

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

**Beschluss
der Landesregierung****Deliberazione
della Giunta Provinciale**

Sitzung vom

Nr. 3727

13/10/2008

Seduta del

ANWESEND SINDLandeshauptmann
Landeshauptmannstellvertreter
LandeshauptmannstellvertreterLuis Durnwalder
Otto Saurer
Luigi Cignola**Landesräte**Francesco Comina
Werner Frick
Sabina Kasslatter Mur
Michael Laimer
Florian Mussner
Richard Theiner
Thomas Widmann**SONO PRESENTI**Presidente
Vice Presidente
Vice Presidente**Assessori****Abgeändert mit Beschiuß/modificata con delibera****Nr. 4329 / 17.11.2008**

Generalsekretär

Adolf Auckenthaler

Segretario Generale

Betreff:

Genehmigung des Konzeptes zur abgestuften Palliativbetreuung in Südtirol, des Konzeptes zur Führungsfinanzierung des Zentrums für Palliativcare Martinsbrunn in Meran.

Zweckbindung von € 950.000,00 zugunsten des Südtiroler Sanitätsbetriebes für die Bezahlung des Tagessatzes für die stationäre Betreuung, die vom Palliativzentrum „Martinsbrunn“ in Meran im Jahr 2008 erbracht wird und Widerruf des Beschlusses Nr. 4747 vom 28.12.2001

Oggetto:

Approvazione del progetto relativo alle cure palliative in Alto Adige basate su vari livelli assistenziali, del progetto per la gestione della struttura per le cure palliative presso la casa di cura Fonte S. Martino a Merano.

Impegno della spesa di € 950.000,00 a favore dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per il pagamento della retta giornaliera relativa all'assistenza in regime di ricovero erogata dal Centro per le cure palliative „Fonte S. Martino“ a Merano nell'anno 2008 e revoca della delibera nr. 4747 del 28.12.2001

Antrag eingereicht vom Assessorat


Gesundheitswesen
- alla Sanità

Proposta inoltrata dall'Assessorato

Abteilung / Amt Nr.

23.2

Ripartizione / Ufficio n.

nach Einsichtnahme in den Landesgesundheitsplan 2000-2002;

nach Einsichtnahme in das Dekret des Gesundheitsministers vom 28. September, 1999, welches in jeder Region bzw. Autonomen Provinz die Realisierung eines Palliativzentrums und des Netzwerkes zur Palliativen Versorgung vorsieht;

nach Einsichtnahme in den Art. 39 bis des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7 betreffend die „Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes“, der die Finanzierung für die Realisierung von Einrichtungen für die Palliativmedizin vorsieht;

nach Einsichtnahme in den Beschluss vom 28. Dezember 2001, Nr. 4747, mit dem das Projekt zur Realisierung einer Struktur für Palliativ-Care bei der Privatklinik Martinsbrunn und eines Betreuungsnetzes für Terminalpatienten in der Provinz Bozen genehmigt wurde;

als notwendig erachtet, das mit Beschluss Nr. 4747 vom 28.12.2001 genehmigte Projekt zu ergänzen und abzuändern, um den durch die Errichtung des Sanitätsbetriebes Südtirol entstandenen Bedürfnissen bestens entgegenzukommen (Anlage A);

festgestellt, dass der Beschluss Nr. 4747 vom 28.12.2001 unter anderem auch die Führung des Zentrums für Palliativcare Martinsbrunn in Meran regelte, und dass mit dem Widerruf dieses Beschlusses die von dem oben genannten Zentrum geleistete Tätigkeit nicht mehr geregelt wird;

als notwendig erachtet, die Führung des Zentrums für Palliativcare Martinsbrunn in Meran weiter zu regeln (Anlage B);

als angemessen erachtet, die finanziellen Beziehungen gemäß den geltenden Modalitäten für die Dienste von Oberbetrieblichem Interesse zu regeln;

als notwendig erachtet, dass das Land dem Südtiroler Sanitätsbetrieb den allumfassenden Tagessatz für die stationäre Betreuung, die vom Palliativzentrum „Martinsbrunn“ in Meran im Jahr 2008 erbracht wird, rückerstattet;

visto il Piano Sanitario Provinciale 2000-2002;

visto il decreto del Ministero della Sanità del 28 settembre 1999, che prevede la realizzazione in ogni Regione/Provincia Autonoma di almeno un centro residenziale per le cure palliative e della rete assistenziale ai malati terminali;

visto l'art. 39 bis della L.P. 5 marzo 2001, n. 7 "Riordinamento del Servizio Sanitario Provinciale", che prevede finanziamenti per la realizzazione di strutture dedicate all'assistenza palliativa;

vista la delibera n. 4747 del 28 dicembre 2001 con cui si approva il progetto per la realizzazione di una struttura per le cure palliative presso la casa di cura Fonte S. Martino e della rete di assistenza ai malati terminali nella Provincia di Bolzano;

ritenuto necessario modificare ed integrare il progetto approvato con delibera n. 4747 del 28.12.2001 al fine di soddisfare al meglio le esigenze che si sono create con la realizzazione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (Allegato A);

considerato che con la revoca della delibera n. 4747 del 28.12.2001, che tra l'altro disciplinava la gestione del reparto per le cure palliative presso la casa di cura Fonte S. Martino a Merano, non viene più regolamentata l'attività che tale centro svolge;

ritenuto necessario continuare a regolamentare l'attività svolta nel centro per le cure palliative presso la casa di cura Fonte S. Martino (Allegato B);

considerato opportuno regolare i rapporti finanziari secondo le modalità in vigore per i servizi di interesse interaziendale;

ritenuto necessario che la Provincia rimborsi all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige la retta giornaliera relativa all'assistenza erogata in regime di ricovero dal Centro per le cure Palliative „Fonte S. Martino“ a Merano nell'anno 2008;

Der Generalsekretär der L.P. / Segretario Generale della G.P.
- Dr. Anna Auerknechtner -

nach Einsichtnahme in dem Beschluss Nr. 1022 vom 26. März 2007, mit welchem „die Landeskommision für die klinische Neuordnung und Entwicklung des Südtiroler Gesundheitswesens“ als fachliches und wissenschaftliches Beratungsorgan der Landesregierung für die Umsetzung der klinischen Neuordnung und die Förderung der klinischen Entwicklung im Gesundheitswesen der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol errichtet worden ist;

nach Einsichtnahme in das positive Gutachten der „Landeskommision für die klinische Neuordnung und Entwicklung des Südtiroler Gesundheitswesens“ in der Sitzung vom 09. Mai 2008 zur Umsetzung des Konzeptes zur abgestuften Palliativbetreuung in Südtirol;

als notwendig erachtet, die Führung des Zentrums für Palliativcare Martinsbrunn in Meran in diesem Sinne weiter zu regeln (Anlage B);

festgestellt, dass die Struktur aufgrund der entsprechenden Autorisierungs- und Akkreditierungsmaßnahmen 12 Betten plus 3 day-hospice Betten zur Verfügung hat;

als sinnvoll erachtet, dass das Land dem Südtiroler Sanitätsbetrieb die Kosten für die Führung des Palliativzentrums „Martinsbrunn“ in Meran für die stationäre Betreuung über die Verrechnung eines eigens festgelegten Tagsatzes rückerstattet;

als notwendig erachtet, den Tagessatz für die von der Struktur erbrachten Leistungen in diesem Sinne neu festzulegen, indem man sich auf die von der Struktur gelieferten Kostendaten für das Jahr 2007 stützt und damit eine Projektion für die Jahre 2008-09 erstellt;

festgestellt, dass aufgrund der Erfahrungswerte vorerst von einer Auslastung der 12 Betten des Palliativzentrums Martinsbrunn in Höhe von 78-80% ausgegangen wird, was einer Jahresproduktion von 3460 Aufenthaltstagen entspricht;

festgestellt, dass sich die Struktur verpflichtet, die dafür erforderlichen Ressourcen für die oben angeführten Zielgrößen zur Verfügung zu stellen;

vista la delibera n. 1022 del 26 marzo 2007 con cui è stata istituita la "commissione provinciale per il riordino e lo sviluppo clinico del servizio sanitario provinciale" quale organo di consulenza specialistica e scientifica della Giunta Provinciale per la realizzazione del riordino clinico e la promozione dello sviluppo clinico nell'ambito del servizio sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige;

visto il parere favorevole espresso dalla "commissione provinciale per il riordino e lo sviluppo clinico del servizio sanitario provinciale" nella seduta del 09 maggio 2008 per la realizzazione del progetto relativo alle cure palliative in Alto Adige, basate su diversi livelli assistenziali;

ritenuto necessario continuare a regolamentare in quest'ottica l'attività svolta nel centro per le cure palliative presso la casa di cura Fonte S. Martino (Allegato B);

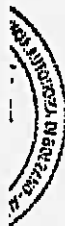
Considerato che, la struttura sulla base dei relativi provvedimenti di accreditamento ed autorizzativi ha a disposizione 12 posti letto e 3 posti letto per day-hospice;

ritenuto opportuno che la Provincia rimborsi all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige i costi per la gestione del Centro per le cure Palliative „Fonte S. Martino“ a Merano per l'assistenza in regime di degenza stabilendo a tal fine una retta giornaliera;

ritenuto opportuno in quest'ottica rideterminare la retta giornaliera per le prestazioni erogate dalla struttura, la cui determinazione trae fondamento dai dati del bilancio 2007 forniti dalla struttura stessa, i quali pertanto rappresentano una proiezione per gli anni 2008-09;

considerato che, sulla base dell'esperienza fino ad ora maturata i 12 posti letto, attivati presso la casa di cura Fonte S. Martino, avranno presumibilmente un tasso di occupazione 78-80%, che corrisponde ad una produzione annua di 3460 giornate di degenza;

considerato che la struttura si è impegnata a mettere interamente a disposizione le risorse necessarie per poter soddisfare le esigenze degli ospiti dell'intero centro per le cure palliative;



festgestellt, dass die vorgesehene Bettenaufstockung und die erwartete Bettenauslastung einen effizienteren Ressourceneinsatz ermöglichen, sodass der bisher angewandte Tagsatz erheblich reduziert werden kann, nachdem die Kosten bei Erreichung der oben angeführten Zielgrößen mit durchschnittlich 335,00 Euro pro Belegungstag festgelegt worden sind.;

weilers festgestellt, dass aus der durchgeführten Kostenanalyse hervorgeht, dass sich der Anteil der fixen Kosten bei einer Auslastung von 90% (vorwiegend das Personal betreffend) auf rund 70% beläuft, was zu einer gewissen Rigidität der Kostenstruktur führt;

festgehalten, dass die effektive Bettenbelegung unvorhergesehene Schwankungen erfahren kann, die nicht von der Struktur abhängig sind und dass Fixkosten trotzdem in unverändertem Ausmaße anfallen, sodass es sinnvoll erscheint, den oben angeführten Durchschnittstarif so zu staffeln, dass er die Kosten auch bei einer Auslastung von 70% abdeckt;

festgestellt, dass bei einer anhaltenden Unterschreitung dieses Richtwertes (Auslastung von 70%) die Zielwerte (Bettenanzahl, programmierter Auslastungsgrad usw) in Absprache mit dem Gesundheitsassessorat und dem Sanitätsbetrieb neu festzulegen sind;

festgestellt, dass auf dem Kapitel 10105.15 des Haushaltsvoranschlags für das Jahr 2008 eine Verfügbarkeit von 950.000,00 Euro gegeben ist;

in Erachtung, den bisher geltenden Tagsatz für das Jahr 2008 bis zum 31. August 2008 beizubehalten, für die Zeitspanne ab 1. September 2008 eine Vergütung in Form eines allumfassenden fixen Tagsatzes in Höhe von 335,00 festzulegen, und die Tarifgestaltung für das Jahr 2009 neu zu gestalten;

nach Einsichtnahme in beiliegendes Projekt für Martinsbrunn, das integrierenden Bestandteil dieses Beschlusses bildet;

dies alles vorausgeschickt und nach Anhören des Berichterstatters wird von der Landesregierung einstimmig und in gesetzlicher Form

considerato che, l'aumento dei posti letto del centro Fonte S. Martino ed il presunto tasso di occupazione dei posti letto rendono possibile un più efficiente impiego delle risorse, la retta giornaliera finora applicata può essere considerevolmente ridotta ed in caso di raggiungimento dei sopracitati obiettivi può essere mediamente determinata in Euro 335,00;

considerato inoltre che, da una analisi dei costi effettuata è emerso che la quota dei costi fissi in caso di una occupazione dei posti letto del 90% (per lo più costi del personale) si aggira intorno al 70%, cosa che porta ad una certa rigidità della struttura;

considerato che, l'effettiva occupazione dei letti è soggetta ad imprevedibili oscillazioni che non dipendono dalla struttura e che i costi fissi vengono comunque sostenuti in misura fissa, appare pertanto ragionevole graduare la sopracitata tariffa in modo tale che copra i costi anche in caso di una occupazione del 70%;

considerato che, in caso di un costante tasso di occupazione inferiore al tasso stabilito del 70% dovranno essere nuovamente stabiliti gli obiettivi (posti letto, tasso di occupazione programmato ecc.) in accordo con l'assessorato alla sanità e l'azienda sanitaria;

constatato che, sul capitolo 10105.15 del bilancio provinciale del 2008 sussiste una disponibilità di Euro 950.000,00;

tenendo presente che retta giornaliera applicata fino ad oggi deve essere mantenuta in vigore fino al 31 agosto 2008, e che a partire dal 1 settembre 2008 dovrà essere stabilito un rimborso sotto forma di una retta giornaliera fissa onnicomprensiva di €. 335,00 e che nel 2009 si dovrà nuovamente modulare la tariffa;

visto l'allegato progetto che forma parte integrante della presente delibera;

tutto ciò premesso e sentito il Relatore, la Giunta provinciale, a voti unanimi espressi nei modi di legge

PROVINCIA AUTONOMA
DI BOZEN SÜDTIROL

beschlossen:

1. das beiliegende Projekt zur abgestuften Palliativbetreuung in Südtirol (Anlage A) zu genehmigen, wobei dieses Projekt integrierender Bestandteil dieses Beschlusses bildet;
2. das beiliegende Projekt zur Führung des Zentrums für Palliativcare Martinsbrunn in Meran (Anlage B) zu genehmigen, wobei dieses Projekt integrierender Bestandteil dieses Beschlusses bildet;
3. für den Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis 31. August 2008 wird der mit Beschluss der L.reg. Nr. 3874 vom 4. November 2003 festgelegte Tagessatz von 410,00 Euro pro Einlieferungstag für die 8 konventionierten Betten beibehalten;
4. für die Zeitspanne vom 1. September 2008 bis zum 31. Dezember 2008 wird ein allumfassender Tagessatz von 335,00 Euro verrechnet;
5. mit 1. Januar 2009 wird die Verrechnung der Kosten auf der Grundlage einer geplanten durchschnittlichen Produktion von 3460 Aufenthaltstagen ein durchschnittlicher Tagessatz von 335,00 Euro angewandt der jedoch – abhängig von der tatsächlichen Produktion folgendermaßen gestaffelt wird:
 - a) Bis zur Bereitstellung von 3066 Tagen, entsprechend einer Auslastung von 70% wird zwecks Gewährleistung der Betriebsbereitschaft ein Tagsatz von 370,00 € angewandt;
 - b) Die darüber hinausgehende Produktion an Aufenthaltstagen wird bis zu einem maximalen Limit von 4380 Tagen mit einem Tagsatz von 300,00 € verrechnet;
6. die Verwaltung des Palliativzentrums „Martinsbrunn“ ist dazu verpflichtet, in jedem Falle die Ressourcen für eine diesem Projekt entsprechende Betriebsbereitschaft einzusetzen, auch für den Fall, dass die Auslastung den Schwellenwert von 70% nicht erreicht;

delibera:

1. di approvare il progetto relativo alle cure palliative in Alto Adige, basate su diversi livelli assistenziali (allegato A), fermo restando che tale progetto forma parte integrante della presente delibera;
2. di approvare il progetto relativo alla gestione della struttura per le cure palliative presso la casa di cura fonte S. Martino a Merano (Allegato B), fermo restando che tale progetto forma parte integrante della presente delibera;
3. di mantenere per gli 8 posti letto convenzionati, per il periodo 1 gennaio 2008 – 31 agosto 2008, la retta giornaliera pari a €. 410,00 approvata con delibera della Giunta Provinciale n. 3874 del 4 novembre 2003,
4. di applicare per il periodo dal 1 settembre 2008 al 31 dicembre 2008 una retta giornaliera onnicomprensiva di €. 335,00;
5. di applicare, a partire dal 1 gennaio 2009, per la copertura dei costi relativi ad una produzione media di 3460 giornate di degenza, una tariffa media di €. 335,00 che verrà però modulata in base alla effettiva produzione nel seguente modo:
 - a) fino ad una occupazione di 3066 giorni, che corrispondono ad un tasso di occupazione del 70% dei posti letto verrà applicata una retta giornaliera di €. 370,00;
 - b) tutte le giornate di degenza eccedenti vengono remunerate con una retta giornaliera di €. 300,00 fino al limite massimo di 4380 giorni;
6. l'amministrazione del Centro per le cure palliative Fonte S. Martino è obbligata in ogni caso ad impiegare le risorse previste dal progetto e necessarie per le finalità aziendali, anche nel caso in cui il tasso di occupazione non raggiunga la soglia del 70%;

7. sich die Möglichkeit vorzubehalten, im Falle einer kontinuierlichen Unterschreitung der Bettenauslastung von 70%, die zur Verfügung gestellte Anzahl von 12 Betten sowie andere Richtwerte wie jenem des Auslastungsgrades nach Rücksprache mit den Verantwortlichen der Struktur Martinsbrunn und dem Südtiroler Sanitätsbetrieb zu reduzieren, bzw. neu festzulegen;
 8. sich das Recht vorzubehalten, den vorliegenden Beschluss auch gänzlich abzuändern, falls sich die Kosten der Einrichtung so stark verändern sollten, dass der festgelegte Tarif nicht mehr als angemessen erscheint oder falls die Mindestanforderungen für Bewilligung und Akkreditierung, die im Gutachten der beratenden Landeskommission für Akkreditierung vom 16. März 2007 vorgeschrieben sind, nicht eingehalten werden;
 9. dem Südtiroler Sanitätsbetrieb einen Betrag von € 950.000,00 für die Rückerstattung des allumfassenden Tagessatzes für die stationäre Betreuung, die vom Palliativzentrum „Martinsbrunn“ in Meran im Jahr 2008 erbracht wird, zuzuweisen;
 10. die Ausgaben von € 950.000,00 auf Kapitel 10105.15 des Haushaltsvoranschlags für das Jahr 2008 zweckzubinden;
 11. der Betrag von € 950.000,00 bei Vorlage der geeigneten Unterlagen auszuzahlen;
 12. eine erste Überprüfung der Planungs- bzw. Zielwerte wird spätestens innerhalb 30. Juni 2009 vorgenommen;
 13. den Beschluss Nr. 4747 vom 28. Dezember 2001 zu widerrufen.
7. di riservarsi la possibilità, in caso di costante occupazione dei posti letto al di sotto del 70%, di ridurre o di rideterminare il numero dei 12 posti letto messi a disposizione, così come altri parametri come quello del tasso di occupazione sentiti i responsabili della struttura Fonte S. Martino e dell'azienda sanitaria dell'Alto Adige;
 8. di riservarsi la possibilità di modificare il presente provvedimento in tutte le sue parti sia nel caso di variazioni consistenti nei costi della struttura che rendano inadeguata la tariffa stabilita sia nel caso in cui non vengano osservate le prescrizioni minime per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO indicate nel parere della Commissione provinciale consultiva per l'accREDITAMENTO del 16 marzo 2007 entro i termini stabiliti;
 9. di assegnare all'Azienda sanitaria dell'Alto Adige un importo di € 950.000,00 per il pagamento della retta giornaliera relativa all'assistenza erogata in regime di ricovero dal Centro per le cure Palliative „Fonte S. Martino“ a Merano nell'anno 2008;
 10. di impegnare la spesa di € 950.000,00 sul capitolo 10105.15 del bilancio provinciale 2008;
 11. di procedere alla liquidazione dell'importo di € 950.000,00 dietro presentazione di idonea documentazione.
 12. di procedere con una prima verifica della pianificazione o del raggiungimento degli obiettivi entro il 30 giugno 2009;
 13. di revocare la delibera n. 4747 del 28 dicembre 2001.

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

ALLEGATO A

Progetto relativo all'assistenza palliativa in Alto Adige

Introduzione

Sono ormai anni che in Alto Adige persone, gruppi, organizzazioni e servizi pubblici nella sanità e nel sociale si occupano di assistere persone gravemente ammalate o che sono nello stadio finale della loro vita. Molte sono state le singole iniziative, ma ciò che è sempre mancato è un progetto globale che prevedesse la creazione di una rete efficiente.

I tempi sono maturi e richiedono la progettazione di una assistenza palliativa provinciale, che integri e potenzi i servizi e le iniziative esistenti, affinché i pazienti altoatesini vengano assistiti nel miglior modo possibile: a domicilio, ambulatorialmente, in day hospice o in regime di ricovero, ma comunque sempre con un tipo di assistenza integrata e con vari livelli di assistenza.

Al centro di questo progetto che prevede un tipo di assistenza integrata deve essere posta la persona affetta da malattia incurabile nello stadio finale della sua vita e le sue esigenze. Il concetto è stato elaborato da un punto di vista biologico, psicologico, sociale e spirituale con particolare riguardo alle condizioni di vita particolarmente gravi dei pazienti e dei loro familiari e le loro esigenze.

Obiettivo principale della rete di assistenza palliativa è il coinvolgimento di tutte le professionalità per il benessere del paziente, al fine di:

- controllare in maniera efficace il dolore
- curare i sintomi della malattia
- favorire il più possibile la permanenza a casa o in casa di riposo;
- garantire il ricovero, se necessario;
- offrire ai parenti assistenza ed aiuto
- garantire una reperibilità 24 ore su 24.

In considerazione del sistema sanitario locale (primariati, assistenza infermieristica territoriale, distretti intesi come unità operative) si andrà ad offrire una rete assistenziale, basata sul medico di medicina generale e sul servizio infermieristico territoriale, con l'obiettivo di garantire principalmente un tipo di assistenza domiciliare.

Dovranno però comunque essere creati posti letto in tutti i comprensori sanitari che avrà tra l'altro anche la funzione di assistere e consigliare gli operatori sul territorio.

Questo progetto tiene conto delle condizioni geografiche del territorio.

Definizione

La medicina palliativa ha come obiettivo il miglioramento della qualità di vita del paziente e dei suoi familiari, i quali sono costretti a confrontarsi con tutti i problemi legati ad una malattia a prognosi infausta. Essa si basa sulla prevenzione e sulla cura del dolore attraverso una diagnosi tempestiva, cure adeguate per eliminare il dolore e attraverso l'eliminazione di tutti quei disagi fisici, psicologici e spirituali collegati all'avanzare della malattia.

(dalla definizione dell'OMS 2002)

- 2 -

Situazione attuale:

L'assistenza rivolta alle persone gravemente malate e ai pazienti in fase terminale ha subito negli ultimi anni notevoli cambiamenti.

Le persone vivono più a lungo, la tipologia di assistenza è diventata più intensiva, i parenti non sono più in grado come un tempo di prestare un'assistenza così impegnativa e sempre più pressante sono le domande di tipo etico e giuridico.

Il sistema sanitario ha esitato di fronte a queste nuove sfide, cosicché attualmente l'assistenza palliativa può essere ritenuta soddisfacente solamente in alcuni comprensori, negli altri invece è necessario apportare dei miglioramenti.

In questo momento esistono posti letto specificamente dedicati all'assistenza palliativa solamente nella casa di cura privata Fonte S. Martino a Merano (12 posti letto accreditati anche se solamente 8 posti letto sono convenzionati) e nel reparto di Geriatria (G3) a Bolzano, che ha attivato altri 12 posti letto. In tutti gli altri comprensori i posti letto per pazienti palliativi si trovano all'interno dei reparti dei singoli ospedali.

Anche le modalità di assistenza distrettuale sono strutturate ed organizzate in maniera diversa e dimostrano chiaramente come sia diversa la situazione in città e la situazione nel resto del territorio provinciale. L'assistenza palliativa inoltre in questo momento è rivolta principalmente ai pazienti affetti da tumore.

Obiettivi

1. Assistenza palliativa su tutto il territorio provinciale basata su vari livelli e rivolta a tutte le persone gravemente malate o che si trovano nella fase terminale della loro vita con particolare riguardo alle loro specifiche esigenze e necessità sia in ambito domiciliare, ambulatoriale che in regime di ricovero;
2. assistenza medica, infermieristica, psicologica, sociale e spirituale in base alle attuali conoscenze scientifiche e nel rispetto e nel mantenimento degli standard qualitativi previsti;
3. assistenza palliativa rivolta non solo ai pazienti affetti da tumore ma anche a tutti i pazienti che soffrono di malattie neuromuscolari, respiratorie, degenerative e geriatriche;
4. organizzazione e coordinamento a livello comprensoriale dell'assistenza palliativa in vista della creazione di un dipartimento aziendale;
5. elaborazione delle modalità assistenziali e relativa introduzione nei prossimi 3 anni (entro il 2010)

Progetto

Una adeguata assistenza palliativa avviene mediante la creazione di un sistema basato su diversi livelli assistenziali. L'assistenza in Hospice e l'assistenza palliativa devono essere organizzate in tutti i settori e in tutti i livelli del sistema sanitario (in ambito acuto e per lungodegenti, in regime di degenza e ambulatoriale ecc.) Questo significa che deve essere anche implementata anche la relativa offerta, tra cui: reparti per cure palliative, Day Hospice, ambulatori, team mobili, servizi di consulenza palliativa, assistenza domiciliare, hospice, hospice diurni.

Per l'Alto Adige si prevede un progetto assistenziale incentrato sull'assistenza medica ed infermieristica territoriale e rivolta principalmente al domicilio del paziente. Entrambe queste categorie professionali formano insieme a medici specialisti, assistenti, psicologi, assistenti spirituali, volontari un team di cure palliative che si dedicherà al paziente e ai suoi familiari. Ogni comprensorio sanitario avrà a disposizione un suo team di cure palliative.

Direzione Generale dell'U.L. - Il Segretario Generale della G.F.
- Dr. Adolf Auerhammer

Assistenza domiciliare

Più del 70% dei pazienti desidera trascorrere l'ultimo periodo della sua vita e morire a casa. Il medico di medicina generale, che per lo più segue da anni il paziente, deve rimanere anche in questo momento la persona di riferimento. Ed è proprio lui che, insieme all'infermiera del territorio ed ai parenti, rappresenta il team assistenziale principale.

Questo compito non è nuovo per il medico e per l'infermiera del distretto, anche se però i cambiamenti nella società (rapporto con la malattia e la morte), gli sviluppi della medicina (p.es. pazienti ventilati assistiti a domicilio), le crescenti esigenze connesse all'aumento dell'aspettativa di vita nonché le nuove questioni etiche e giuridiche pongono gli operatori di fronte a nuove sfide.

- 3 -

Le premesse (in parte già attuate) affinché questa forma di assistenza domiciliare possa funzionare sono:

- diffusione di una cultura palliativa tra i medici di medicina generale, medici specialisti, medici ospedalieri e infermieri
- potenziamento della formazione e dell'aggiornamento degli operatori nell'ambito delle cure palliative
- elaborazione di accordi quadro per ciascuna professionalità (adeguamento dei contratti, reperibilità ecc.)
- Precisa descrizione delle mansioni del medico di medicina generale in ambito palliativo, definizione in ambito contrattuale degli standard e degli obiettivi da raggiungere;
- assistenza tramite il team palliativo ai parenti che si occupano della cura della persona malata, dove peraltro il servizio psicologico riveste un ruolo fondamentale.
- Continuità assistenziale a tutti i livelli (chiari passaggi delle consegne, informazione e comunicazione, assistenza con ausili e medicinali), parola chiave: "creazione di una rete assistenziale"
- Assistenza agli operatori (supervisione tramite gli psicologi)

Il lavoro dei medici e degli infermieri dovrà essere supportato da un servizio di consulenza specialistica, dai volontari e dai altri servizi.

Reparto cure palliative

Il reparto cure palliative è un reparto di un ospedale o associato ad un ospedale (medicina interna, geriatria ecc.), il quale verrà gestito ed organizzato sulla base delle modalità previste le unità dedicate alle cure palliative. Questo reparto è specializzato nella cura, assistenza ed accompagnamento dei pazienti palliativi e garantisce la sistemazione in regime di ricovero per la terapia del dolore, controllo dei sintomi e/o assistenza psicologica nonché stabilizzazione del paziente al fine di permettergli una tempestiva dimissione a casa o in un centro di degenza. Nel reparto cure palliative opererà un team multiprofessionale composto da medici qualificati, infermieri, assistenti sociali e spirituali, psicologi e volontari).

Nel reparto per le cure palliative le priorità dei pazienti mutano al mutare delle sue esigenze mediche, infermieristiche, psico-sociali spirituali ed è per questo motivo che la comunicazione e la collaborazione assumono particolare importanza. Il reparto cure palliative deve essere strettamente integrato con i centri medici, i reparti ospedalieri, i medici di medicina generale, i team mobili, gli hospice e tutte le strutture che operano con queste finalità. L'obiettivo è quello di lenire i sintomi e se possibile stabilizzare il paziente affinché possa essere al più presto dimesso. Per poter svolgere al meglio la loro funzione le strutture palliative dovranno essere adattate anche da un punto di vista strutturale (interventi architettonici, arredamento, logistica).

La sistemazione in regime di ricovero per la terapia del dolore, il controllo dei sintomi, e/o l'assistenza psicologica o la stabilizzazione del paziente per arrivare ad una sua rapida dimissione protetta dovrà essere garantita su tutto il territorio locale, mediante la creazione di posti letto. Il numero dei posti letto per ciascun comprensorio sarà determinato tenendo conto delle indicazioni nazionali ed internazionali (0,5-0,7 posti letto ogni 10.000 abitanti) mentre i requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi per l'accreditamento sono quelli determinati dalla Società Italiana di Cure Palliative (S.I.C.P.) e dalla Federazione Cure Palliative (F.C.P.) (vedasi anche il D.P.C.M. del 20 gennaio 2000).

Un reparto cure palliative potrà funzionare nel migliore dei modi solamente se alle sue spalle è stata creata una efficiente assistenza territoriale.

Day Hospice:

una adeguata assistenza palliativa deve essere progettata prevedendo, per il comfort del paziente e nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse, tutta una serie di prestazioni da erogare in regime di day hospital.

Il Day-Hospice, l'ambulatorio palliativo e il servizio di consulenza palliativa dovranno essere organizzati anche sul territorio. In questo contesto il day hospital o l'ambulatorio assumeranno i compiti del day hospice.

- 4 -

Ambulatorio palliativo

In ogni ospedale dovranno essere creati ambulatori palliativi, i quali offriranno prestazioni nella forma più adeguata.

Servizio di consulenza:

Ogni comprensorio sanitario (ospedale e territorio) dovrà garantire un servizio di consulenza interdisciplinare adeguato alle necessità del momento e sarà identico al team che assiste i pazienti ricoverati.

Si rivolge principalmente al personale medico ed infermieristico dei reparti, degli ambulatori e dei distretti ma anche ai pazienti ed ai loro familiari.

In casi particolari il servizio di consulenza potrà essere fungere come sostegno del team mobile territoriale. Ciò dovrà avvenire in accordo con il medico di medicina generale ed il personale infermieristico dei distretti. Questi teams devono essere organizzati in maniera flessibile, servono per le consulenze e rivestono un ruolo di indirizzo.

Un servizio molto importante che deve essere garantito è la consulenza telefonica attiva 24 ore su 24 (Hotline, reperibilità telefonica) attraverso l'attivazione di un numero verde e gestito da personale medico ed infermieristico.

Creazione di una rete assistenziale:

Il medico di medicina generale ed il personale infermieristico del distretto assumono un ruolo fondamentale nel garantire al paziente una sistemazione assistenziale adeguata che può essere la dimissione al domicilio o in casa di riposo piuttosto che il ricovero in un reparto di cure palliative o in Hospice. Questa attività in molte altre realtà è svolta da un servizio specifico, anche se qui in Alto Adige può essere efficacemente svolta dal medico di medicina generale e dal servizio infermieristico distrettuale.

Premesse per una continuità assistenziale efficiente sono i colloqui interdisciplinari ed una documentazione standardizzata e completa.

Parte integrante della rete saranno anche i gestori di servizi privati e le case di riposo, anche se le modalità di cooperazione devono essere ancora dettagliatamente definite.

Il ruolo del volontariato:

Una assistenza completa e continuativa ad un paziente non si può basare esclusivamente sugli operatori professionali. Questo vale per tutti gli ambiti della sanità ma in particolare per l'assistenza palliativa.

L'assistenza di un paziente palliativo richiede, non solo alle famiglie, ma anche a tutti coloro che sono interessati al suo benessere un grande coinvolgimento e una massima disponibilità.

Ciò che in ambito medico viene visto come un compito specializzato, si riflette nella popolazione come un comportamento indispensabile e lodevole.

Il collegamento tra questi due elementi deve essere assolutamente sostenuto ed incentivato al fine di creare per il paziente una rete assistenziale compatta e solida.

Hospice:

L'Hospice è una struttura di degenza indipendente dall'ospedale, nella quale vengono ricoverati ed assistiti persone gravemente malate in fase terminale. Una persona che al termine della sua esistenza non può essere assistita a casa e non necessita più di un trattamento ospedaliero (o in un reparto per cure palliative), può essere ricoverata in un Hospice dove riceverà assistenza, aiuto, accompagnamento e cure adeguate.

Gli operatori dell'Hospice dispongono di conoscenze specifiche per assistere pazienti molto gravi o in fase terminale e vengono comunque supportati dal team per le cure palliative.

La permanenza in Hospice è prevista per accompagnare il paziente ed i familiari fino alla morte.

In caso di rapidi peggioramenti, che non sono collegati al decorso terminale del paziente, può essere necessario ricoverare la/il paziente in un reparto di cure palliative o che venga assistito in regime ambulatoriale.

Der Generalsekretär der L.R. - Il Segretario Generale della L.R.
- Dr. Adolf Anackerthaler

- 5 -

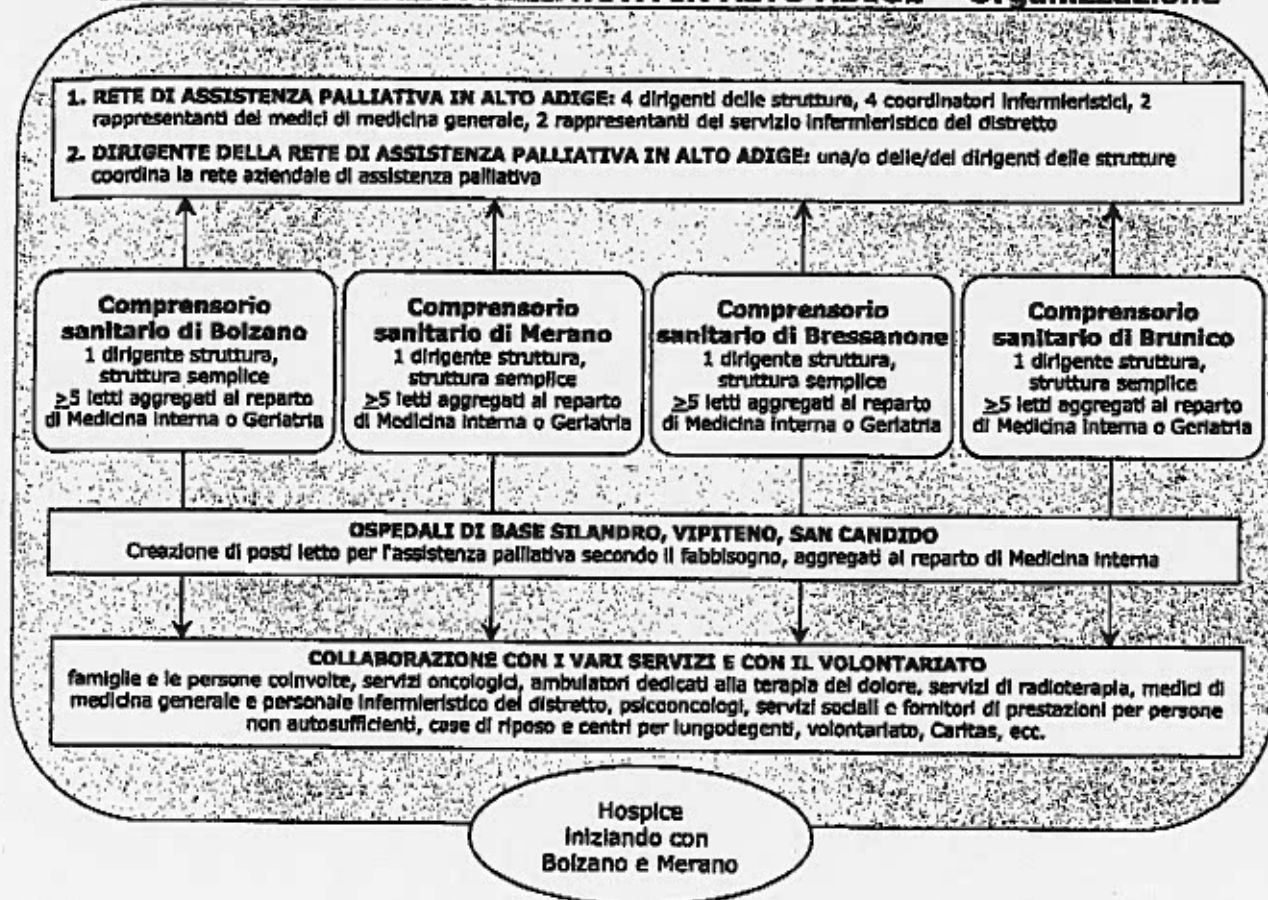
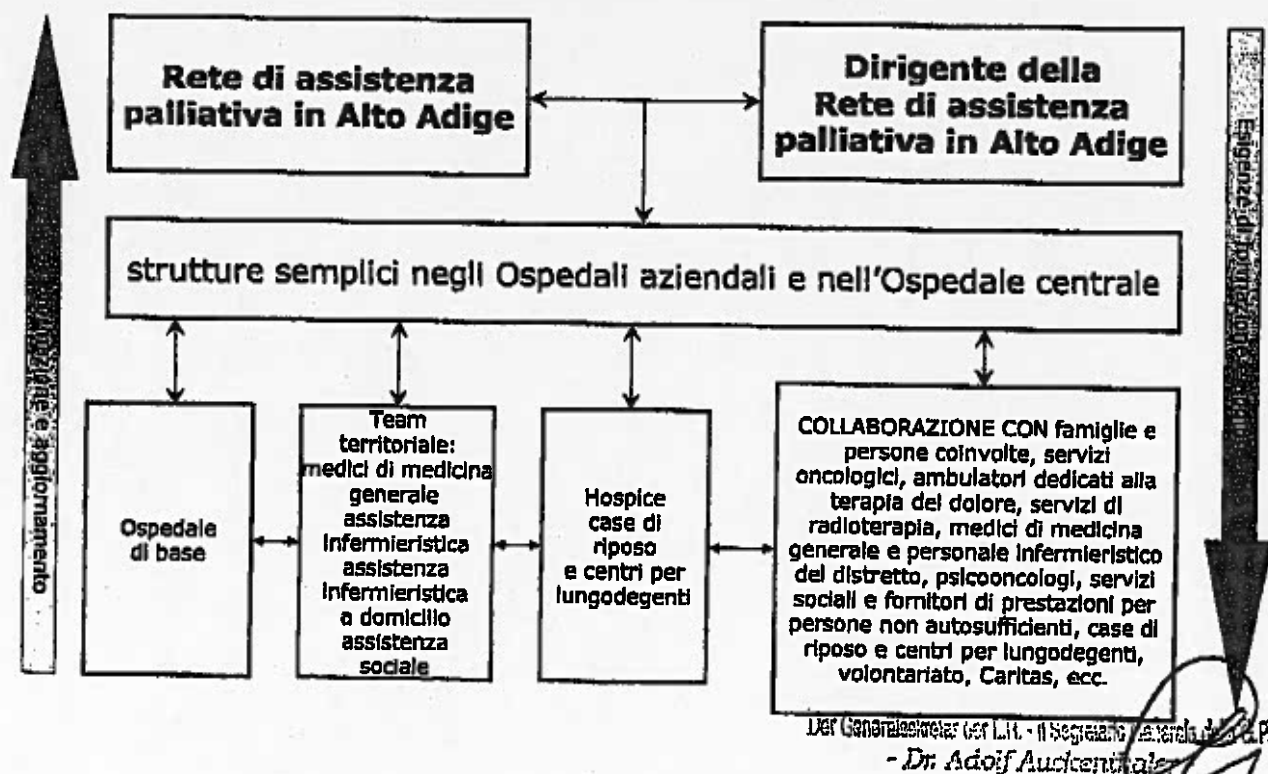
I quattro reparti provinciali per le cure palliative previsti non sono in grado di garantire l'assistenza necessaria a tutti quei pazienti che per vari motivi non possono essere assistiti a casa e per questo motivo si dovrà prevedere anche un Hospice aggiuntivo (vedasi D.P.C.M. 20/1/2000: Atto di indirizzo e coordinamento per i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per i centri residenziali di cure palliative (hospice) e Comitato Nazionale Cure Palliative, pubblicazione del ministero della salute Nr. 378, marzo 2003).

In previsione della realizzazione di un'assistenza palliativa basata su diversi livelli non si è ancora in grado di stimare il numero dei posti letto necessari in Hospice. In questo momento non si sa in che misura si riuscirà a coinvolgere i medici di medicina generale, in particolare quelli operanti nelle città di Bolzano e Merano, ed inoltre non si riesce a stimare il numero delle persone che verranno assistite nelle case di riposo e nei centri di degenza. Si tenga presente che anche enti privati ed organizzazioni dovranno essere coinvolte nella realizzazione di questo progetto.

Fasi realizzative del progetto:

- Creazione in Alto Adige di una rete assistenziale palliativa: entro il 2010 elaborazione di un progetto provinciale unitario che armonizzi tutte le prestazioni offerte, che definisca criteri qualitativi omogenei di ammissione e dimissione del paziente e programmi la formazione ed l'aggiornamento del personale (vedasi paragrafo specifico). La direzione della rete assistenziale palliativa verrà affidata ad uno/una dirigente delle quattro strutture.
- La rete assistenziale palliativa dell'azienda sanitaria sarà composta dai dirigenti delle strutture dei quattro comprensori, dai quattro coordinatori infermieristici e da due rappresentanti dei medici di medicina generale e del servizio infermieristico del distretto.
- Potenziamento e sviluppo della rete assistenziale palliativa: assistenza domiciliare e nelle case di riposo/centri di degenza tramite i medici di medicina generale, il servizio infermieristico territoriale ed il team delle cure palliative.
- Creazione di almeno cinque posti letto in tutti i comprensori sanitari sulla base delle indicazioni nazionali ed internazionali per l'erogazione di prestazioni in regime di ricovero. I posti letto verranno creati nei reparti ospedalieri principali, prioritariamente nei reparti di geriatria o medicina interna anche se avranno una propria struttura ed un proprio dirigente. L'obiettivo è quello quindi di creare al più presto posti letto palliative tenendo conto delle necessità dei singoli ospedali.
- Realizzazione in ciascun comprensorio del progetto di assistenza palliativa ambulatoriale e in regime di degenza (punto focale l'ospedale). Negli ospedali verrà creata una struttura semplice diretta da un responsabile medico ed infermieristico (entrambi con adeguata formazione in cure palliative).
- Individuazione del numero di posti letto in Hospice partendo dai Comprensori Sanitari di Bolzano e Merano.
- Definizione delle modalità di collaborazione tra i vari servizi ed il volontariato per ogni comprensorio
- Stretta collaborazione con le famiglie e le persone coinvolte.
- Stretta collaborazione con i servizi oncologici
- Stretta collaborazione con gli ambulatori dedicati alla terapia del dolore
- Stretta collaborazione con i servizi di radioterapia
- Stretta collaborazione con gli psicooncologi
- Stretta collaborazione con i medici di medicina generale ed il personale infermieristico del distretto
- Stretta collaborazione con i servizi sociali
- Stretta collaborazione con le case di riposo ed i centri per lungodegenti
- Stretta collaborazione ed integrazione del volontariato
- Garanzia di finanziamento
- Introduzione a livello provinciale del codice 60.02 e di un DRG per la medicina palliativa

- 6 -

RETE DI ASSISTENZA PALLIATIVA IN ALTO ADIGE - Organizzazione**RETE DI ASSISTENZA PALLIATIVA IN ALTO ADIGE, collaborazione funzionale**

- 7 -

Formazione e aggiornamento:

La formazione e l'aggiornamento in ambito di cure palliative è stabilita e realizzata in stretta collaborazione ed accordo tra l'azienda sanitaria e l'ufficio provinciale formazione personale sanitario.

Proposte ed argomenti in materia di formazione ed aggiornamento in ambito palliativo devono essere inviate alla direzione della rete di assistenza palliativa (rappresentanti 4 dirigenti delle strutture semplici, di cui un responsabile della rete assistenziale, quattro coordinatori infermieristici delle strutture semplici, due rappresentanti dei medici di medicina generale, due rappresentanti del servizio infermieristico distrettuale).

Questo gruppo viene integrato con rappresentanti dell'Ufficio Formazione del personale sanitario, delle Politiche sociali, del Servizio Hospice e/o del volontariato, i cui membri vengono scelti dall'Assessorato. La direzione del gruppo spetta al responsabile della rete provinciale per l'assistenza palliativa.

Si prevedono diversi livelli di istruzione:

1. corsi formativi di base;
2. aggiornamento aziendale
3. convegni;
4. stages e scambi culturali;
5. progetti di ricerca;

Nella programmazione della formazione e dell'aggiornamento verrà riposta particolare attenzione, alla collaborazione ed all'integrazione tra i gruppi professionali, alla collaborazione ed all'integrazione tra i servizi, con particolare attenzione ai servizi sociali e sanitari (obiettivo provinciale).

Il finanziamento della formazione e dell'aggiornamento, ad eccezione dell'aggiornamento aziendale, sarà gestito dall'Ufficio provinciale Formazione del personale sanitario.

Riassunto

In considerazione della attuale organizzazione dell'assistenza palliativa in Alto Adige è necessario creare nei prossimi anni una forma assistenziale basata su vari livelli di assistenza e che copra tutto il territorio provinciale. Ciò dovrà avvenire tenendo in considerazione la normativa vigente nei vari settori e nei vari ambiti del sistema sanitario (ambito acuto, lungodegenti, in regime di ricovero e ambulatoriale). A questo proposito dovranno essere organizzate ed implementate sia per i ricoveri che per le prestazioni adeguate forme assistenziali. Per poter assicurare un'assistenza capillare ed uniforme è necessario garantire un coordinamento a livello provinciale.

Letteratura:

D.P.C.M. 20/1/2000: Atto di indirizzo e coordinamento per i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per i centri residenziali di cure palliative (hospice).

Allegato 1 al D.P.C.M. del 20/1/2000 Modalità di integrazione dell'attività della rete di Cure Palliative

Decreto per le Cure Palliative, 19. Aprile 2001: Accordo tra il ministro della salute e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano

Deliberazione provinciale Nr. 4747 del 28.12.2001

Comitato Nazionale Cure Palliative, pubblicazione del ministero della salute Nr. 378, Marzo 2003

Piano sanitario provinciale 2003-2005

Studio della SUGAM 1999, „morire a casa”

- 8 -

Nemeth, Claudia; Rottenhofer, Ingrid: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich.
ÖBIG, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien 2004

Questo documento è stato elaborato dalla direzione sanitaria dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
e dalle seguenti persone:

Christine Haller	christine.haller@sb-brixen.it
Dr. Alfred Psaler	psaier.alfred@dnet.it
Dr. Andrea Gabis	andrea.gabis@martinsbrunn.it
Dr. Christian Wenter	christian.wenter@asbmeran-o.it
Dr. Cristina Ghedina	c.ghedina@provincia.bz.it
Dr. Davide Willeit	davide.willeit@sb-bruneck.it
Dr. Franz Ploner	franz.ploner@sb-brixen.it
Dr. Karl Lintner	karl.lintner@sb-brixen.it
Dr. Maria Hofer	maria.hofer@provinz.bz.it
Dr. Martin Kofler	koflerma202348@koflermartin.191.it
Dr. Massimo Bernardo	massimo.bernardo@asbz.it
Dr. Rainer Feichter	hospiz@caritas.bz.it
Dr. Susanne Pragal	susanne.pragal@asbmeran-o.it
Dr. Thomas Lanthaler	thomas.lanthaler@sb-brixen.it
Dr. Walther Clementi	walther.clementi@medilife.it
Dr. Wunibald Wallnöfer	wallnoefer.wuni@rolmail.net
Elfriede Delvai	elfriede.delvai@asbz.it
Elfriede Ploner	elfriede.ploner@sb-bruneck.it
Emanuela Pattis	emanuela.pattis@sb-brixen.it
Dr. Katrin Gapp	katrin.gapp@asbz.it
Gasser Monika	Monika.Gasser@se-ost.provinz.bz.it
Hedwig Federer	hedwig.federer@asbz.it
Monika Alber	monika.alber2@asbmeran-o.it
Dr. Astrid Reinstadler	Astrid.Reinstadler@asbmeran-o.it
Dr. Sabine Abram	sabine.abram@asbz.it
Dr. Marlies Baur	Marlies.Baur@sb-bruneck.it
Dr. Clara Astner	clara.astner@sb-brixen.it
Dr. Erwin Demichiel	Erwin.Demichiel@asbmeran-o.it
Dr. Hans Hofer	hans.hofer@sb-brixen.it
Dr. Andreas Huber	Andreas.Huber@se-ost.provinz.bz.it

Der Generaldirektor der L.A. - I. Abteilung Generaldirektor
- Dr. Adolf Auer

Planificazione e piano di finanziamento per i prossimi due anni:

Le assegnazioni finanziarie all'azienda sanitaria avvengono annualmente e la loro entità non è mai determinata a priori. E' molto difficile pertanto poter stabilire a priori ed in maniera esatta l'importo definitivo che verrà stanziato annualmente per la realizzazione del progetto relativo alle cure palliative. Si tratta comunque di un progetto che si articolerà gradualmente su più anni.

Il seguente prospetto evidenzia perciò le fasi prioritarie la cui realizzazione ed il cui finanziamento dovranno tener conto necessariamente delle risorse finanziarie disponibili che verranno messe a disposizione all'azienda sanitaria.

Il progetto relativo alle cure palliative ed il relativo progressivo finanziamento sono stati presentati ed approvati dal gruppo clinico per il riordino in data 09.05.2008.

Obiettivi per l'anno 2008 (strutturali e finanziari)

1. creazione negli ospedali periferici e nell'ospedale centrale (ove non presenti), di strutture semplici dedicate alla medicina palliativa con a capo un responsabile medico ed un responsabile infermieristico;
2. Nomina all'interno dell'azienda sanitaria di un Direttore dell'intera rete assistenziale palliativa, da scegliere tra i responsabili delle strutture semplici;
3. Nomina con delibera della Giunta provinciale dei membri della rete interaziendale palliativa (4 responsabili della struttura semplice, 4 coordinatori Infermieristici, 2 rappresentanti dei medici di medicina generale e due rappresentanti dell'assistenza Infermieristica territoriale);
4. Individuazione, in accordo con i membri e la direzione sanitaria ed infermieristica dell'azienda, delle priorità per la realizzazione del progetto da parte del responsabile della rete assistenziale palliativa
5. Elaborazione di un programma che preveda nell'assistenza palliativa domiciliare un forte coinvolgimento dei medici di medicina generale, lo sviluppo e la promozione di una cultura palliativa tra i medici di medicina generale, i medici specialisti, i medici ospedalieri ed il personale infermieristico ospedaliero, chiara individuazione dei compiti che il medico di medicina generale dovrà svolgere in ambito palliativo, definizione a livello contrattuale degli standard da raggiungere e delle attività da svolgere.
6. determinazione di accordi quadro per le singole categorie professionali (adeguamenti contrattuali, reperibilità, servizio di pronto intervento, servizi di consulenza per i medici di medicina generale, creazione di una rete assistenziale, assistenza con gli ausili necessari, cellulari di servizio ecc.);
7. Introduzione a livello provinciale del codice 60.02 e del DRG per la medicina palliativa;
8. programmazione della formazione ed dell'agglomeramento del personale;

In base all'entità della disponibilità finanziaria si potrà procedere con la realizzazione degli obiettivi programmati, tenendo presente che dovranno essere assegnati ed impegnati annualmente tra i 400.000,00 ed i 700.000,00 €.

Obiettivi per l'anno 2009 (strutturali e finanziari)

1. adattamenti architettonici nei reparti internistici degli ospedali dove verrà prestata assistenza palliativa;
2. Aumento del numero di medici, infermieri, psicologi operanti negli ospedali;
3. creazione in tutti gli ospedali di ambulatori palliativi;
4. creazione su tutto il territorio di un servizio di consulenza palliativa per il team interdisciplinare;
5. coordinamento dell'assistenza ai pazienti palliativi che si trovano nelle case di riposo/centri di degenza;
6. pianificazione della creazione di posti letto palliativi

In base all'entità della disponibilità finanziaria si potrà procedere con la realizzazione degli obiettivi programmati, tenendo presente che dovranno essere assegnati ed impegnati annualmente tra i 400.000,00 ed i 700.000,00 €.



ALLEGATO B**PROGETTO PER LA GESTIONE DELLA STRUTTURA PER LE CURE
PALLIATIVE PRESSO LA CASA DI CURA FONTE S. MARTINO A
MERANO**

PRESTAZIONI sono caratterizzate da:

- basso contenuto di tecnologia;
- non invasive per i pazienti;
- ad alto livello di assistenza (molto impegno diretto sul paziente che va aiutato e seguito in tutte le sue esigenze quotidiane che non sono più possibili autonomamente);

La mobilitazione e l'igiene dei pazienti che necessitano di cure palliative è molto impegnativa sia dal punto di vista fisico che del numero degli addetti necessario alla sua esecuzione. Molto importante è anche la qualificazione della assistenza infermieristica, perché la qualità e la quantità dei farmaci somministrati per il controllo del dolore e degli altri sintomi è elevata. E' opportuno a questo proposito che l'organico infermieristico sia composto da una quota di infermieri professionali pari al 50%/60%, mentre le restanti unità possono avere qualifiche diverse.

PRONTUARIO ASSISTENZIALE: Al Reparto per le Cure Palliative accedono pazienti che normalmente hanno un performance status di Karnofsky (indice di autonomia funzionale del paziente) pari o inferiore a 50. La gran parte delle procedure infermieristiche sul paziente comporta numeri molto alti di minuti assistenziali. Questo attività assistenziale può essere garantita esclusivamente con un adeguato rapporto tra personale infermieristico e numero di pazienti giustificato dalla grande attenzione che in ambito delle cure palliative si pone alle esigenze ed ai desideri degli ammalati. Questi sono soggetti attivi della cura e interlocutori dei curanti. Le loro scelte vanno assolutamente rispettate. Accanto all'igiene della persona vi è la cura di tutti i sistemi di nutrizione artificiale enterale ed endovenosa e dei sistemi di drenaggio di fistole e secrezioni enterali.

Il controllo ed il monitoraggio dei sintomi fisici dei pazienti è un altro dei compiti prioritari della assistenza. Il controllo del dolore è in particolare un obiettivo primario. L'uso corretto di qualità e quantità dei farmaci analgesici consente in oltre il 90% dei casi un buon controllo di questo sintomo. Farmaci indispensabili a questo scopo sono la morfina ed i suoi derivati, che insieme costituiscono gli oppioidi. In quella quota di pazienti che rispondono poco agli oppioidi per via generale, o che subiscono eccessivi effetti collaterali, è indicato l'uso di sistemi invasivi di controllo del dolore, come i cateteri spinali per la somministrazione di oppioidi ed anestetici locali. Altri sintomi fisici molto impegnativi per l'assistenza in hospice sono l'anoressia, l'astenia, la nausea, il vomito, la dispnea e la prevenzione del decubiti.

ASSISTENZA MEDICA: è centrata sulla strutturazione e mantenimento delle terapie palliative per il controllo dei sintomi attraverso le diverse vie di somministrazione, che il medico deve scegliere e proporre al paziente puntando al massimo dei benefici con i minori effetti collaterali e disagi. Andranno quindi preferite le metodiche a bassa invasività ed un atteggiamento generale di approccio dolce e demedicalizzato della cura. La variazione spesso quotidiana del quadro clinico di questi pazienti impone una adeguata variazione dei piani terapeutici. In questi piani terapeutici non rientrano di norma le terapie oncologiche come la chemioterapia, che hanno un'alta incidenza di effetti collaterali. Sarà buona norma prevedere tra le caratteristiche di selezione dei pazienti ammessi al programma per cure palliative, che questi abbiano già sicuramente esaurito i programmi di cura oncologica. Tra queste, possono però essere talvolta ammesse in hospice terapie con finalità solamente palliativa e a bassi effetti collaterali come la terapia ormonale e la radioterapia. La presenza nell'équipe curante o in consulenza di un oncologo è da ritenersi opportuna.

ASSISTENZA PSICOLOGICA: l'intervento delle cure palliative è per definizione rivolto all'insieme dei pazienti e delle loro famiglie, quindi la assistenza psicologica è rivolta ai

pazienti ed alle famiglie nel quadro generale di preparazione alla morte ed al lutto; supporto al personale per evitare burn-out; monitoraggio e soluzione dei conflitti tra paziente, familiari e curanti in relazione alle problematiche della comunicazione della diagnosi e della prognosi.

ASSISTENZA SPIRITUALE: è previsto l'intervento di assistenza spirituale.

ASSISTENZA RESIDENZIALE E PRESTAZIONI DEL CENTRO PER CURE PALLIATIVE:

La clinica privata è dotata di 75 posti letto (finanziati in forma indiretta) a cui si agglungeranno altri 12 posti letto destinati alla assistenza residenziale di cure palliative-hospice.

La media di ricovero in Reparto per Cure Palliative è di circa 2/3 settimane, però ovunque ci sono pazienti che rimangono assistiti anche per 150 giorni perché la famiglia non esiste o per altre motivazioni sociali e assistenziali (malattie a lenta evoluzione con gravi sintomi fisici). Questo lascia prevedere che alcune delle degenze che si protrarranno oltre la media standard, potranno essere dovute ad indicazioni più sociali che assistenziali. Sarà necessaria la periodica rivalutazione di questi casi da parte della équipe curante, per assicurare che vi siano tutte le condizioni necessarie a giustificare il ricovero in una struttura ad alta intensità assistenziale come l'hospice o non sia invece più opportuno avviare il paziente ad altra forma di assistenza.

DAY-HOSPICE: nella struttura è prevista l'attivazione di tre posti letto dedicati al day-hospice, dove potranno essere erogate prestazioni che sono di difficile organizzazione a domicilio per i pazienti terminali che sono assistiti a casa propria e per l'erogazione di tutte le terapie oncologiche, che in gran parte possono essere ambulatoriali.

PERSONALE:

PERSONALE MEDICO: sono previsti 2 medici palliativisti (di cui uno con caratteristiche previste dal ministero per la dirigenza) per 12 posti letto. Il fabbisogno orario settimanale di assistenza medica per coprire il reparto, l'assistenza domiciliare con il team mobile, l'ambulatorio e la consulenza nel day-hospital oncologico è stimata essere di 80 ore alla settimana.

PERSONALE ASSISTENZIALE: una ottimale assistenza viene garantita con un rapporto pari ad un infermiere per paziente, a cui si aggiunge un coordinatore infermieristico. Ad ogni turno deve essere presente sempre almeno un infermiere. L'assistenza nel reparto è continuativa 24 ore su 24 compresi festivi.

ALTRE FIGURE PROFESSIONALI: sono da prevedersi altre figure professionali in regime di consulenza:

- psicologo: circa 3/4 ore settimanali per circa 200 ore annue
- terapeuta della riabilitazione
- assistente sociale (Integrazione con i servizi sociali)
- assistente spirituale.

ASSOCIAZIONI NO PROFIT E VOLONTARIATO: La casa di cura collaborerà con la Caritas Diocesana, Associazione Peter Pan, ACLI, S. Vincenzo, Centro assistenza malati di tumori, Lega Tumori..

MODALITÀ DI ACCESSO ALLA ASSISTENZA

Il paziente accede al Centro per le Cure Palliative o alla rete di assistenza territoriale su richiesta del medico di medicina generale o del medico ospedaliero, da inoltrarsi al servizio di medicina di base del Comprensorio Sanitario competente.

SISTEMI DI REMUNERAZIONE

Il comprensorio sanitario di competenza stipulerà una convenzione con la casa di cura Fonte San Martino, nonché verrà stipulato un protocollo d'intesa ed un accordo di programma annuale tra i Servizi Sociali e l'Azienda Sanitaria.

Le prestazioni sanitarie in reparto saranno remunerate con tariffa giornaliera onnicomprensiva, da determinarsi sulla base di questa tipologia assistenziale..

Per quanto non previsto dal presente documento si rimanda alla sopracitata convenzione.

Der. Contr. n. 45/2010 - Il Segretario Generale della Casa
- Dr. Adolfo Anzani/Tr. -

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93
über die fachliche, verwaltungsgemäße
und buchhalterische Verantwortung

Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93
sulla responsabilità tecnica,
amministrativa e contabile

Der Amtsdirektor
Franz Hochgruber

Datum / Unterschrift

Il direttore d'ufficio
Dr. Alfred Kötig

data / firma

Der Ressortdirektor
für das
Gesundheits- und Sozialwesen

Il Direttore del Dipartimento

alla
sanità e servizio sociale
Il direttore di ripartizione

Dr. Florian Zerrler

Datum / Unterschrift

data / firma

08. Okt. 2008

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

zweckgebunden

95000,00

Impegnate

vorgemerkt

prenotate

als Einnahmen ermittelt

accertate in entrata

auf Kapitel

10105,15

su capitolo

Vorgang

12214

operazione

Der Direktor
des Amtes für Ausgaben/Einnahmen

Il direttore
dell'ufficio spese/entrate

08. OCT. 2008
Datum / Unterschrift

data / firma

Diese Abschrift
entspricht dem Original

Per copia
conforme all'originale

Der Direktor
des Amtes für Institutionelle

Il Direttore
dell'Ufficio affari

Datum / Unterschrift

data / firma

Dr. Andrea Tezzele

29. Juli 2010

Abschrift ausgestellt für:

Copia rilasciata a: