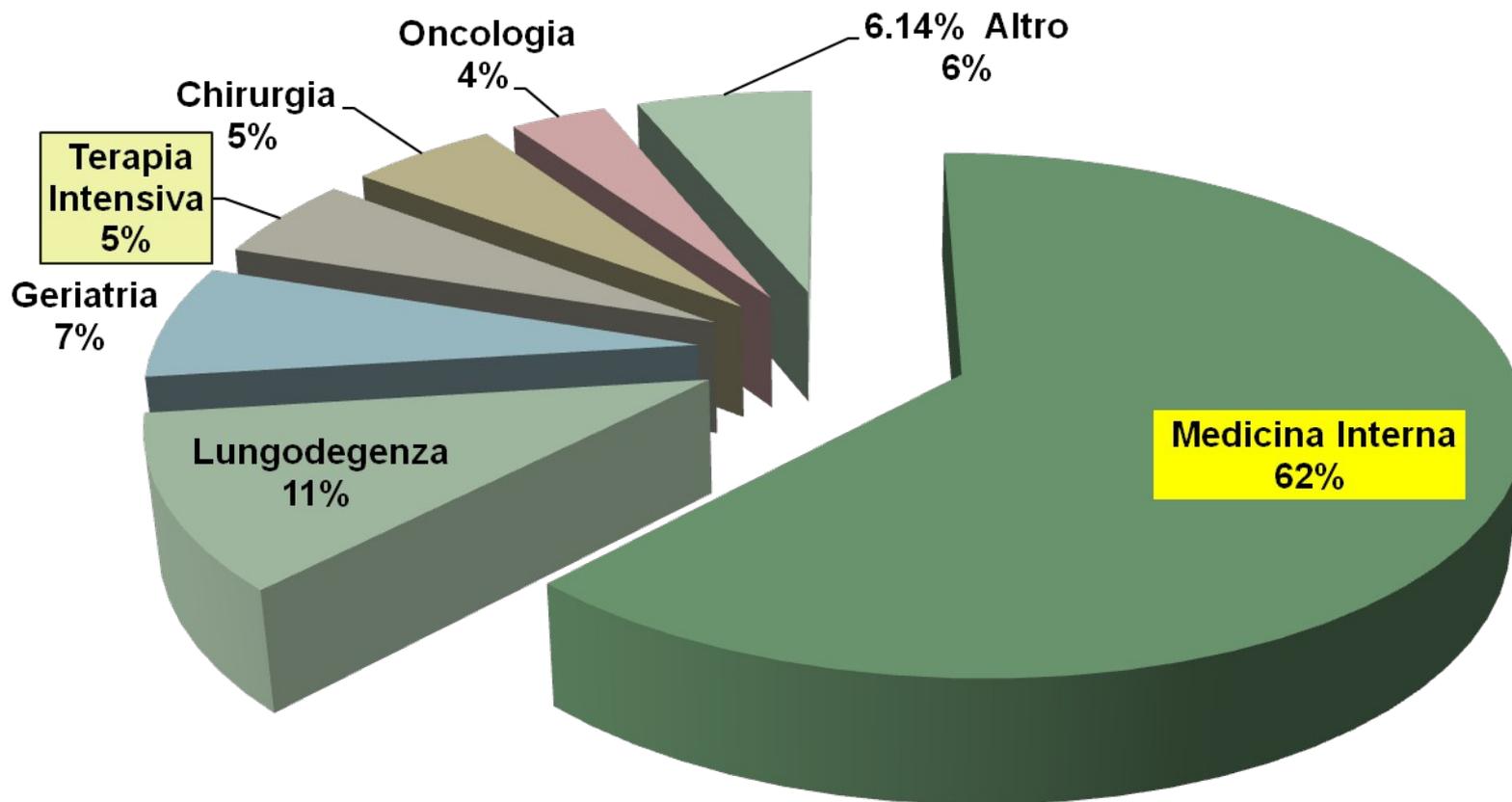
Anni 2008 – 2012

3.460 Deceduti per tumore nei 9 ospedali pubblici dell'Azienda USL di Bologna nel quinquennio 2008-2012



Anni 2008 – 2012

3.460 Deceduti per tumore nei 9 ospedali pubblici dell'Azienda USL di Bologna nel quinquennio 2008-2012



Anni 2008 – 2012

3.460 Deceduti nei 9 ospedali pubblici dell'Azienda USL di Bologna.

ESAMI LABORATORISTICI E STRUMENTALI eseguiti nel ricovero del decesso

Numero di pazienti **3.490**

Giornate di degenza

Media **24,3**

Mediana **14**

Numero di ESAMI ESEGUITI a PAZIENTE ? :

L-LABORATORIO

81,7

D-DIAGNOSTICA

4,7

D1-DIAGNOSTICA CON RADIAZIONI

2,6

D2-DIAGNOSTICA SENZA RADIAZIONI

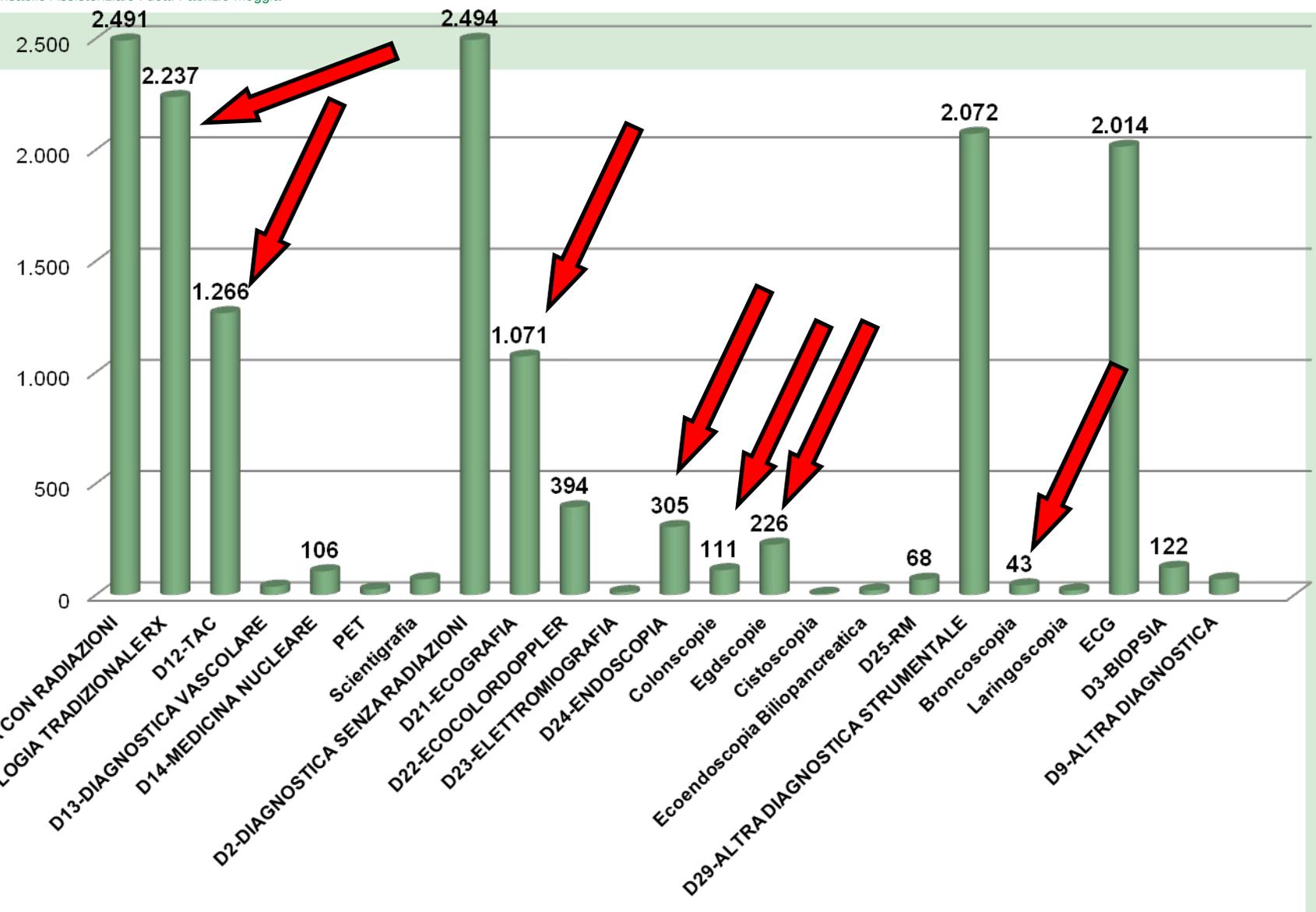
2,0

Anni 2008 – 2012

3.460 Deceduti nei 9 ospedali pubblici dell'Azienda USL di Bologna

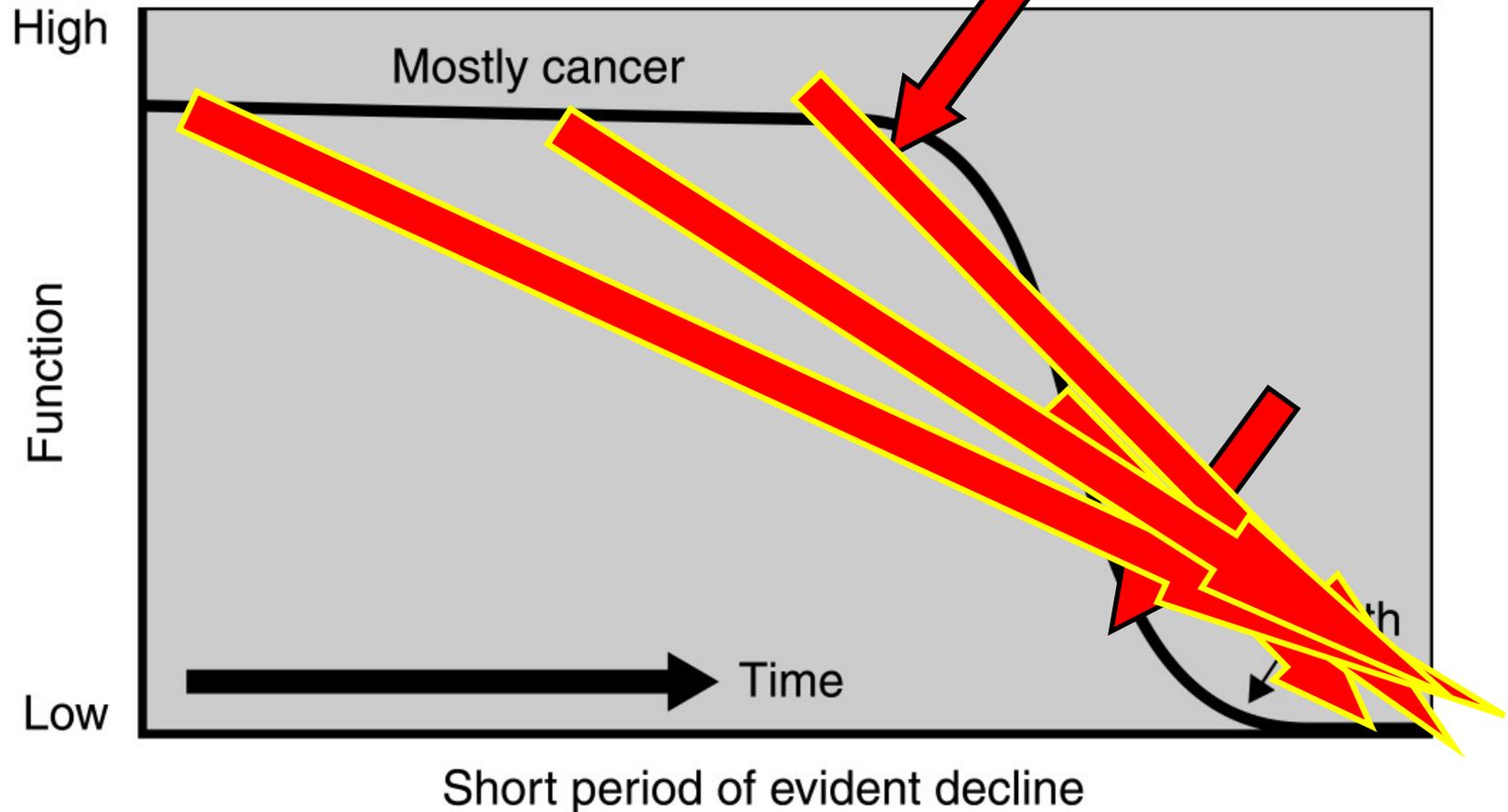
ESAMI STRUMENTALI eseguiti nel ricovero del decesso

Responsabile: dottoressa Emma Varona
Responsabile Assistenziale: dott. Fabrizio Moggia



■ Esami strumentali

Progetto di Innovazione : Rete Ambulatoriale delle Cure palliative Precoci



Nei
Pazienti
seguiti
in cure
palliativi
precoci :

Più
consa
pevoli

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A.,
Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H.,
Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N.,
Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H.,
J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

Patients with metastatic non–small-cell lung cancer have a substantial symptom burden and may receive aggressive care at the end of life. We examined the effect of introducing palliative care early after diagnosis on patient-reported outcomes and end-of-life care among ambulatory patients with newly diagnosed disease.

From Massachusetts General Hospital, Boston (J.S.T., J.A.G., A.M., E.R.G., V.A.C.M.D., J.J., W.F.P., J.A.B.); the State University of New York, Buffalo (S.A.); Addictive Palliative Medicine, Department of Anesthesiology, Columbia University Medi-

Nei Pazienti seguiti in cure palliativi precoci :

meno depressione psichica

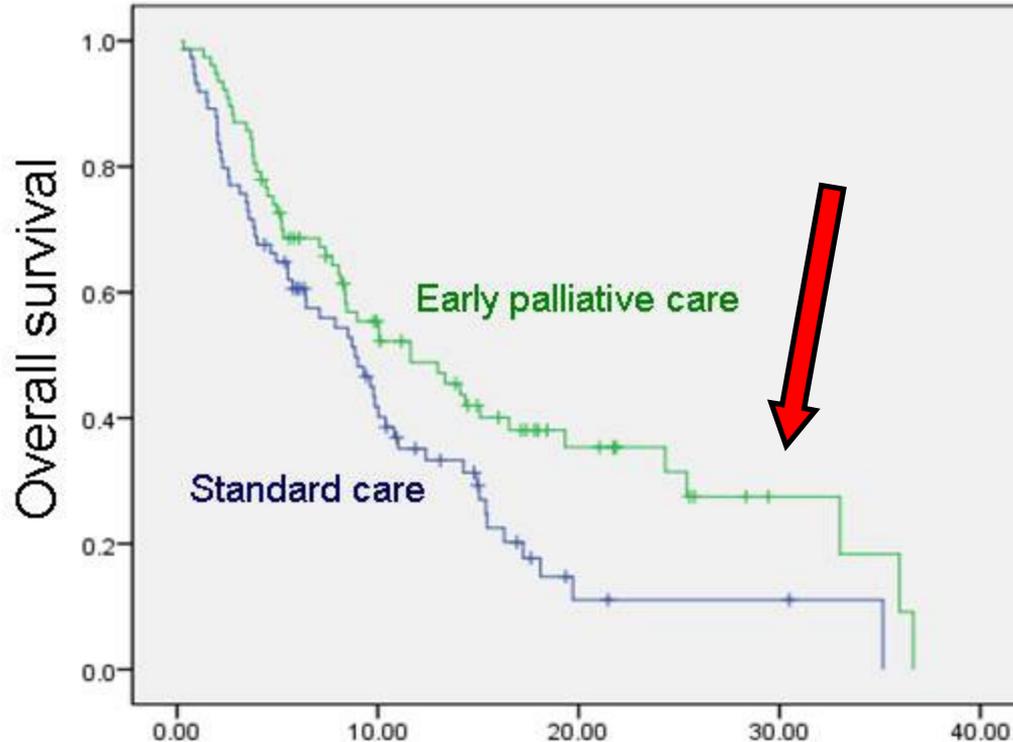
(misurata con scale internazionali validate)

più qualità di vita

(misurata con scale internazionali validate)

meno aggressività con chemioterapia

Survival Analysis



Median Survival
Early palliative care 11.6 mo
Standard care 8.9 mo
 $p=0.02$

Nei Pazienti seguiti in cure palliati precoci :

aumento della sopravvivenza di 2,7 mesi



La gestione dei sintomi somatici è fondamentale (per la quale viene richiesta massima competenza)

Anoressia
Ansia
Ascite
Astenia
Cachessia
Depressione
Diarrea
Disfagia
Dispnea
Dolore
Edemi
Edema polmonare acuto
Emoftoe
Emorragia massiva
Fistolizzazioni
Ittero
Mucositi
Nausea
Ostruzione delle vie aeree
Occlusione intestinale
Ostruzione urinaria
Prurito
Rantolo terminale
Sindrome mediastinica
Singhiozzo
Stipsi
Tenesmo
Tosse
Versamento pericardico
Versamento pleurico
Vomito

di cui è necessario sapere:

- le modalità di comparsa
- la fisiopatologia
- la multidimensionalità
- le scale di misurazione
- gli interventi possibili
- le opzioni terapeutiche
- le modalità di valutazione dell'intervento
- la rimodulazione dell'intervento



Le cure palliative vanno oltre alla gestione dei sintomi

.....

sono alla ricerca della migliore qualità di vita possibile

Quale qualità di vita?

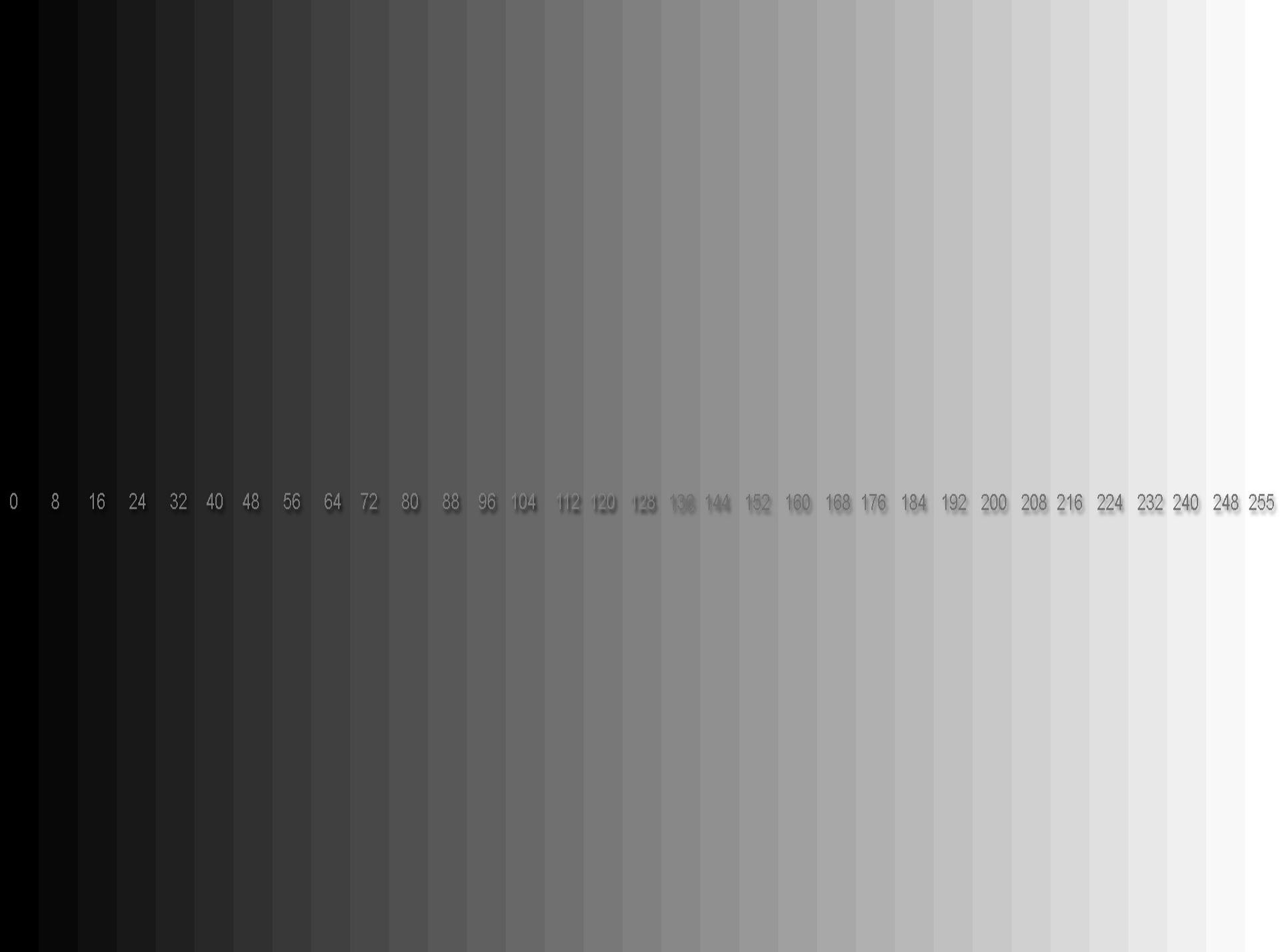


Fra

Autodeterminazione

e

Bisogno di sentirsi affidati



0

8

16

24

32

40

48

56

64

72

80

88

96

104

112

120

128

136

144

152

160

168

176

184

192

200

208

216

224

232

240

248

255

Negatively Perceived Change

emotional response / pessimism

What the dying have to teach doctors, nurses, clergy, and their own families



"A profound lesson for the living." —*Life*

Elisabeth Kubler-Ross, M.D.

By the author of *The Way of Zen*

Mel Aclaro

BusinessCasualBlog.com

Anger

Bargaining

Denial

Immobilization

Depression

Testing

Acceptance

Reaction to Negatively perceived change

JULY 8, 1926 - AUGUST 24, 2004

COPYRIGHT KEN ROSS

Altre edizioni in AUSL nel 2017

2017 : 2 edizioni presso L'Azienda Ospedaliera Universitaria S.Orsola –Malpighi – da programmarne altre 4 nel 2018

2018 : Tutti i Mercoledì pomeriggio : FORMAZIONE di 1 livello per formare il personale dei 9 presidi ospedalieri dell'AUSL di Bologna

Dipartimento	Infermieri	Ass. Sociali	Fisioterapisti	Medici Specialisti	MMG	Totali
Oncologico	17	0	0	7	0	24
Medico	62	0	3	14	0	79
Cure Primarie	37	0	2	14	7	60
DASS	7	7	0	0	0	14
Emergenza	4	0	0	0	0	4
IRCCS	2	0	0	0	0	2
Totali	129	7	5	35	7	183

Percorso Formativo I livello

- Evoluzione e filosofia delle cure palliative
- I bisogni del paziente e caregiver
- Gestione della relazione con il care-giver del paziente
- Simultaneous palliative care
- Presentazione della Rete della cure palliative nei diversi nodi: la rete di 1 e 2 livello
- Modalità di attivazione dei diversi livelli e modulistica relativa:
 - Ambulatori
 - Consulenze

CURE PALLIATIVE PRECOCI e CURE PALLIATIVE AUSL di BOLOGNA fino al 2016

COLLABORAZIONI e CONSULENZE

1. ONCOLOGIA
2. (RIANIMAZIONE)
3. NEFROLOGIA
4. MEDICINE INTERNE / GERIATRIE
5. PNEUMOLOGIA
6. CARDIOLOGIA

INTEGRAZIONI ATTUALI

1. La sensibilizzazione è avvenuta
2. Mancava ancora la cultura dell'integrazione che ora si sta gradualmente sviluppando.
 - Le Unità Operative chiamano la Rete delle Cure Palliative per aiuti concreti e confronti periodici con discussione di casi clinici

E' iniziato con incontri periodici dal 2013 con la RIANIMAZIONE dell'Ospedale
MAGGIORE
quindi:

1. **Incontri periodici con la DIALISI dell'Ospedale MAGGIORE (TUTTI I MERCOLEDI) dalle 13.00 alle 14.30 per discussione dei casi clinici**
2. **Incontri periodici con la TERAPIA INTENSIVA del MAGGIORE**

Dal Settembre : 2017

**CONSULENZA presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria S.Orsola –Malpighi nella
giornata del martedì (mattina)**

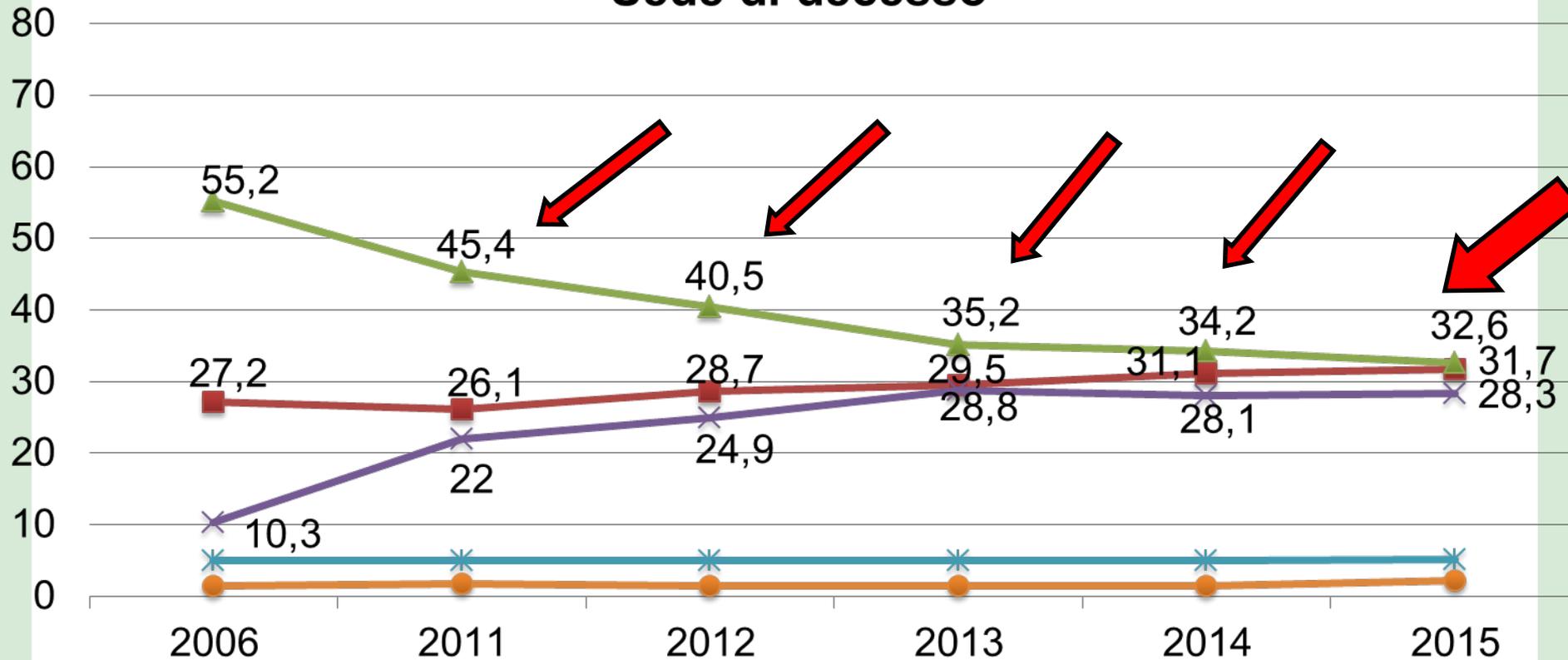


TREND DI PRESE IN CARICO



Andamento dal 2006 al 2015 della sede di decesso dei
2996 pazienti oncologici - AUSL di BOLOGNA

Sede di decesso



- abitazione
- ✕ hospice
- altro

- ▲ istituto di cura pubblico + privato
- * struttura residenziale o socioassistenziale

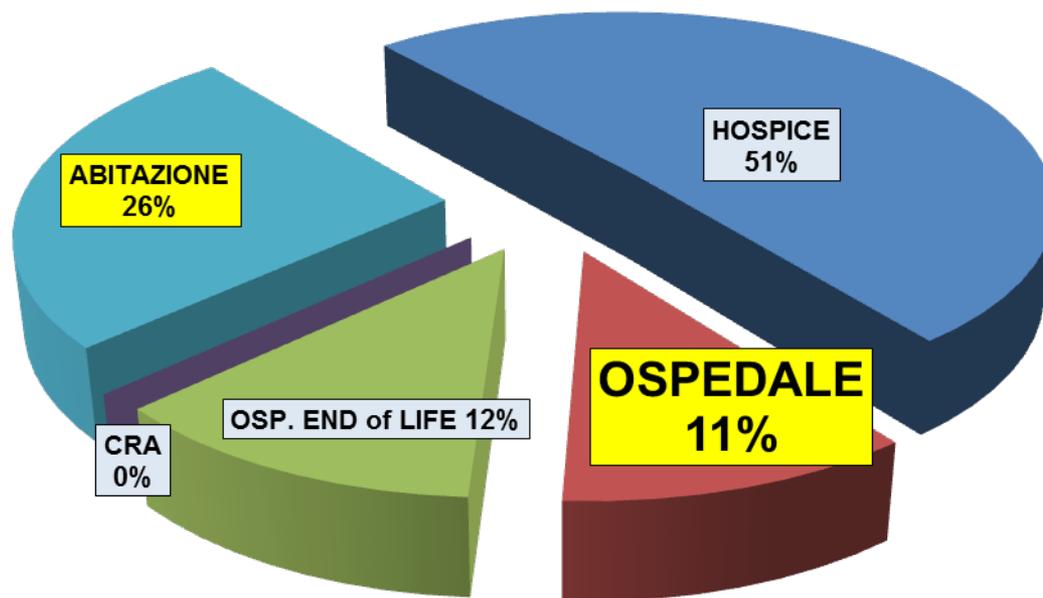
.....dal 2011 al 2015 i decessi in ospedale si sono ridotti dal 45,4 % al 32,6 % .



Attività dell'anno 2015: 883 Pazienti e Famiglie presi in carico
Sede di decesso dei **410** pazienti deceduti al 31/12/2015 degli **883** Presi in carico

SEDE di DECESSO al 31 dicembre 2015

■ Hospice ■ Ospedale ■ Osp. EoL ■ CRA ■ Abitazione

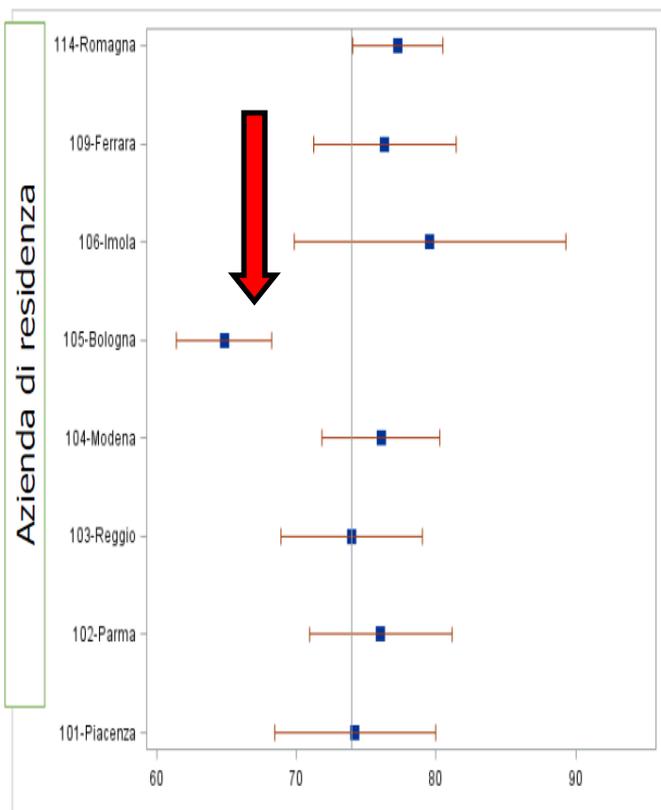


Ospedalizzazione negli ultimi 30 gg di vita

per azienda di residenza

RER 74%

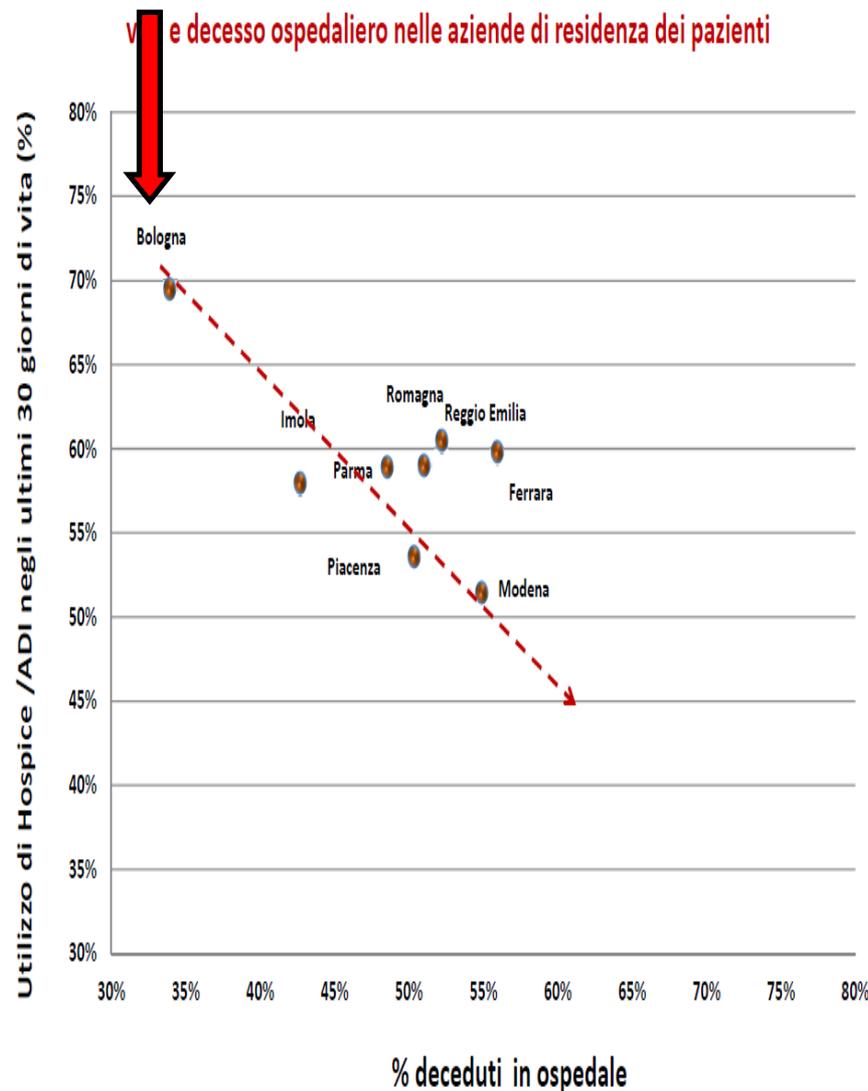
Anno 2015



tassi standardizzati per sesso ed età

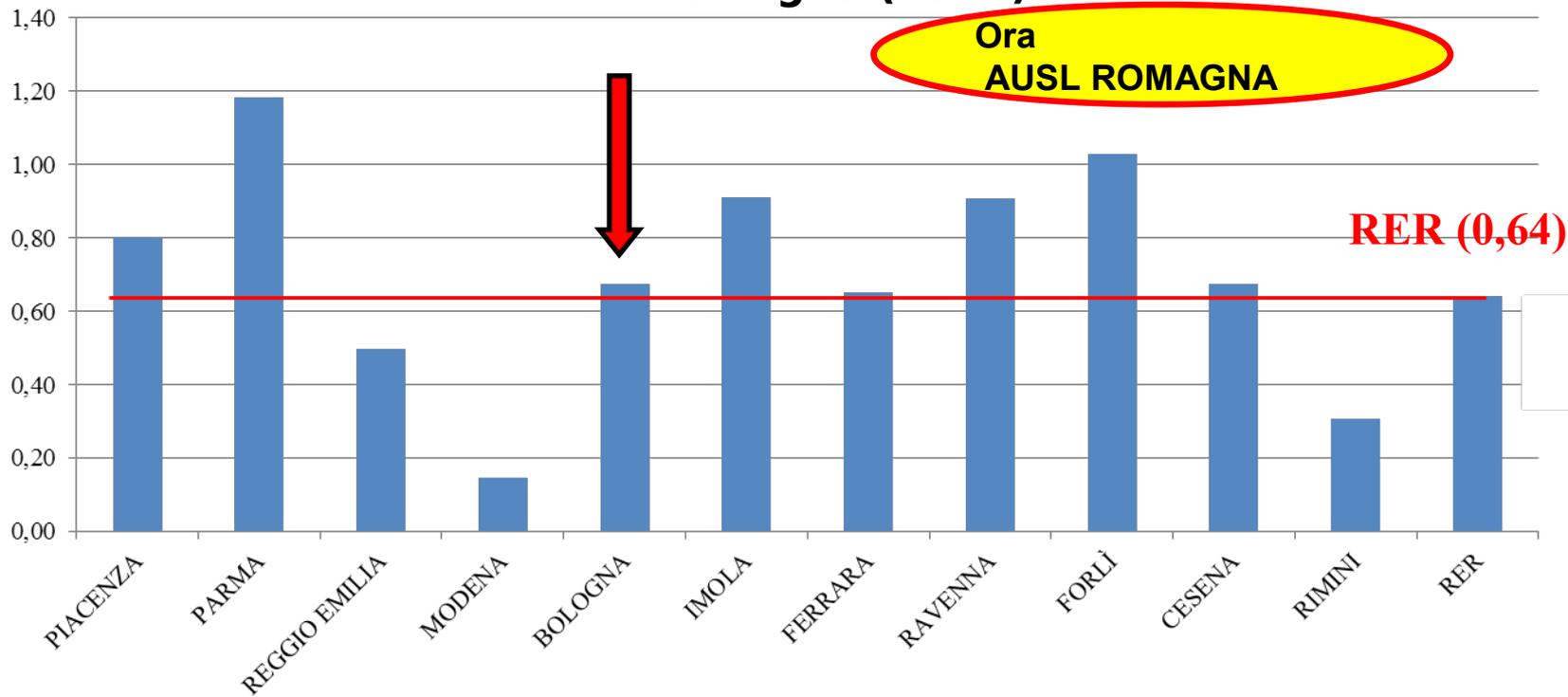
21

Variabilità del rapporto tra uso di Hospice e ADI nell'ultimo mese di vita e decesso ospedaliero nelle aziende di residenza dei pazienti





Dotazione di PL di hospice per 10.000 abitanti nelle ASL dell'Emilia Romagna (2013)

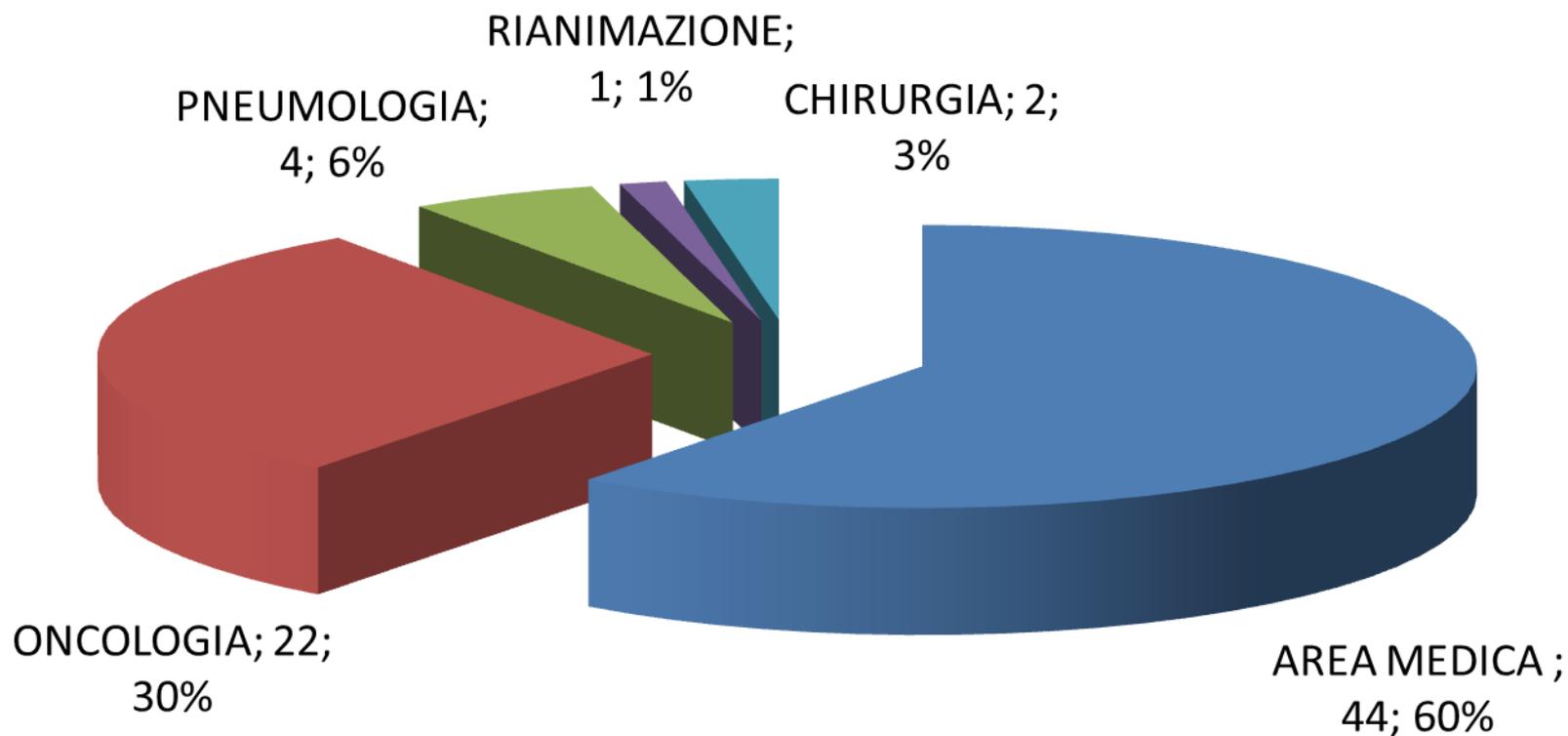


Fonte: Modello Ministeriale: STS11 - Tipo Assistenza: S12 - Assistenza ai malati terminali



Attività dal settembre 2017 a marzo 2018 in AOU – martedì mattina

PROVENIENZA RICHIESTE



INTERVENTI nel POLICLINICO S.ORSOLA

STATO d'AVANZAMENTO del progetto al 30 marzo 2018

9 febbraio 2017 :

INCONTRO con le le Direzioni Generali e Direzioni Sanitarie dell'AUSL di Bologna e dell'AOU Policlinico S.Orsola-Malpighi - presenti Danila Valenti, Responsabile della Rete delle Cure Palliative e Maria Luisa De Luca, Responsabile del Dipartimento di Cure Primarie

23 giugno 2017 :

INCONTRO con Direzioni Sanitarie dell'AUSL di Bologna e dell'AOU Ospedale Policlinico S.Orsola - presenti Danila Valenti e Fabrizio Moggia , Responsabili Medico e DATER della Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di Bologna con i **Direttori di UO di AOU (Medicina Interna ,Geriatría Oncologia ,Ematologia e ai Coordinatori Infermieristici dell'AOU Policlinico S.Orsola-Malpighi)**.Primo confronto e Presentazione del Progetto

29 agosto 2017 :

Inizio delle attività consulenziali presso l'AOU Policlinico S.Orsola-Malpighi, nella mattinata di

MARTEDI' per la valutazione multidisciplinare e multiprofessionale di cure palliative, sentito in precedenza il MMG di riferimento (che talora ha anche partecipato personalmente alla consulenza) con la partecipazione delle Fondazioni Hospice Seràgnoli ed ANT, sempre con la componente medico ed infermieristica della nostra AUSL come team leader

31 ottobre 2017

Inizio del percorso formativo in Cure Palliative nel pomeriggio di MARTEDI' (medico Responsabile:Dottressa Taglioni) del personale medico ed infermieristico delle aree mediche e geriatriche del Policlinico Sant'Orsola con l'organizzazione e la docenza del personale medico ed infermieristico della nostra AUSL oltre alla partecipazione delle Fondazioni Hospice Seràgnoli ed ANT. Sono state organizzate e svolte due edizioni da 12 ore totali, in 3 giorni, rivolte a 25 professionisti individuati dalla direzione del Policlinico che saranno i facilitatori della rete di cure palliative, come il modello applicato all'interno dell'AUSL di Bologna - Incontri Preliminari al S.Orsola per l'organizzazione del Corso: 27 settembre 2017 e 17 ottobre 2017

CORSO di FORMAZIONE:

1° EDIZIONE: 31 ottobre ; 7 novembre e 21 novembre 2017

2° EDIZIONE: 28 novembre 2017 ; 5 dicembre 2017 e 19 dicembre 2017



STATO d'AVANZAMENTO del progetto al 31 gennaio 2018

29 agosto 2017 :

Inizio delle **attività consulenziali presso l'AOU Policlinico S.Orsola-Malpighi, nella giornata di MARTEDI'** per la valutazione multidisciplinare e multiprofessionale di cure palliative, sentito in precedenza il MMG di riferimento (che talora ha anche partecipato personalmente alla consulenza) con la partecipazione delle Fondazioni Hospice Seràgnoli ed ANT, sempre con la componente medico ed infermieristica della nostra AUSL come team leader

CONSULENZE al 31 dicembre 2017: Sono stati valutati un totale di 40 Pazienti presi in carico provenienti prevalentemente dalle aree mediche ed oncologiche come da figura di seguito riportata.

In tutti i casi era stato organizzato con i familiari di riferimento un colloquio al quale partecipavano tutti i professionisti coinvolti

L'attività consisteva in :

contatto il giorno precedente alla consulenza con l'MMG di riferimento

contatto il giorno precedente con la famiglia per organizzare l'incontro

colloquio con la persona malata

colloquio con la famiglia

valutazione multidisciplinare e multiprofessionale di cure palliative relativamente al setting assistenziale più appropriato al momento

valutazione multidisciplinare e multiprofessionale di cure palliative relativamente al percorso successivo

consulenza al letto del malato relativamente agli aspetti clinici per la valutazione e il trattamento dei sintomi disturbanti

organizzazione per il trasferimento nel setting assistenziale valutato appropriato e possibile

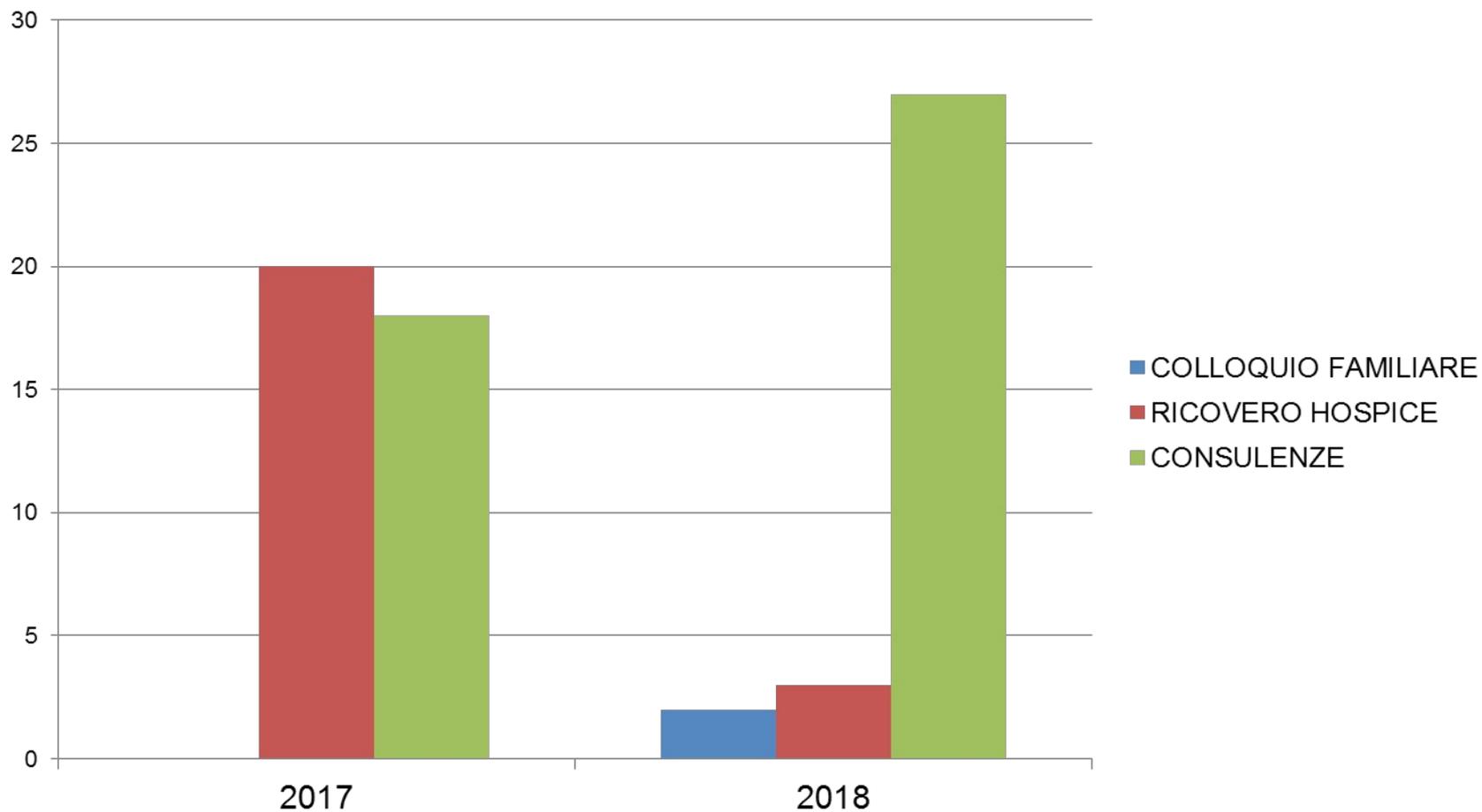
allineamento delle informazioni fra tutti gli i professionisti coinvolti

presa in carico da parte dei diversi professionisti della Rete Cure Palliative

aggiornamento periodico dell'avanzamento del percorso a tutti gli i professionisti coinvolti



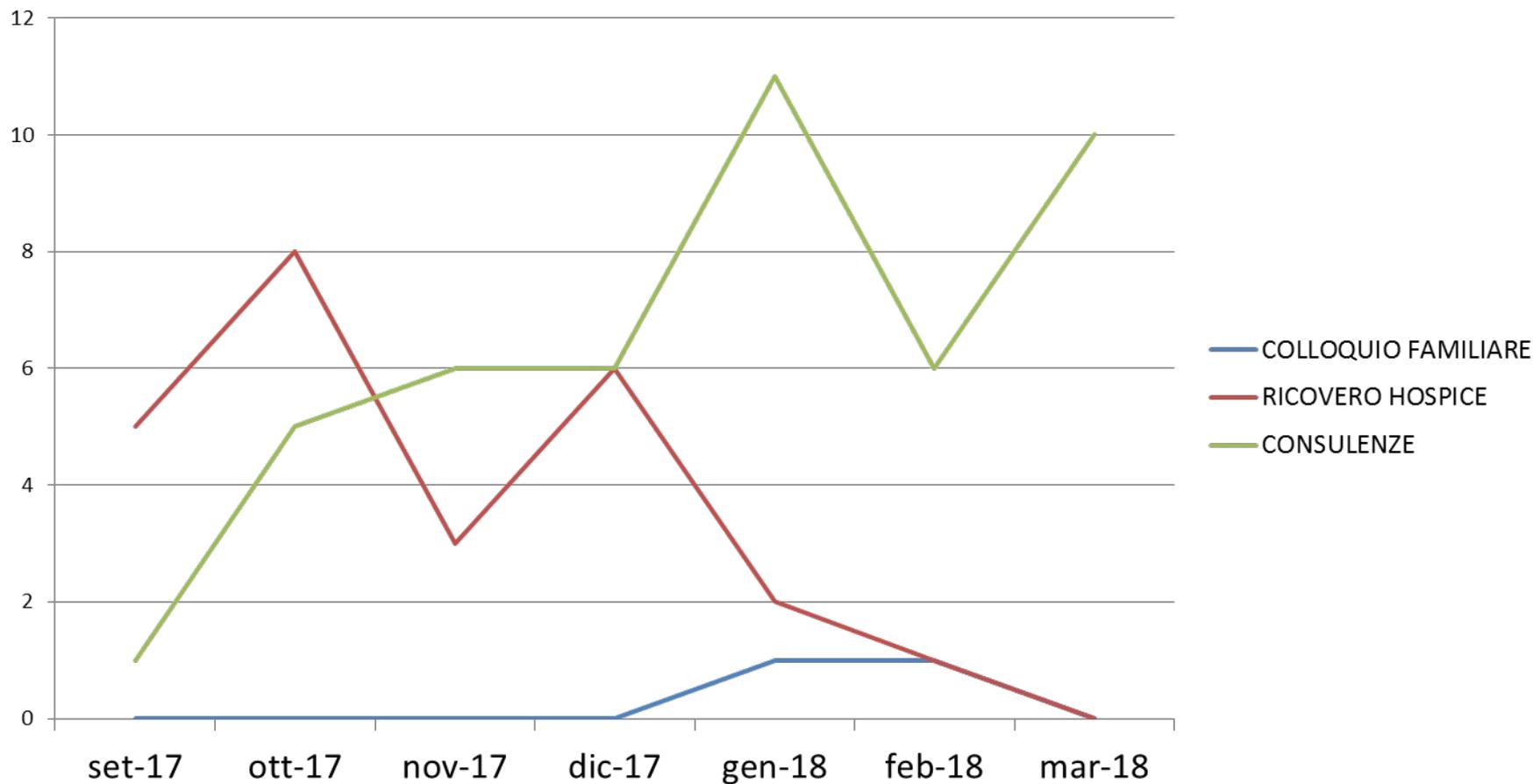
Attività dal settembre 2017 a marzo 2018 in AOU – martedì mattina





Attività dal settembre 2017 a marzo 2018 in AOU – martedì mattina

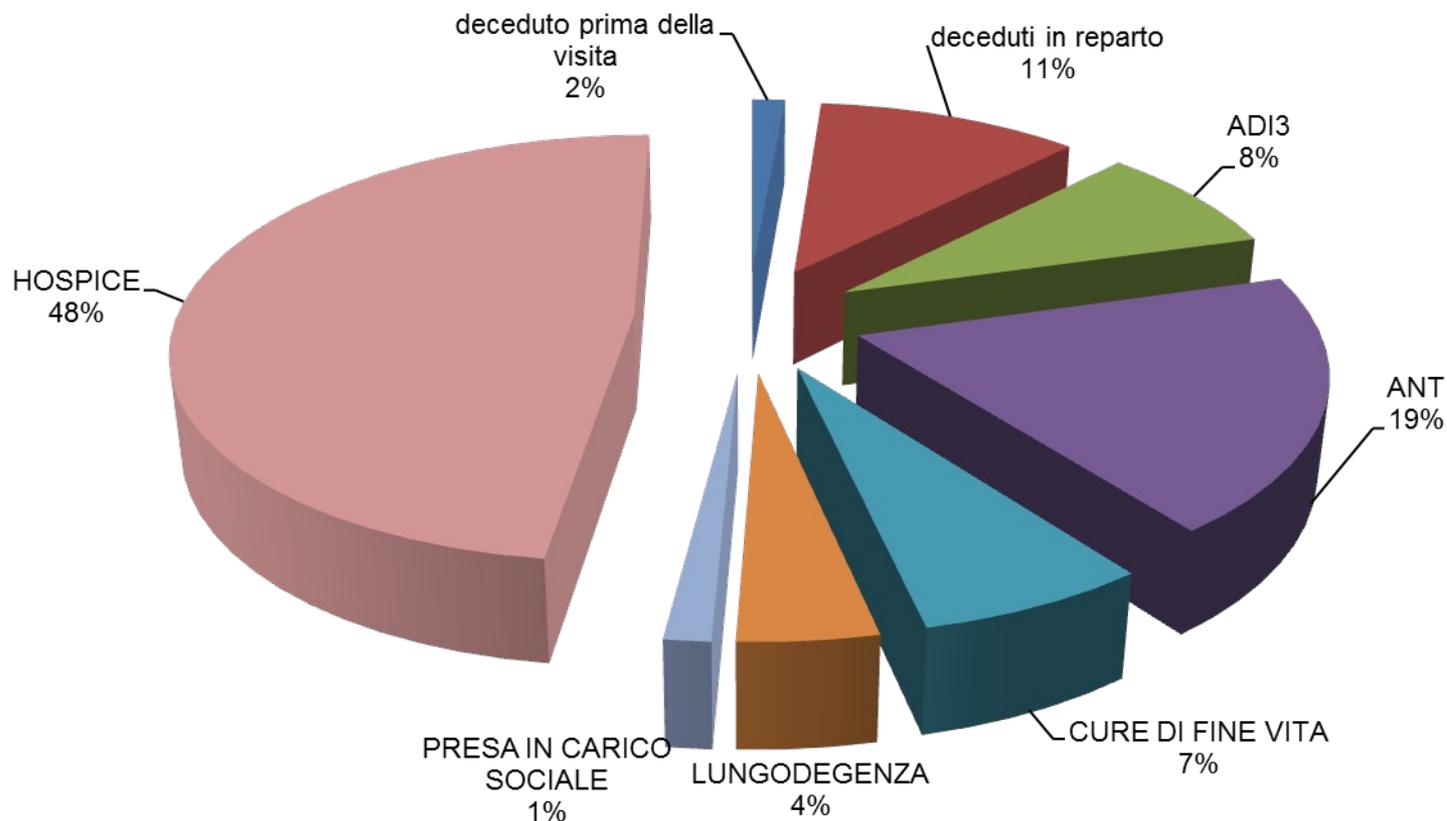
EVOLUZIONE TIPOLOGIE DI RICHIESTE





Attività dal settembre 2017 a marzo 2018 in AOU – martedì mattina

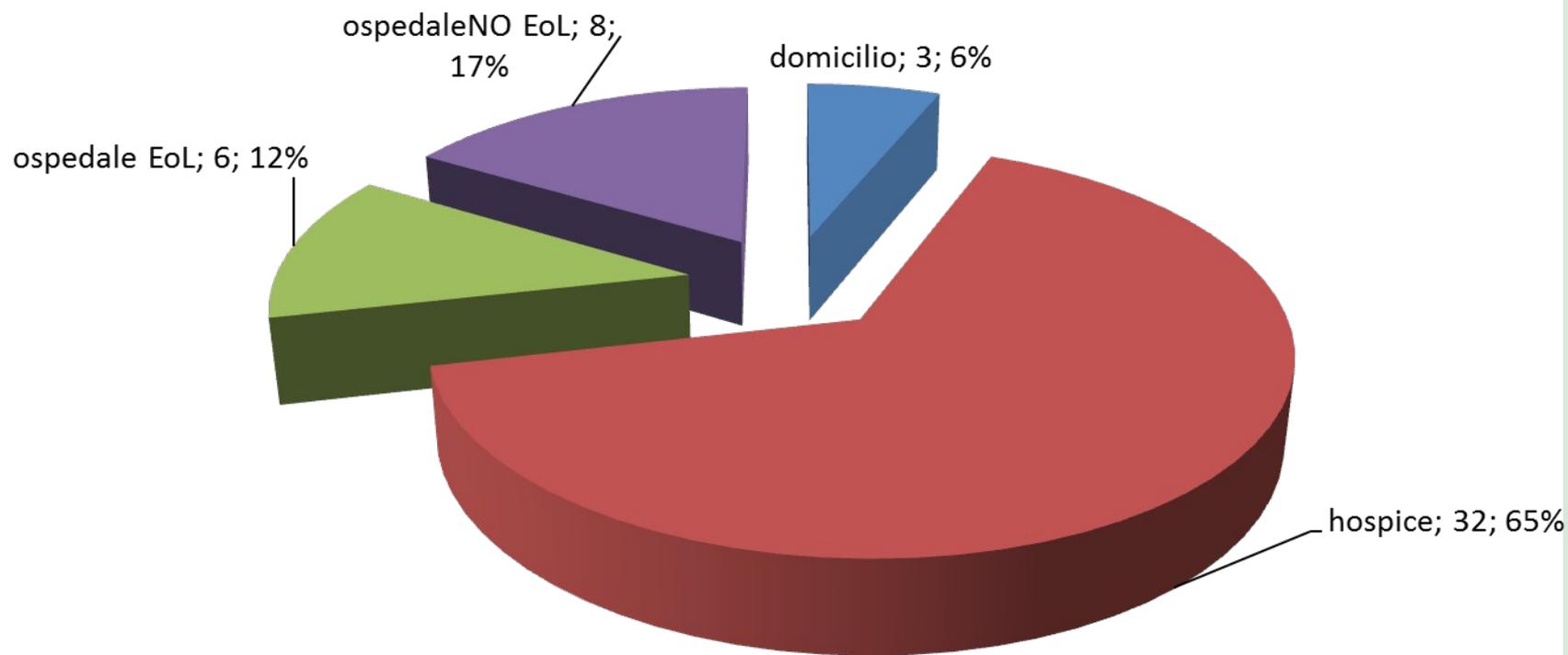
ESITO CONSULENZA





Attività del settembre 2017 in AOU – martedì mattina

Luogo del decesso





Il Progetto di Riorganizzazione della Rete delle Cure Palliative

In linea con le normative nazionali e regionali

LEGGE 15 marzo 2010, n. 38

INTESA STATO-REGIONI del 25 LUGLIO 2012

DGR 560/2015 del 18 maggio 2015

DGR 1770/2016 Requisiti specifici per l'accreditamento Rete locale Cure Palliative del 31 ottobre 2016

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE delle CURE PALLIATIVE AUSL di BOLOGNA – PREMESSE 1

MORTALITA' Anno 2015

MORTALITA' per **PATOLOGIA ONCOLOGICA** : **2996** pazienti

MORTALITA' per **PATOLOGIA NON ONCOLOGICA** :

- **RESPIRATORIA** : **982** pazienti

di cui :

-**BROCOPNEUMOPATIE** : **451** pazienti (**J 42, J43, J44**)

-**FIBROSI** : **47** pazienti (**J84**)

-**CIRCOLATORIA** : **3.685** pazienti *

-**INSUFFICIENZA RENALE CRONICA** : **100** pazienti (**N18 e N19**)

-**DEMENZA** : **446** pazienti

-**NEUROLOGICA** : **374** pazienti

di cui :

-**SLA** : **20** pazienti**

-**SCLEROSI MULTIPLA** : **13** pazienti

-**Altra NEUROLOGICA** : **221** pazienti

-**Morbo di Parkinson**: **111** pazienti

-**Malattia di Alzheimer** : **110** pazienti

(Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna)

* i sottogruppi di mortalità presi a riferimento saranno definiti nell'ambito dei PDTA di Patologia NON Oncologica

** dato fornito dal PDTA SLA – dato NON consolidato

DATI da VPPI dei PDTA aziendali - Anno 2015

BPCO >= 35 anni: **1912** pazienti

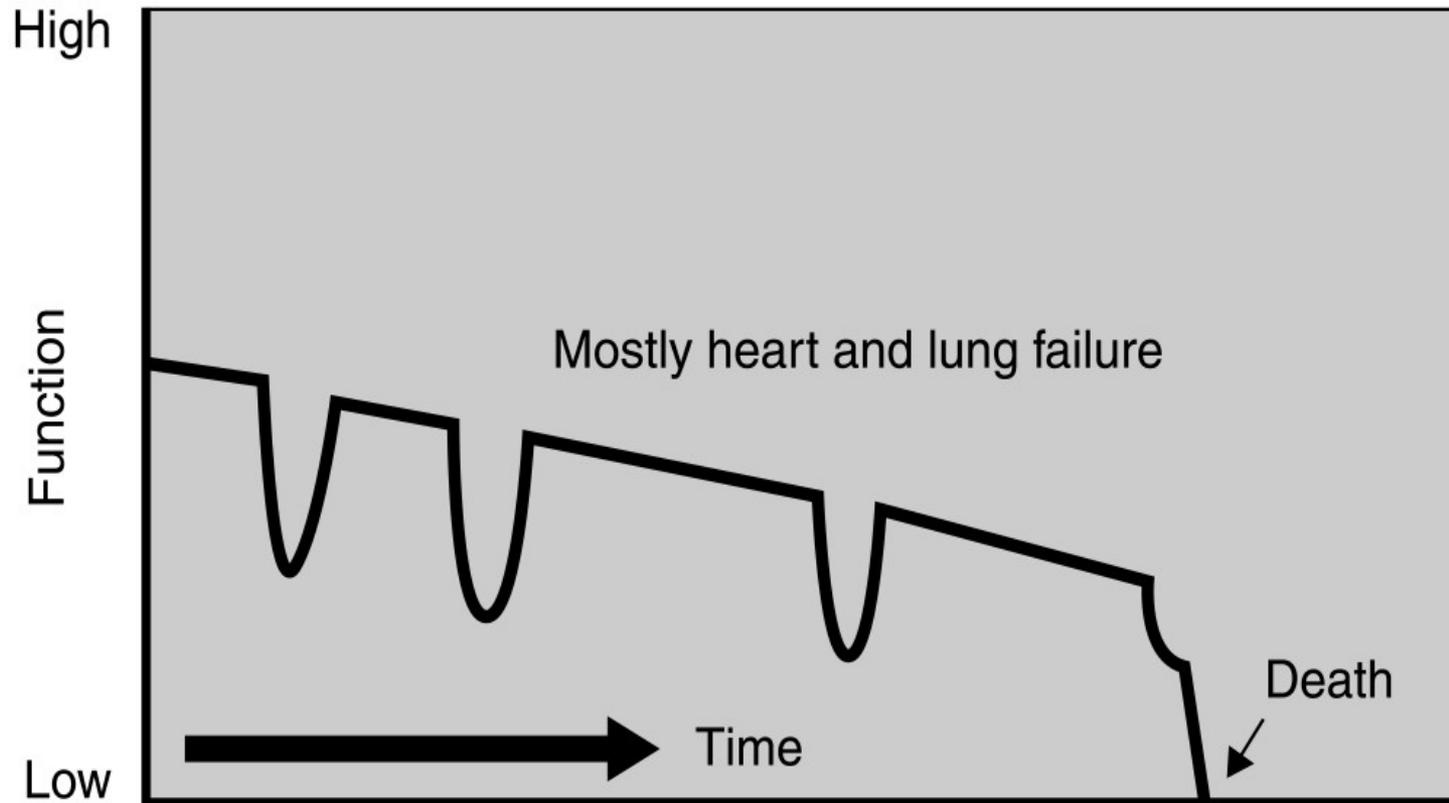
SCOMPENSO >= 18 anni: **2893** pazienti

POST-IMA **1495** pazienti

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE delle CURE PALLIATIVE AUSL di BOLOGNA – PREMESSE 1



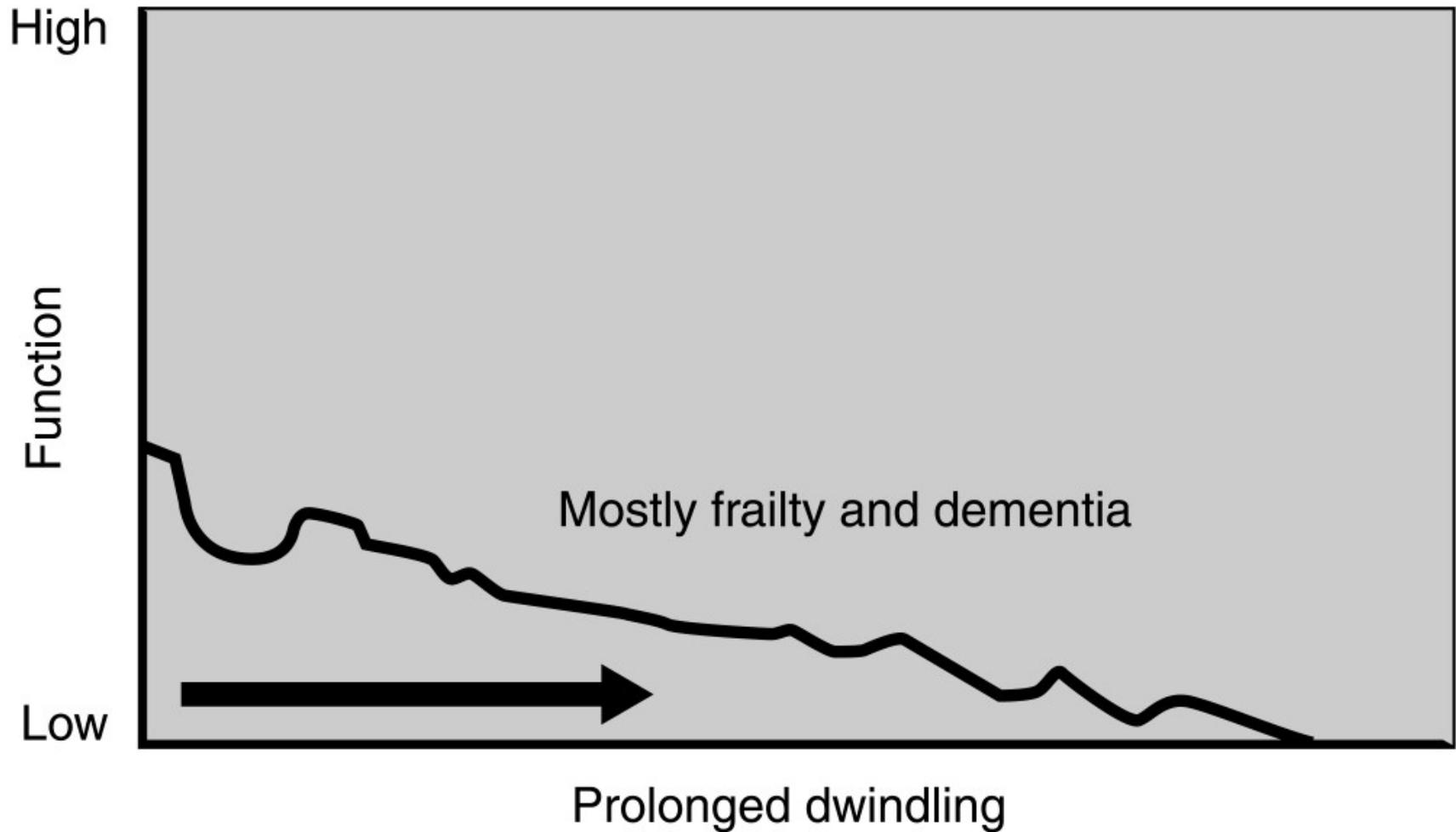
Le traiettorie di malattia



Long-term limitations with intermittent serious episodes



Le traiettorie di malattia



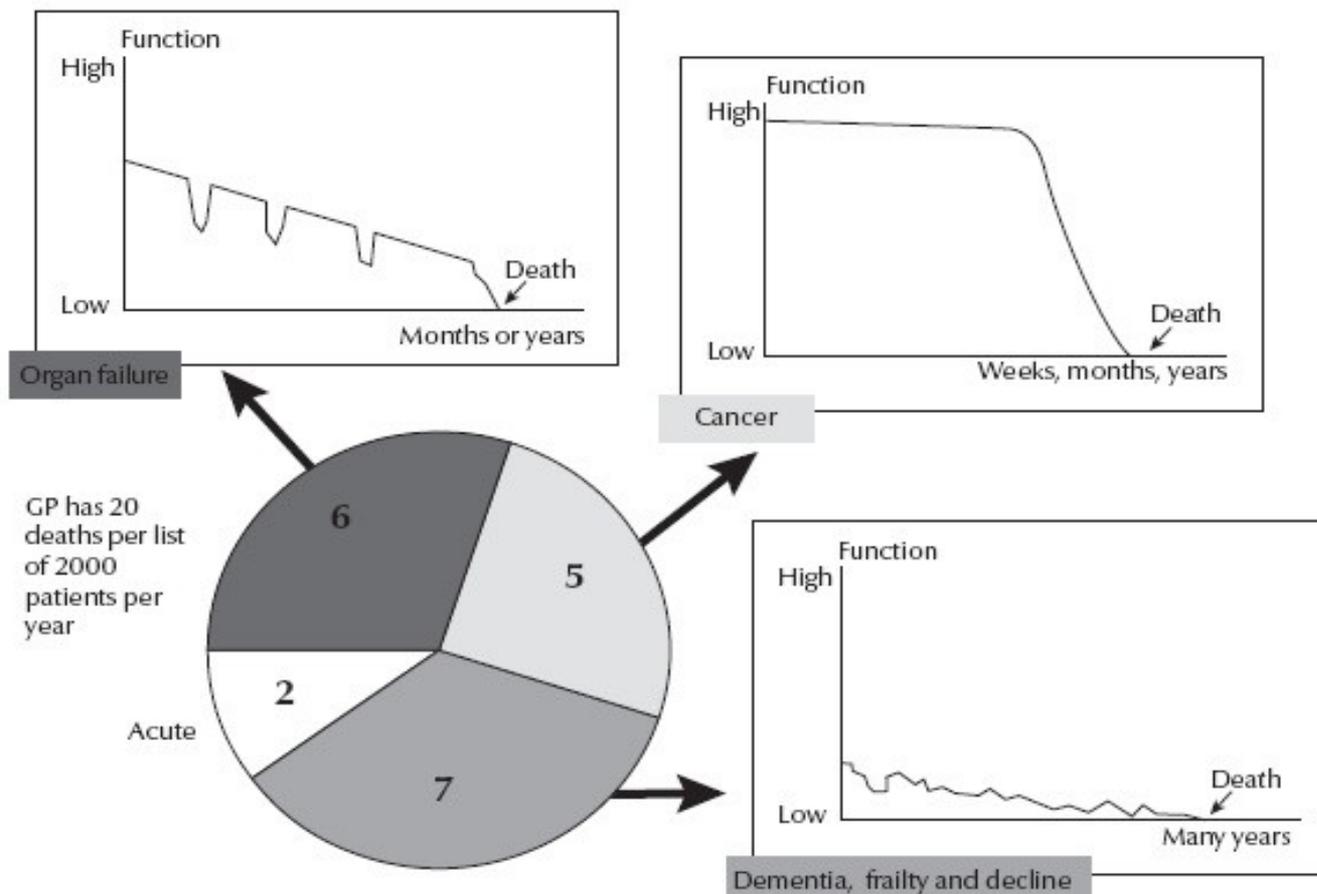


Figure 1 Causes of death in the United Kingdom and trajectories of function of chronic illnesses. Source: [8]

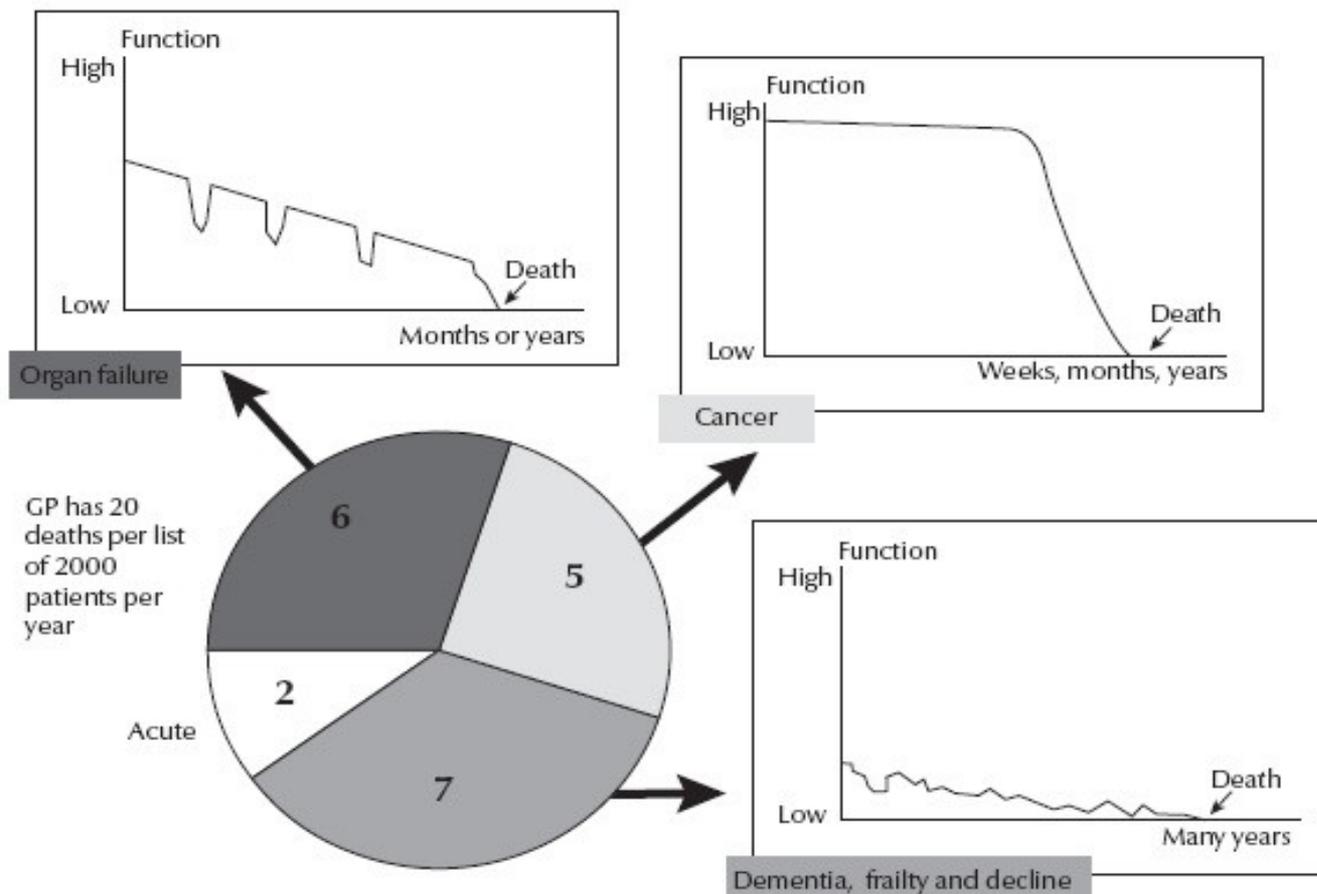


Figure 1 Causes of death in the United Kingdom and trajectories of function of chronic illnesses. Source: [8]



RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE delle CURE PALLIATIVE AUSL di BOLOGNA –

TRAJETTORIE di MALATTIA

La CENTRALE DI COORDINAMENTO della RETE delle CURE PALLIATIVE EFFETTUA :

- a) l'attività di Coordinamento di tutti i nodi della RCP
 - b) l'attività di Valutazione Primaria Multiprofessionale con l'MMG
 - c) l'attività di autorizzazione dei ricoveri in hospice
 - d) l'attività di valutazione e attivazione della presa in carico domiciliare di cure palliative di base e specialistica (da normativa)
- l'attività di formazione
 - AUDIT
 - raccolta dati per i Flussi informativi



RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE delle CURE PALLIATIVE AUSL di BOLOGNA –

15 EQUIPE DI MMG + 3 FIGURE PROFESSIONALI DEDICATE, **MISTE (pubblico/privato non profit)**

Le equipe multidisciplinari saranno ciascuna dedicata ad un bacino di utenza di 60.000 abitanti,
come da modello riorganizzativo territoriale Aziendale.

EQUIPE MULTIPROFESSIONALI e MULTIDISCIPLINARI miste pubblico/privato non profit, composte da :

Il Medico di Medicina Generale del Paziente segnalato (sempre contattato appena arriva la richiesta)

- 1 medico palliativista dedicato alle Cure Palliative**
- 1 Infermiere dedicato alle Cure Palliative**
- 1 psicologo dedicato alle Cure Palliative**



RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE delle CURE PALLIATIVE AUSL di BOLOGNA –

15 EQUIPE DI MMG + 3 FIGURE PROFESSIONALI DEDICATE , MISTE (pubblico/privato non profit)

Il giorno precedente la consulenza la Centrale Operativa contatta l'MMG per comunicare la richiesta di consulenza, per condividere la situazione familiare e per condividere la strategia assistenziale.

I professionisti dedicati, sulla base dei turni di disponibilità, appartengono a

- Rete Cure Palliative AUSL (SEMPRE TEAM LEADER , qualunque sia la professionalità coinvolta, medico, infermiere o psicologo)**
- Fondazione Hospice Seràgnoli**
- Fondazione ANT (o Associazione AIL per i Pazienti ematologici)**

Attualmente attive solo per le consulenze al AOU S.Orsola-Malpighi per evitare l'automatismo dell'orientamento dell'AOU.

-Le 15 equipe agiranno sul nodo ospedaliero, sul nodo ambulatoriale e sul nodo domiciliare della Rete



RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE delle CURE PALLIATIVE AUSL di BOLOGNA –

ANALISI DEL CONTESTO LOCALE

Dei **3094** Pazienti residenti () deceduti per patologia oncologica nel **2016** :
Complessivamente **2105** sono assistiti con **Presa in carico domiciliare (con un'ADI attivata) e/o in Hospice (anche senza ADI attivata) : (70,2%)** indicatore Ministeriale **Indicatore Ministeriale DM 43/2007 Numero 1** (fonte SISEPS SALUTER RER).

Dei **pazienti oncologici deceduti, 2010 (67%)** erano in **carico all'Asistenza Domiciliare** (fonte SISEPS SALUTER RER Indicatore DM 43/2007 n°1)*e **1054 (35,1%)** **decade in Hospice** (fonte SISEPS SALUTER RER Indicatore DM 43/2007 n°1).

Dei **3094** **pazienti oncologici deceduti** , **1.059** **pazienti (il 34 % dei pazienti deceduti per patologia oncologica)** **decedono in istituto di cura pubblico o privato** (fonte SISEPS SALUTER RER).

Circa 1363 (42,7%) Pazienti Oncologici non sono assistiti da alcuna forma di presa in carico domiciliare (per motivazione che andrebbero adeguatamente esplorate - per esempio **Pazienti anziani che entrano in ospedale dove viene fatta diagnosi di neoplasia in fase avanzata e dove decedono**)

PREVALENZA : 2680 **pazienti con tumore in fase avanzata vengono assistiti al domicilio** , di cui **1673 dall'ANT (62,4%)** (fonte SISEPS SALUTER RER).

I NUOVI Pazienti 2017 ANT sono stati 759 .

Dei circa **3094** **Pazienti residenti e non residenti deceduti per patologia oncologica** nel **2016** :
1.007 (32,5%) sono assistiti con **ANT**,
764 (24,7 %) in una **TAD dell'AUSL**,
1.323 (42,7%) † **non sono seguiti in nessuna forma di TAD (Dati Danielli)**



RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE delle CURE PALLIATIVE AUSL di BOLOGNA

TABELLA 2

Pazienti residenti e non residenti deceduti per patologia oncologica nel **2016** e seguiti
nella AUSL di Bologna – TAD , Accessi al Ps e Ricoveri durante l'ultima TAD

Tipologia di Assistenza Domiciliare	Numero Pazienti	%	N ACCESSI PS durante Ultima TAD prima del decesso	Media Accessi PS/ N Deceduti	N RICOVERI durante Ultima TAD prima del decesso	di cui per Diag Princ V581 (Chemioterapia)	Media tutti Ricoveri/ N Deceduti
1 ANT	1.007 ↓	32,5%	262 ↑	0,3 ↑	883 ↑	110	0,9 ↑
2 ADI3	121 ↓	(764) ↓ 24,7%	33 ↓	0,3 ↓	92	6	0,8
3 ADI2	53 ↓		25 ↓	0,5 ↓	69	1	1,3
4 ADI1	13 ↓		6 ↓	0,5 =	12		0,9
5 ADP	134 ↓		149 ↑	1,1 ↑	288		2,1
6 ADR	42 ↑		50 ↑	1,2 ↓	53		1,3 ↓
7 INF continuativa	255 ↓		292 ↓	1,1 ↓	589	6	2,3 ↑
8 INF occasionale	146 ↑		70 ↓	0,5 ↓	202		1,4
9 Senza TAD	1.323 ↑		42,7% ↑	955 ↓ (ultimo anno)	0,7 (ua) ↓	2.421(ua)	88(ua)
TOTALE	3094	100%					



RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE delle CURE PALLIATIVE AUSL di BOLOGNA –

REPERIBILITA' 7/7 giorni - H24 (grossa criticità!)

Richiesta come obbligatoria per la Rete delle Cure Palliative dalla normativa.

SOLUZIONI POSSIBILI:

Organizzare una rete di CONSULENZA TELEFONICA/INTERVENTO 7/7 giorni - H24 in collaborazione con il DIPARTIMENTO di EMERGENZA.

CREARE 2 CIRCUITI DI REPERIBILITÀ : n. di cellulare UNICO da lasciare ai pazienti e familiari

1: CIRCUITO di REPERIBILITA' 1 :Reperibilità telefonica per i Pazienti in Cure Palliative Precoci Ambulatoriali : cellulare di riferimento

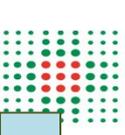
2: CIRCUITO di REPERIBILITA' 2 :Reperibilità telefonica per i Pazienti in Cure Palliative Domiciliari : cellulare di riferimento e 1 telefoni (il telefono dell'abitazione ed 1 cellulare) di riferimento della persona malata e del care giver vengono segnalati alla Centrale operativa del 118 come PAZIENTI in CURE PALLIATIVE.



RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE delle CURE PALLIATIVE AUSL di BOLOGNA –

DA FARE Con Policlinico S.Orsola:

- Definizione di ambulatori e punti incontro presso Policlinico S.Orsola Malpighi (SPAZIO UNICO RETE CURE PALLIATIVE E ASSOCIAZIONI NO PROFIT) e Permessi di parcheggio
- Altre 2 edizioni del Corso di Cure Palliative di Primo livello
- DEFINIZIONE del PDTA CURE PALLIATIVE NON ONCOLOGICI INTERAZIENDALE



INTERVENTI all'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI ?

Ad Oggi :
In via Eccezionale abbiamo fatto consulenze su casi difficili su richiesta della Direzione Sanitaria



I
N
T
E
R
V
E
N
T
I

I
N
T
E
R
V
E
N
T
I

P
R
O
G
E
T
T
O
M
M
G

P
R
O

D
A

F
A
R
E

INTERVENTI nei Distretti : secondo semestre 2018

i C H T

INTERVENTI nel POLICLINICO S.ORSOLA

S T li c O

PROGETTO MMG e CURE PALLIATIVE con INTERPARES

T T i c LI A U

CONCORSO per Medico di I livello per UO Rete delle Cure Palliative per l'acquisizione di : 1 Unità per 2017 e 2 Unità per il 2018

S e A O I 4

PROGETTO H/24

tr e 2 0 E R

DA FARE

1 8 R E S

**Una responsabilità e una maturità
non solo individuale
ma anche sociale**

La responsabilità della consapevolezza

GAZZETTA UFFICIALE



DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Martedì, 16 gennaio 2018

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

16-1-2018

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 12

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti



ARTICOLO 5

Art. 5.

(Pianificazione condivisa delle cure)

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

Persone con:

Malattie Croniche e Invalidanti

O

Malattie con Inarrestabile
Evoluzione con Prognosi
Infausta

Nell'ambito della RELAZIONE
Paziente – Medico può essere

Realizzata una **PIANIFICAZIONE
delle CURE CONDIVISA** ,
QUALORA il paziente venga a
trovarsi nella condizione di NON
potere esprimersi

SOSTENERE
UNA
SPERANZA

Calman's GAP



NON ALIMENTARE
UN ILLUSIONE