

CURE PALLIATIVE IN RSA

STATO DELLA REVISIONE			
N.	Data/Anno	Modifiche	Autori
01	2025	Revisione	Coordinatori GdS Anno 2025: Matteo Cometto, Ferdinando Garetto, Paolo Rappa Verona, Maria Marcella Rivolta
00	2019	Prima emissione	Componenti Gruppo di Stesura Anno 2019

Coordinatori:

Rivolta MM; Garetto F.

Comitato estensore:

Bersano G, Calorio A, Ciuffreda L, Cornara G, Delfino A, Fiore J, Ghilotti NP, Mandotti S, Marchionatti S, Mellano MA, Stivanello M.

Componenti del Gruppo di Lavoro 2019 che hanno approvato il documento:

Becchimanzi G, Bena C, Bersano G, Budel P, Burato AM, Calorio A, Capello C, Chiadò Cutin S, Ciuffreda L, Cornara G, Cotogni P, Delfino A, Fiore J, Galetto AS, Garetto F, Ghilotti NP, Inguì M, Mandotti S, Marchionatti S, Mellano MA, Mezzabotta M, Natrella M, Pinta F, Prestia V, Rivolta MM, Rondi N, Salatino A, Scarpello M, Sorbello P, Stivanello M, Volpatto R, Zuddas D.

Cure palliative in RSA

→ Normativa vigente (1)

Deliberazione della Giunta Regionale 2 agosto 2013, n. 85-6287

Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012.

Deliberazione della Giunta Regionale 23 maggio 2016, n. 21-3331

Piano Tariffario 2016-2017 per le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti. Proroga, in sanatoria, della D.G.R. 85-6287/2013.

Deliberazione della Giunta Regionale 30 luglio 2012, n. 45-4248

Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni.

→ Punti salienti Delibera 30 luglio 2012 (1)

- Le RSA rispondono ai bisogni sanitari assistenziali di anziani non autosufficienti ultrasessantacinquenni che non possono essere assistiti a domicilio

- A seguito della valutazione multidimensionale dell'UVG, le prestazioni vengono erogate in base al tipo di progetto individuale e ai bisogni peculiari della persona. Le fasce assistenziali in cui si articola l'intensità delle prestazioni erogate sono:

- alta-incrementata
- alta
- medio-alta
- media
- medio-bassa
- bassa

Ogni fascia assistenziale individuata rappresenta uno standard complessivo minimo da garantire, in termini di tempi di assistenza giornalieri per ospite i quali, in base al principio dell'appropriatezza della risposta posto a fondamento del modello assistenziale, vengono assegnati ad ogni Progetto individuale in relazione al bisogno assistenziale della persona (2).

- La risposta residenziale viene personalizzata e calibrata su un livello più adeguato al complesso dei bisogni di salute e di assistenza dell'anziano. Pertanto l'organizzazione delle strutture erogatrici dell'assistenza residenziale deve essere orientata a garantire l'adattabilità della risposta in relazione alla specificità delle situazioni da trattare.

La struttura deve garantire, in base al Progetto Individuale definito dall'U.V.G., la coerenza fra i bisogni rilevati ed espressi nel progetto assistenziale e la globalità delle risposte sanitarie, socio-sanitarie ed alberghiere attivabili da parte della struttura.

- Figure dirigenziali

Responsabile di struttura

Direttore Sanitario

E' responsabile in particolare:

- dell'andamento complessivo dell'assistenza sanitaria della struttura, affinché la medesima si espliciti in modo corretto ed adeguato alle necessità degli ospiti;
- degli aspetti igienico-sanitari della struttura, della completezza della cartella sanitaria, della supervisione sulla salute psico-fisica degli ospiti;
- della verifica del regolare approvvigionamento dei farmaci, presidi, protesi ed ausili per gli ospiti, nonché della regolare tenuta delle relative registrazioni;
- del raccordo e dell'armonizzazione degli interventi erogati dalle diverse componenti sanitarie, socio-sanitarie all'interno delle équipes multidisciplinari interne;
- del coordinamento dell'assistenza medica e specialistica effettuata all'interno della struttura, rispettivamente da parte dei Medici di medicina generale e degli specialisti sia ambulatoriali che ospedalieri;

- del coordinamento dell'équipe multidisciplinare per quanto attiene alla valutazione dell'anziano al momento dell'inserimento in struttura e durante la permanenza.
- del collegamento della struttura con le U.V.G. ;
- del coordinamento dell'equipe multiprofessionale per quanto inerente l'elaborazione, l'attuazione e il monitoraggio del P.A.I.;

- Assistenza medica

Viene garantita attraverso i medici di medicina generale

- Assistenza infermieristica

Viene garantita attraverso le figure professionali infermieristiche con riferimento a ciascuna fascia d'intensità e livello di complessità.

Nelle strutture che forniscono prestazioni di intensità Medio Alta e fasce superiori, per almeno 80 p.l., l'assistenza infermieristica deve essere garantita dalla presenza in struttura di personale infermieristico per le intere 24 ore giornaliere; al di sotto degli 80 p.l. di intensità Medio Alta e fasce superiori, la funzione può essere garantita anche attraverso la pronta reperibilità notturna.

Analogamente per l'intensità Media e fasce inferiori, l'assistenza infermieristica notturna può essere garantita tramite la pronta reperibilità.

- Assistenza tutelare alla persona

I fabbisogni individuali di tipo assistenziale e tutelare sono garantiti tramite la figura professionale dell'OSS (Operatore Socio Sanitario), in possesso della relativa qualifica professionale.

L'erogazione delle prestazioni di assistenza tutelare, da garantirsi nell'arco delle 24 ore con riferimento a ciascuna fascia d'intensità e livello di complessità, è rivolto a soddisfare i fabbisogni individuali degli ospiti, come definiti nei rispettivi progetti individuali.

L'assistenza tutelare alla persona comprende la pulizia e il riordino degli ambienti di vita privata (letto, comodino) dell'ospite, nonché l'attività di imboccamento degli ospiti non in grado di provvedere autonomamente.

Il numero degli operatori deve essere tale da garantire anche i turni notturni e festivi

- Fornitura ausili e farmaci

Per gli ospiti ricoverati in regime convenzionale con il SSR, l'assistenza specialistica, farmaceutica e protesica, nonché ogni altra prestazione diagnostico-terapeutica, sono garantite dall'A.S.L. secondo le necessità degli ospiti.

La fornitura di protesi ed ortesi, sono garantite direttamente dalle A.S.L. di residenza degli ospiti, secondo le disposizioni delle vigenti normative.

L'A.S.L. garantisce, altresì, direttamente:

- la fornitura diretta dei farmaci per gli ospiti inseriti nelle strutture socio-sanitarie accreditate, sulla base di quanto previsto nel rispettivo Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA), il quale deve essere adeguato alle necessità e bisogni specifici dell'assistenza farmaceutica nelle strutture residenziali. L'erogazione di farmaci non presenti in PTA (farmaci *ad personam* o farmaci in fascia C) agli ospiti delle strutture socio-sanitarie è valutata dalla Commissione Terapeutica Aziendale, sentito il parere dell'U.V.G. aziendale;
- la fornitura dei prodotti per la Nutrizione Artificiale, dei supplementi nutrizionali orali calorici (per pazienti malnutriti) e dei sostituti dell'acqua (per pazienti disfagici), sulla base del piano nutrizionale, predisposto da operatori sanitari afferenti alla rete regionale delle SODNC (Strutture Operative di Dietetica e Nutrizione Clinica);
- la fornitura di materiale di medicazione avanzata, sulla base di piani terapeutici rilasciati da Specialisti del SSN, nei quadri clinici e con le modalità di prescrizione previste dalle attuali disposizioni regionali. I dispositivi individuati devono essere previsti nel Prontuario Aziendale; anche per le medicazioni avanzate, l'erogazione di dispositivi non previsti può avvenire solo in situazioni eccezionali;
- per pazienti portatori di stomie e/o cateteri: materiale necessario, in base al Piano Terapeutico di uno Specialista SSN, nei limiti delle disposizioni normative in vigore;
- per pazienti diabetici: materiale necessario all'automonitoraggio glicemico;
- la fornitura di pannoloni e ausili per l'incontinenza nella quantità giornaliera indicata dal medico di fiducia dell'utente.

→ Censimento RSA in Piemonte aggiornato al 30.9.2018 (3)

È possibile effettuare la ricerca dinamica dei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari per anziani selezionando, secondo le proprie esigenze, la Provincia, il Comune, l'ASL, la tipologia di utenza, la tipologia del presidio o il titolare della autorizzazione (enti pubblici e privati). L'intero elenco dei presidi è inoltre disponibile per il download in formato Excel.

Sono presenti **781** presidi (3)

→ Peculiarità delle RSA

Distribuzione capillare sul territorio con copertura anche delle zone rurali e montane e pedemontane.

Garantiscono la vicinanza del paziente al nucleo familiare/amicale.

Permettono un monitoraggio clinico – assistenziale continuo.

Vengono ricoverati anche:

- pazienti con età inferiore ai 65 anni.
- pazienti che rifiutano il ricovero in Hospice.
- pazienti che non hanno ancora i criteri per il ricovero in Hospice.

→ Le cure palliative (4)

Sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

La rete nazionale per le cure palliative è volta a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio ed è costituita dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle province autonome, dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari;

→ Quando le RSA incontrano le cure palliative (5,6)

Per la patologia oncologica (5)

Paziente già ricoverato presso l'RSA che si ammala di una patologia oncologica

- visita CAS
- visita GIC
- percorso oncologico
- se progressione di malattia e non ulteriori indicazioni oncologiche specifiche



Valutare per I visita di cure palliative

Paziente che viene ricoverato in RSA con malattia oncologica in progressione e senza ulteriori indicazioni oncologiche specifiche



Valutare per I visita di cure palliative

Per la patologia non oncologica a rapida evoluzione e a prognosi infausta (6)



Valutare per I visita di cure palliative

-Finalità I visita di cure palliative

- Approfondito colloquio con il paziente (se fattibile) e con la famiglia/caregiver in merito alla relativa rapidità dell'evoluzione clinica della malattia e le opzioni terapeutiche proponibili.
- Sensibilizzazione del Medico di Medicina Generale e del Personale Sanitario della struttura in merito alle possibilità terapeutiche e alle finalità delle cure palliative.

Se paziente clinicamente instabile

Es insufficienza d'organo, dolore non controllato, cachessia neoplastica.

- Prevedere consenso informato sull'avvio delle cure palliative e sull'utilizzo dei farmaci.
- Rivalutazione terapia in atto.

- Prevedere un attento monitoraggio clinico al fine di prevenire eventuali 'urgenze sintomatologiche'.
- Disporre di una procedura in caso di comparsa di sintomatologia acuta in orari in cui manca il personale infermieristico. Es prevedere la palliative care box utilizzabile dalla Guardia Medica o dal Personale del 118.

Se paziente clinicamente stabile

Prevedere visite di cure palliative periodiche alternate alla visita del Medico di Medicina Generale al fine di individuare precocemente il peggioramento clinico.

→ Obiettivi del Gruppo di Lavoro per il 2020

Identificare il criteri di instabilità clinica

Elaborare il consenso informato sull'avvio delle cure palliative e sull'utilizzo dei farmaci

Elaborare la procedura in caso di comparsa di sintomatologia acuta in orari in cui manca il personale infermieristico

Dati epidemiologici (morti in RSA, numero di ricoveri in ospedale)

Formazione

Conclusioni:

Alla luce di quanto esposto, avvalendoci della collaborazione e dell'autorevolezza della Rete Oncologica, segnalare la necessità di adeguare le RSA al trattamento di un numero verosimilmente sempre più alto di pazienti in fase palliativa.

Infatti il variare delle condizioni sociali e familiari e l'aumento della durata della vita rendono impossibile pensare che tutti i ricoveri durante la fase palliative possano avvenire soltanto in hospice: avremmo costi insostenibili e ricoveri meno adeguati.

Come fare dunque per non dare "tutto a pochi e niente agli altri"?

Si potrebbe ipotizzare l'istituzione di "nuclei speciali "per Cure Palliative in alcune RSA, con implementazione dell'assistenza, facilitazioni nella prescrizione e somministrazione di oppiacei, consulenza strutturata del palliativista, e degli altri componenti dell'equipe di cure palliative (es. psicologo).

Un altro aspetto che riguarda i pazienti seguiti nell'ambito della Rete Oncologica, potrebbe essere la possibilità di ricoveri di sollievo per pazienti in cure attive, senza rete familiare, al fine di permettere l'erogazione delle cure e trattare i possibili effetti collaterali in un luogo protetto.

→ Bibliografia

1) <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/sostegno-alle-cure/residenze-sanitarie-assistenziali-per-anziani-non-autosufficienti-rsa>

2) Deliberazione della Giunta Regionale 30 luglio 2012, n. 45-4248

Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni.

3) <http://www.regione.piemonte.it/cgi-bin/polsoc/ricerca/presidi/index.cgi>

4) Legge 15 marzo 2010 , n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. (G.U. Serie Generale , n. 65 del 19 marzo 2010)

5) PDTA per il paziente oncologico anziano: tumore del colon retto, prostata, mammella e raccomandazioni per la terapia palliativa

6) Migliori cure palliative per le persone anziane. Ed a cura di E. Davis e I J Higginson. Traduzione italiana a cura di F Zucco e Giovanni Gambassi 2004.