



Regione del Veneto

Direzione Piani e Programmi Socio - sanitari
Coordinamento regionale
per le cure palliative e la lotta al dolore

Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore

Stato di attuazione delle deliberazioni n. 1090/'08, 1608/'08, 1609/'08 e 3318/'08

Attività 2008 - 2009

Gennaio 2010

INDICE

Premessa	pag. 4
Azienda ULSS n. 2	pag. 6
Azienda ULSS n. 3	pag. 7
Azienda ULSS n. 4	pag. 9
Azienda ULSS n. 5	pag. 11
Azienda ULSS n. 6	pag. 12
Azienda ULSS n. 7	pag. 15
Azienda ULSS n. 8	pag. 17
Azienda ULSS n. 10	pag. 18
Azienda ULSS n. 12	pag. 19
Azienda ULSS n. 13	pag. 21
Azienda ULSS n. 14	pag. 23
Azienda ULSS n. 15	pag. 26
Azienda ULSS n. 16	pag. 28
Azienda ULSS n. 17	pag. 33

Azienda ULSS n. 18	pag. 35
Azienda ULSS n. 19	pag. 38
Azienda ULSS n. 20	pag. 41
Azienda ULSS n. 21	pag. 43
Azienda Ospedaliera di Verona	pag. 44
Azienda Ospedaliera di Padova	pag. 46
Istituto Oncologico Veneto	pag. 48
Istituto di Cura San Camillo	pag. 49

PREMESSA

La Giunta Regionale, nel corso del 2008, ha approvato le seguenti deliberazioni:

- 1) **la DGRV 1090 del 6/5/2008**: Sviluppo dei programmi regionali di lotta al dolore ai sensi delle deliberazioni giuntali 309/03 e 71/2006: raccomandazioni per la valutazione e il trattamento del dolore; introduzione del dolore come parametro vitale; creazione della rete aziendale dei referenti del dolore;
- 2) **la DGRV 1608 del 17/6/2008**: Approvazione del documento “Indicatori per le cure palliative”. Istituzione del Sistema informativo regionale per le cure palliative;
- 3) **la DGRV 1609 del 17/6/2008**: Approvazione del documento “Tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita e dei malati con dolore”;
- 4) **la DGRV 3318 del 4/11/2008**: Scheda per la valutazione di accessibilità all’hospice.

E’ stato richiesto alle Direzioni Generali delle aziende sanitarie e degli II.R.C.C.S. di redigere una relazione dettagliata sull’applicazione degli atti giuntali succitati ed, in particolare, sugli adempimenti in essi previsti, segnalando **eventuali difficoltà** riscontrate nell’adempimento degli indirizzi regionali ed, in caso di mancata adozione dei provvedimenti richiesti, indicando se sono in corso le **relative procedure** e quando ragionevolmente saranno concluse.

In particolare, è stato richiesto alle Direzioni Generali:

con riferimento alla deliberazione 1090/2008

- a) se è stato introdotto il dolore come parametro vitale, registrandone la misura nel diario clinico del paziente, che dovrà quindi prevedere uno spazio specifico;
- b) se è stata creata la figura dei referenti infermieristico e medico per il dolore in ogni servizio e unità di degenza ospedaliera con compiti di:
 - * formazione del personale alla corretta valutazione e all’appropriato trattamento del dolore;
 - * conduzione presso i servizi d’appartenenza dei programmi di lotta al dolore promossi dal Comitato aziendale contro il dolore d’intesa con la Direzione Generale;

- * tutela per i pazienti qualora lamentino un insoddisfacente trattamento del dolore;
- c) se sono stati recepiti il documento “Raccomandazioni per la valutazione e il trattamento del dolore”, la “Scheda di valutazione del dolore – per bambini dai 3 ai 7 anni di età” e la “Scheda di valutazione del dolore – per adulti e per bambini di età maggiore ai 7 anni”.

con riferimento alla deliberazione 1608/2008

- a) se è stato recepito il documento “Indicatori per le cure palliative” e se è stato posto a regime il Sistema informativo ivi descritto.

con riferimento alla deliberazione 1609/2008

- a) se è stato recepito il documento “Tutela dei diritti dei malati inguaribili ed a fine vita e dei malati con dolore”;
- b) se le Aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere, nonché gli II.R.C.C.S.:
 - * hanno formulato note nelle quali siano contenuti i diritti del cittadino a fine vita o con dolore esigibili nelle pratiche assistenziali suscettibili di periodica revisione con il miglioramento della qualità dei servizi e della tutela offerti;
 - * hanno dato adeguata pubblicizzazione alle suddette note, esponendole nei luoghi di cura e offrendole a coloro che se ne gioverebbero;
- c) se la formulazione delle note di cui al punto precedente sono state condotte con il concreto contributo degli UU.R.P. aziendali, dei Comitati aziendali per la pratica clinica, dei Comitati aziendali contro il dolore, in qualità di organismi e istituzioni particolarmente orientate alla tutela dei malati a fine vita o con dolore.

con riferimento alla deliberazione 3318/2008

- a) se è in uso la “Scheda per la valutazione di accessibilità all’hospice”.

A seguito della nota regionale sono pervenuti contributi dalle Aziende Sanitarie e dagli II.R.C.C.S. sul raggiungimento degli obiettivi individuati dalla Commissione regionale per le cure palliative e per la lotta al dolore che il Coordinamento Regionale ha ritenuto opportuno riunire in questa pubblicazione.

ULSS 2 - FELTRE

DGRV n. 1090 del 06/05/2008

L'ULSS di Feltre ha già recepito con delibera n. 417 del 29/05/03 la D.G.R. n. 309 del 14/02/2003, dando compiuta attuazione a quanto disposto attraverso:

- l'istituzione del comitato aziendale "Senza dolore",
- l'individuazione e nomina dei referenti per il dolore medico ed infermieristico per le unità di degenza, servizi e distretto,
- la realizzazione di un corso di formazione per il personale per la corretta valutazione e trattamento del dolore,
- l'introduzione del dolore come parametro vitale, con uno spazio dedicato nella documentazione clinica del paziente, rilevato costantemente nei seguenti reparti: O.R.L., chirurgia generale, anestesia-rianimazione, neurologia, ginecologia, pediatria, lungodegenza, medicina generale. Il rilevamento viene attuato usando le scale proposte nel testo regionale. E' stato prodotto un protocollo per il trattamento del dolore post-operatorio e non, per i reparti chirurgici.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

Si conferma che il documento "Indicatori per le cure palliative" è stato recepito e con istruzione interna aziendale, a cura del Direttore Sanitario, il servizio di cure palliative è stato incaricato a raccogliere i dati richiesti, i quali peraltro venivano già raccolti da alcuni anni e inviati in Regione con cadenza annuale.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

In itinere.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

Con istruzione interna aziendale a cura del responsabile del distretto, il servizio di cure palliative è stato incaricato di redigere la "Scheda per la valutazione dell'accessibilità all'hospice"; tale scheda viene regolarmente compilata per tutti i candidati all'ingresso in hospice e per tutti quelli che effettivamente vi accedono, fin dal 1 gennaio 2009.

ULSS 3 – BASSANO DEL GRAPPA

DGRV n. 1090 del 06/05/2008

E' stato introdotto il dolore come parametro vitale come di seguito specificato:

- la valutazione, in sede di dimissioni protette, per i pazienti oncologici, viene effettuata dall'Infermiere dedicato alle dimissioni e dal Medico Palliativista. L'Infermiere compila un'apposita scheda per il dolore, il Medico Palliativista uno specifico spazio nella cartella di cure palliative dove indica la terapia di base e l'eventuale terapia per il dolore acuto (se previsto);
- la valutazione, in sede domiciliare, viene effettuata dall'infermiere referente compilando l'apposita scheda presente nella cartella integrata;
- in sede di UVMD (domiciliare o distrettuale) viene posta particolare attenzione al trattamento del dolore (farmaci di base e al bisogno), alla sua misurazione e alle modalità più efficaci per permettere la rapida comunicazione tra infermiere e MMG con la collaborazione del Medico Palliativista.

Con delibera del Direttore Generale n. 111 del 11/02/2009:

- è stato approvato il "Progetto Ippocrate" - *divinum est sedare dolorem* - contro il dolore inutile;
- è stato istituito il Comitato per il Dolore con le raccomandazioni del Comitato stesso per la valutazione e il trattamento del dolore in tutte le strutture aziendali. Il Comitato contro il dolore afferisce al Direttore Medico Ospedaliero e al Coordinatore dei Direttori di Distretto;
- per ogni struttura aziendale, sono stati individuati un referente Medico e un referente per l'Area delle Professioni Sanitarie. A breve è previsto un incontro con i referenti per illustrare i loro compiti all'interno delle U.O. / Servizi e per una formazione specifica.

Sono stati recepiti i seguenti documenti:

- "Raccomandazioni per la valutazione e il trattamento del dolore";
- "Scheda di valutazione del dolore per bambino dai 3 ai 7 anni di età";
- "Scheda di valutazione del dolore per adulti e per bambini di età superiore ai 7 anni".

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

È stato recepito il documento: "Indicatori per le cure palliative".

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

L'Azienda si sta organizzando con specifiche iniziative a tutti i livelli al fine di garantire nel più breve tempo possibile la completa attuazione della deliberazione.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

Attualmente non è ancora in uso la “Scheda per la valutazione dell'accessibilità all'hospice”.

ULSS 4 – ALTOVICENTINO

Nell’Azienda ULSS 4 è in atto l’applicazione graduale dei contenuti del “Progetto Giobbe” che pianifica la gestione integrata del malato oncologico con soluzioni di continuità fra Ospedale e Territorio, attraverso una presa in carico condivisa dei suoi problemi e di quelli della sua famiglia, i cui punti di accesso alla rete sono rappresentati dalla Centrale Operativa ADI e dallo Sportello Oncologico.

Propedeutici a questa modalità operativa sono da una parte il Percorso Formativo che l’Azienda rivolge ad un gruppo di Medici e Infermieri, incardinati in UU.OO. diverse con l’obiettivo di definire cinque percorsi assistenziali multidisciplinari, e dall’altra una formazione teorica e sul campo che i Palliativisti delle Cure Primarie hanno intrapreso da Gennaio, attraverso incontri settimanali, che si propone di motivare e preparare gli Infermieri del Territorio alla presa in carico del paziente oncologico in Cure Palliative in modo univoco e globale in funzione del suo bisogno assistenziale. Particolare attenzione viene rivolta al lavoro di squadra, alla gestione terapeutica del paziente ed al suo monitoraggio condiviso con il MMG.

DGRV n. 1090 del 06/05/2008

- a) Nei reparti di Medicina, Geriatria, Neurologia, Ginecologia, Oncologia, il dolore viene valutato come parametro vitale e ne viene registrata la misura nel diario clinico del paziente. E’ in via di definizione la predisposizione dello spazio specifico per la registrazione, nella cartella clinica informatizzata che verrà introdotta prossimamente. Tale strumento informatizzato contribuirà alla diffusione della metodologia anche nelle rimanenti UU.OO. Ospedaliere;
 - b) si è proceduto alla individuazione del referente Medico e del referente Infermieristico per alcune Unità di degenza e Servizi. Nell’ambito del Progetto Giobbe è previsto lo sviluppo e l’implementazione delle cure palliative. Tra le varie iniziative è attivato uno Sportello Oncologico (numero verde) utilizzato anche come tutela per i pazienti che lamentino un insoddisfacente trattamento del dolore;
 - c) la Pediatria utilizza protocolli codificati dalla Società Italiana di Neonatologia (S.I.N.) e dal Centro Regionale delle Cure Palliative Pediatriche di Padova. In tali protocolli sono previste le raccomandazioni per la valutazione ed il trattamento del dolore.
- In riferimento al progetto aziendale Giobbe, come già accennato sopra, si ribadisce come l’attenzione alle cure palliative, al controllo del sintomo dolore ed alla formazione del personale medico ed infermieristico ne costituisca cardine essenziale, nel rispetto della legge Regionale del 19/3/2009.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

Il documento "Indicatori per le cure palliative" di cui alla DGR 1608/2008 è stato recepito sia per gli indicatori di struttura sia per gli indicatori di processo e di esito.

Con riferimento alla presa in carico (almeno una valutazione multidimensionale del NCP più almeno un accesso nell'anno) l'informazione sarà meglio codificabile a seguito dell'adozione di un indirizzo condiviso tra la Regione e le Aziende sulle modalità e gli strumenti della valutazione multidimensionale, che adatti e sviluppi il nucleo informativo e valutativo già codificato per l'assistenza domiciliare; si rimane a disposizione per partecipare alla definizione di questo indirizzo.

Nelle more, nell'ULSS 4 si adotta come data presuntiva della presa in carico il 90° giorno antecedente la morte, riferito alle persone che hanno avuto almeno un accesso domiciliare negli ultimi 3 mesi di vita. Tale definizione retrospettiva – pur incompleta dal punto di vista concettuale ed inadeguata dal punto di vista della gestione concreta dei malati in cure palliative - è sufficientemente standardizzata per poter essere uniformemente applicata in tutte le ULSS del Veneto; le diagnosi di morte sono disponibili di regola al 30/06 dell'anno successivo.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

- a) E' stato recepito il documento "Tutela dei diritti dei Malati inguaribili ed a fine vita e dei malati con dolore";
- b) l'Azienda ULSS 4:
 - ha formulato specifiche note riguardanti i "Diritti dei malati inguaribili e a fine vita";
 - sta intraprendendo la pubblicizzazione delle suddette note;
- c) le note sono state formulate con il contributo dell'URP aziendale e del Comitato Aziendale per la Pratica clinica.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

- a) Non è in uso la "Scheda per la valutazione di accessibilità all'Hospice".

ULSS 5 - OVESTVICENTINO

[Sono stati comunicati agli Uffici Regionali solo gli adempimenti connessi alla DGRV 1090/2008]

DGRV n. 1090 del 06/05/2008

- Nei pazienti in cure palliative ed in particolare con quelli in trattamento specifico con pompe e similari il dolore viene monitorato. La frequenza è settimanale o diversa in base ai bisogni. Dal 1 gennaio 2009 presso l'Ospedale di Comunità viene effettuata la rilevazione del dolore tre volte al giorno per tutti i pazienti. E' stato fornito ai medici di medicina generale il protocollo per la terapia del dolore utilizzato presso l'Ospedale di Comunità. Ai pazienti che lamentano un insoddisfacente trattamento del dolore viene riservata particolare attenzione con l'adozione di misure cautelari. Presso l'Ospedale di Valdagno è in corso la registrazione del dolore come parametro vitale su spazio specifico nel diario clinico del paziente. E' già stata attuata nei reparti di Medicina e Geriatria. Sempre a Valdagno, in Lungodegenza, si registra anche NRS e PAINAID;
- presso l'Ospedale di comunità è presente la figura infermieristica ed il Medico referente per il dolore. E' in atto un intervento di formazione del personale infermieristico domiciliare finalizzato alla corretta valutazione ed all'appropriato trattamento del dolore a cui seguirà l'individuazione del referente infermieristico. Presso l'Ospedale di Valdagno sono stati individuati i referenti medici ed infermieristici;
- presso l'Ospedale di Valdagno sono state recepite e sono in corso di distribuzione le schede di valutazione del dolore per bambini dai 3 ai 7 anni e per adulti e bambini di età maggiore ai 7 anni.

ULSS 6 - VICENZA

DGRV n. 1090 del 06/05/2008

Nel mese di febbraio 2009 il Comitato aziendale “Ospedale e Territorio senza Dolore” ha chiesto ai Direttori/Responsabili e ai Coordinatori di tutte le Unità Operative (UU.OO.) e Servizi ospedalieri e territoriali, l’aggiornamento dei nominativi dei referenti medici ed infermieri del dolore.

Nel mese di maggio 2009 il Comitato ha riunito i referenti medici e infermieri del dolore suddivisi in area medica e chirurgica/emergenza, con il seguente fine:

- analizzare lo stato di attuazione della DGR 1090/2008;
- analizzare le criticità sulla gestione del dolore nelle varie UU.OO./Servizi.

A tutti i referenti del dolore è stato somministrato un questionario circa lo stato di attuazione degli adempimenti sui vari aspetti della lotta al dolore (organizzativi, formativi, relazionali, operativi) riportati nell’allegato A della DGR 1090/2008, e un parere sulle criticità nella gestione del dolore all’interno della propria struttura.

Si schematizza di seguito la sintesi dei risultati del questionario somministrato ai referenti del dolore aziendali:

AZIONI	% REPARTI ADEMPIENTI	% REPARTI NON ADEMPIENTI
Presenza in grafica dello spazio dedicato al dolore	70%	30%
Misurazione e registrazione quotidiana del dolore	80%(50% a.b.; 25% più volte al giorno; 25% a orari fissi)	20%
Presenza in reparto della scheda di rilevazione dolore all’ingresso del paziente	70%	30%
Compilazione della scheda da parte del medico	75%(40% a volte)	25%
Sono presenti e utilizzate le scale NRS, BIERI, NOPPAIN ?	85%	15%
La scala NOPPAIN è conosciuta e viene utilizzata ?	20%	80% (10% non la conosco)
Se dolore >4 viene attivato l’intervento del medico e somministrato l’analgésico adeguato ?	85%	15%
Dopo la somministrazione dell’analgésico, viene misurato il dolore per valutare l’efficacia del farmaco?	90%(35% a volte)	10%
Il personale infermieristico e medico ha partecipato ai corsi di formazione di base “Valutazione, misurazione e controllo del dolore”?	50% medici; 70% infermieri	50% medici; 30% infermieri

Dall'analisi dei questionari è emerso che le principali difficoltà nella gestione del dolore nelle varie strutture con degenze sono i seguenti:

- scarsa sensibilità e attenzione dei medici e degli infermieri nei confronti delle persone con dolore;
- scarsa formazione dei medici circa il trattamento farmacologico dei vari tipi di dolore;
- scarsa formazione dei medici e infermieri sull'utilizzo della scala NOPPEIN;
- scarsa adesione del medico di reparto nei confronti della terapia antalgica consigliata dal consulente;
- comportamenti difformi da parte dei medici nei confronti della gestione del dolore;
- scarsa informazione del paziente sul dolore, da parte del personale sanitario.

Le criticità evidenziate dai referenti aziendali del dolore sono diventate obiettivi del Comitato "Azienda senza dolore" nel biennio 2009-2010, di seguito sintetizzati:

1. elaborazione di linee guida per il trattamento del dolore post-operatorio nelle varie specialità chirurgiche, (inserito negli obiettivi di budget delle UU.OO. chirurgiche e dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione);
2. elaborazione di linee guida per il trattamento del dolore acuto e cronico maligno a cura dell'U.O. di Terapia del Dolore e Cure Palliative, rivolte al Pronto Soccorso e alle UU.OO. di area medica;
3. realizzazione di un Corso formativo con discussione di n. 3 casi clinici (dolore acuto, dolore cronico benigno e dolore cronico maligno) rivolto ai medici aziendali;
4. prosecuzione delle edizioni del corso formativo di base sulla gestione della persona con dolore rivolto a medici e infermieri (n. 3 edizioni nel 2009 e n. 3 edizioni nel 2010), atteso il turnover di personale nei vari reparti;
5. raccogliere dati per l'elaborazione di un questionario di soddisfazione per il trattamento del dolore per i pazienti ricoverati nelle UU.OO. di Psichiatria.

Il giorno 17 giugno 2009 è stato somministrato, presso i reparti con degenze dell'Ospedale di Vicenza, un questionario sulla prevalenza del dolore e sulla soddisfazione circa il trattamento del dolore. Il questionario è anonimo, rivolto ai pazienti ricoverati da almeno 24 ore di età compresa tra 18 e 80 anni in grado di rispondere a domande semplici. Il Comitato "Azienda senza dolore" dovrà analizzare i risultati del questionario per tradurli in azioni utili per il miglioramento delle criticità evidenziate.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

E' stato recepito il documento "Indicatori per le Cure Palliative" e sono stati inviati in Regione i primi dati relativi allo stato di attuazione della DGR n. 2989/2000 dell'anno 2008, dopo avere adottato un sistema informatico per la gestione delle Cure Palliative.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

Nel primo semestre del 2009 il Comitato “Azienda senza dolore” ha elaborato la carta dei diritti della persona con dolore e dei doveri della struttura sanitaria nei confronti della persona con dolore, e la carta dei diritti delle persone a fine vita e dei doveri della struttura sanitaria nei confronti delle persone a fine vita, ha distribuito una copia delle carte dei diritti suddette ai referenti del dolore per un parere.

Le carte dei diritti delle persone con dolore e delle persone a fine vita con i relativi doveri della struttura sanitaria sono stati validati dalla Direzione Medica, devono essere stampati e inviati in tutte le UU.OO. e Servizi dell’Azienda ULSS 6, saranno esposti entro il mese di luglio 2009 all’ingresso di ogni reparto per essere visibili agli utenti, e nelle postazioni di lavoro dei medici e infermieri perché costituiscono un dovere per tutti gli operatori sanitari.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

Sono in corso le procedure per la sostituzione della scheda aziendale di ammissione all’Hospice attualmente in uso con la nuova scheda regionale.

ULSS 7 – PIEVE DI SOLIGO

DGRV n. 1090 del 06/05/2008

Territorio – Nucleo di Cure Palliative

1. Il dolore è stato inserito nel diario clinico domiciliare tra i parametri di valutazione e di monitoraggio dei problemi che maggiormente e più frequentemente disturbano i malati terminali oncologici;
2. la valutazione del dolore (meccanismi fisiopatologici, durata, misurazione con scale numeriche) al domicilio del malato ad opera dell'Esperto, del MMG e dell'Infermiere domiciliare, favorisce l'addestramento sul campo delle figure professionali non dedicate specificamente alle cure palliative, nonché l'omogeneità di valutazione e di trattamento;
3. il monitoraggio del dolore trova riscontro nelle riunioni d'èquipe (UVMD), con l'utilizzo di uno strumento di audit;
4. la collaborazione con l'U.O. di Terapia Antalgica Ospedaliera consente di integrare gli interventi terapeutici con l'utilizzo di sistemi infusivi di somministrazione dei farmaci ai pazienti non più rispondenti alla terapia orale;
5. annualmente viene prodotta una reportistica sul consumo quantitativo e qualitativo degli oppioidi, quale indicatore di capacità del sistema di far fronte al problema dolore, secondo quanto viene affermato dall'OMS;
6. sono stati individuati il referente medico per il territorio ed il referente infermieristico.

Ospedale – U.O. di Terapia del Dolore e Cure Palliative.

1. E' stata introdotta la valutazione del dolore in uno spazio specifico del diario clinico di tutte le unità operative sotto forma di scala numerica associata ad una scala verbale per facilitarne la somministrazione a tutti i pazienti;
2. per l'unità operativa di pediatria è stata adottata la scheda di valutazione del dolore per bambini ai 3 ai 7 anni di età (Bieri), convertita in valore numerico nel diario clinico;
3. l'U.O. di Terapia del dolore e cure palliative organizza annualmente un Corso di formazione accreditato per medici, infermieri e farmacisti sulla valutazione e il trattamento del dolore acuto cronico;
4. la collaborazione con il NCP permette di garantire la continuità delle cure tra ospedale e territorio nei malati con patologie inguaribili e bisognosi di cure palliative e terapia del dolore;
5. la collaborazione con il Servizio Farmaceutico Ospedaliero ha consentito di stilare un protocollo di trattamento farmacologico del dolore medico e post-operatorio, recentemente aggiornato con l'introduzione degli analgesici oppioidi attualmente disponibili. E' stato inoltre concordato un elenco di farmaci oppioidi essenziali che le farmacie del territorio sono state invitate a detenere in quantitativo sufficiente per

evitare difficoltà di reperimento di tali farmaci da parte dei malati e dei familiari. Viene periodicamente monitorato il consumo ospedaliero di analgesici oppioidi.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

1. Analisi degli indicatori contenuti nella delibera ad opera del Nucleo di Cure Palliative e integrazione nel sistema informativo in uso negli anni precedenti;
2. integrazione del data base con altri indicatori in grado di descrivere i processi assistenziali e la qualità delle cure.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

1. Analisi e approfondimento dei contenuti della delibera ad opera del Nucleo di Cure Palliative;
2. la formulazione delle note sui diritti del malato sono oggetto di una elaborazione in corso della Carta di Servizi che contenga sia i diritti del malato che le modalità con cui l'Azienda eroga il Servizio.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

La delibera non è applicabile essendo l'azienda sprovvista di hospice, pertanto ci si attiene alle modalità di accoglienza degli hospices di Belluno e di Treviso, con i quali l'ULSS n. 7 ha stipulato una convenzione.

ULSS 8 - ASOLO

DGRV n. 1090 del 6/5/2008

- a) Nell'ULSS 8 il dolore è stato introdotto come 5° parametro vitale nella maggior parte delle U.O. Ospedaliere, nonché per le cure palliative domiciliari. Infatti è stato introdotto un nuovo tipo di grafica con spazio specifico dedicato alla misurazione del dolore. La grafica modificata è stata adottata anche per le cure domiciliari;
- b) é stata creata una lista di Referenti per la maggior parte delle U.O. Ospedaliere che è in via di completamento e che dovrà successivamente essere formalizzata dalla Direzione Aziendale. Per il territorio sono stati nominati un referente medico e due referenti infermieristici;
- c) sono state adottate le scale Regionali per la rilevazione del dolore sia per gli adulti che per i bambini. Le scale sono state prodotte anche sotto forma di regalo plastificato per tutti gli Operatori sanitari.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

- a) E' stato recepito il documento "Indicatori per le cure palliative" ed è stato posto a regime il Sistema Informativo da marzo 2009 (con recupero delle informazioni dall'inizio dell'anno).

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

- a) Il documento "Tutela dei diritti dei malati inguaribili ed a fine vita e dei malati con dolore" è stato recepito. Per quanto attiene alla lotta del dolore è stato da tempo, prodotto un pieghevole plastificato, presente in ogni stanza di degenza su ogni comodino. E' in corso di elaborazione un documento unitario che comprenda anche i diritti dei malati inguaribili e a fine vita, in collaborazione con il Comitato Ospedale e Territorio senza dolore, e l'UU.RR.PP. e le cure Palliative domiciliari.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

- a) Non attuata in quanto l'ULSS 8 non ha un Hospice.

ULSS 10 – SAN DONA’ DI PIAVE

DGRV n. 1090 del 6/5/2008

- a) La rilevazione del dolore come 5° parametro vitale è stato argomento trattato specificamente nell’ambito del Corso Aziendale obbligatorio sulla Cartella clinica (3 edizioni), rivolto ai Direttori e Coordinatori Infermieri delle UU.OO.CC. dei presidi ospedalieri. E’ stato introdotto in via sperimentale nei reparti di medicina (rilevazione su termografica e registrazione in cartella) a partire da quest’anno, mentre è già utilizzato sistematicamente nei reparti di chirurgia che partecipano al Protocollo Aziendale del trattamento del dolore post-operatorio;
- b) sono stati individuati i referenti infermieri e medici delle UU.OO. ospedaliere. E’ previsto per i prossimi mesi un Corso di Formazione avanzato loro dedicato;
- c) è stato recepito il documento e trasmesso alle UU.OO.CC di Pediatria.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

- a) E’ stato recepito il documento “Indicatori per le cure palliative” e a partire dal corrente anno si sta ponendo a regime il Sistema informativo, pur con le notevoli difficoltà legate ad una insufficiente rete.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

- a) E’ stato recepito il documento “Tutela dei diritti dei malati inguaribili ed a fine vita e dei malati con dolore”;
- b) sono state formulate delle note esplicative relative ai possibili trattamenti del dolore in ambito ospedaliero (in particolare sul trattamento del dolore post-operatorio e la partoanalgesia) e predisposto materiale informativo a disposizione del pubblico utente;
- c) delle note informative sono state redatte con il contributo del C.O.S.D. aziendale.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

- a) E’ stata recepita ed è già in uso la “Scheda per la valutazione di accessibilità all’hospice” nell’ambito della U.V.M.D.

ULSS 12 - VENEZIANA

DGRV n. 1090 del 6/5/2008

Per quanto concerne l'assistenza ospedaliera, rispetto alle raccomandazioni per la valutazione e il trattamento del dolore, occorre distinguere:

Ospedale Santi Giovanni e Paolo:

- a) È in corso l'accreditamento ECM per l'evento formativo, svolto dai componenti del Comitato Aziendale per l'Ospedale senza dolore di Venezia (DGR 309/2003), rivolto agli infermieri, per l'addestramento alla rilevazione del dolore come parametro vitale, con l'utilizzo della scala VAS (*scala visiva analogica*), come da indicazione aziendale. La prima edizione del corso suddetto è prevista il 16 settembre c.a.;
- b) la rilevazione sistematica del dolore e la relativa terapia è adottata presso l' Oncologia Medica e la Radioterapia;
- c) in Ostetricia è possibile usufruire dell' analgesia durante il travaglio di parto, in alcune fasce orarie;
- d) i referenti medici ed infermieristici per la creazione della rete aziendale per la lotta al dolore sono stati richiesti ai Direttori di Struttura Complessa dalla Direzione Medica.

Ospedale dell'Angelo:

- a) Con specifico Piano Formativo, accreditato ECM, il Comitato Aziendale ha svolto attività di formazione e gli infermieri già adottano la scheda di rilevazione del dolore, annotando giornalmente tale parametro sulla scheda infermieristica;
- b) in particolare, presso l'Ospedale dell'Angelo si sta svolgendo uno studio epidemiologico sulla prevalenza del dolore, per valutare la percentuale di pazienti che lamentano dolore sul totale dei pazienti presenti in ospedale (prevalenza) nonché l'appropriatezza della prescrizione farmacologica rispetto all'intensità del dolore rilevato mediante la scala VAS;
- c) secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, per un dolore di intensità lieve (I grado scala VAS) andranno utilizzati farmaci tipo paracetamolo/fans; per un dolore di intensità media (II grado scala VAS) sono indicati gli oppioidi deboli; per un dolore di intensità grave (III grado scala VAS) sono indicati gli oppioidi forti;
- d) sempre all'Ospedale dell'Angelo, sono stati indicati i referenti medici ed infermieristici per il dolore ai fini della creazione della rete aziendale.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

Il Direttore del Dipartimento Oncologico della ULSS 12 Veneziana ha inviato la modulistica degli indicatori per le cure palliative ai Responsabili degli Hospices e dell'AVAPO di Venezia e Mestre, invitandoli ad adeguare le proprie rilevazioni ai dettami della Regione.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

Tutte le azioni suggerite sono soddisfatte nella nostra Azienda, a parte la costituzione formale del Nucleo Cure Palliative, che pure esiste ed opera in quattro sottogruppi, distinti per i due Hospices e per le due ODO, rispettivamente di Venezia e di Mestre.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

Il Direttore del Dipartimento Oncologico della nostra Azienda ha inviato le schede per la valutazione di accessibilità all'hospice ai Responsabili degli Hospices di Venezia e Mestre, ai fini della loro adozione in presenza di un paziente con le caratteristiche descritte nella scheda suddetta.

ULSS 13 - MIRANO

DGRV n. 1090 del 6/5/2008

- a) Il controllo del dolore come parametro vitale è stato introdotto nella pratica assistenziale modificando alcune tipologie di cartelle cliniche ovvero rifacendone altre ex novo;
- b) sono stati identificati nelle varie UOC i referenti medici ed infermieri per il dolore. E' già stata portata a termine la prima sessione di formazione ed aggiornamento ECM per il Comitato Aziendale "Ospedale senza dolore" per un totale di 12 ore svolte in due diverse date (6 maggio e 20 maggio 2009, altre sessioni sono già programmate per l'autunno) in cui sono stati affrontati i seguenti argomenti: fisiopatologia del dolore, gli anestetici locali e le loro modalità d'uso, il controllo del dolore in emergenza con blocchi nervosi ed il controllo del dolore ostetrico-ginecologico. La conduzione presso i servizi di appartenenza dei programmi di lotta al dolore è in corso di attuazione;
- c) la tutela per i pazienti, qualora lamentino un insoddisfacente trattamento del dolore è sempre stata assicurata, oggi lo è in modo più diffuso, appropriato e competente;
- d) le schede di misurazione e valutazione del dolore per gli adulti ed i bambini sono state adottate e distribuite presso le singole unità operative ed è stata effettuata la formazione per consentirne un uso corretto.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

In ordine al recepimento del documento "Indicatori per le cure palliative" è stato posto a regime parzialmente in quanto:

1. il numero dei deceduti per NPL (1° indicatore di esito) viene calcolato con una sfasatura (ritardo) di circa 6 mesi dal momento che i decessi vengono segnalati tramite la scheda ISTAT alla Regione e i dati vengono poi ritornati all'Azienda dopo circa 6 mesi;
2. non essendo presente l'Hospice a livello Aziendale, non si possono calcolare gli indicatori relativi.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

Sono stati distribuite brochure a tutti gli operatori ed ai cittadini interessati (Volontari e MMG, PLS, Distretti, etc.) per illustrare l'attività dell'Ospedale e dei Distretti nell'ambito della terapia del dolore e delle cure palliative e rappresentare i diritti del cittadino malato a fine vita o con dolore. Per interessamento dell'URP e del Comitato Aziendale per la pratica clinica sono state pubblicizzate a stampa e diffuse a tutti i soggetti interessati.

Non applicabile in quanto l'Azienda non dispone di Hospice.

ULSS 14 - CHIOGGIA

DGRV n. 1090 del 6/5/2008

- a) è stato introdotto il dolore come parametro vitale registrandone la misura nel diario clinico del paziente, che dovrà quindi prevedere uno spazio specifico:

OSPEDALE	TERRITORIO
Non in modo sistematico in tutte UU.OO. ospedaliere	Sì, nelle UU.OO. Cure Primarie – servizio ADI con l'utilizzo della VAS (scala analogica)
Eventuali difficoltà: differente sensibilità culturale nelle diverse UU.OO. ospedaliere	
Sono in corso le relative procedure e verranno concluse entro il 31/12/2009	

- b) è stata creata la figura dei referenti infermieristico e medico per il dolore in ogni servizio e unità di degenza ospedaliera con il compito di:
- formazione del personale alla corretta valutazione e all'appropriato trattamento del dolore
 - conduzione presso i servizi d'appartenenza dei programmi di lotta al dolore promossi dal Comitato Aziendale contro il dolore d'intesa con la Direzione Generale;
 - tutela per i pazienti qualora lamentino un insoddisfacente trattamento del dolore;

OSPEDALE	TERRITORIO
E' individuato un referente medico presso le UOC. di Anestesia e Rianimazione dei due ospedali dell'Azienda, che funge da punto di riferimento per tutte le UOC del rispettivo P.O.	tali compiti sono affidati alla figura del medico palliativista del NCP (dr.ssa Monica Maccari) attiva dal mese di aprile 2009
Eventuali difficoltà: da perfezionare ulteriormente il coordinamento tra le UOC di Anestesia e Rianimazione e gli altri reparti.	Eventuali difficoltà: prima dell'aprile 2009 non era prevista nel territorio una figura specifica con tali competenze

- c) sono stati recepiti il documento “Raccomandazioni per la valutazione ed il trattamento del dolore”, la “Scheda di valutazione del dolore – per bambini dai 3 ai 7 anni di età” e la “Scheda di valutazione dolore – per adulti e bambini di età maggiore ai 7 anni di età”.

OSPEDALE	TERRITORIO
<p>La “Scheda di valutazione dolore – per adulti e bambini di età maggiore ai 7 anni di età” è stata adottata presso le UOC di Anestesia e Rianimazione dei due ospedali dell’Azienda</p> <p>la “Scheda di valutazione del dolore – per bambini dai 3 ai 7 anni di età” è in fase di adozione presso le UOC di Pediatria dei due ospedali dell’Azienda</p>	<p>NO</p> <p>Eventuali difficoltà: carenze di personale nell’ambito delle cure palliative</p>
	<p>Sono in corso le relative procedure e verranno concluse entro il 31/12/2009</p>

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

Il documento “Indicatori per le cure palliative” non è stato formalmente recepito, ma sono state effettuate delle riunioni propedeutiche per l’attivazione del sistema informativo, che è prevista dal 1/1/2010.

Sono attivi il software ed il caricamento dei dati richiesti, ma non una modalità automatica di estrazione degli indicatori.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

- a) Il documento “Tutela dei diritti dei malati inguaribili ed a fine vita e dei malati con dolore” non è stato recepito;

- b) l'Azienda ULSS non ha formulato note nelle quali siano contenuti i diritti del cittadino a fine vita o con dolore esigibili nelle pratiche assistenziali suscettibili di periodica revisione con il miglioramento della qualità dei servizi e della tutela offerti; di conseguenza non vi è stata pubblicizzazione;
- c) le note di cui al precedente punto b) non sono ancora state realizzate. Per la loro predisposizione, prevista entro il 31/12/2009, verrà richiesto il contributo dell'URP, del Comitato Aziendale per la pratica clinica e del Comitato Aziendale Ospedale senza dolore, cure palliative e terapia domiciliare al malato neoplastico.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

Pur non disponendo ancora di Hospice nel territorio dell'Azienda, le UU.OO. Cure Primarie dei due Distretti Socio Sanitari utilizzano la "Scheda per la valutazione della accessibilità all'hospice" nella valutazione in UVMD per l'invio presso strutture localizzate in altre Aziende.

ULSS 15 - ALTAPADOVANA

DGRV n. 1090 del 6/5/2008

- a) E' stato introdotto il dolore come parametro vitale, tutti i reparti si stanno attivando per individuare uno spazio specifico nel diario clinico riservato alla misura del dolore;
- b) in quasi tutti i reparti dei due Presidi Ospedalieri è stata creata la figura dei referenti infermieristici e medici per il dolore;
- c) secondo quanto previsto dall'allegato b) e c) del DGRV 1090/2008, sono in preparazione le schede per la valutazione del dolore (bambini dai 3 ai 7 anni e sopra i 7 anni).

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

Il documento "Indicatori per le cure palliative" è stato recepito. Si sta provvedendo alla realizzazione di un sistema informatizzato dedicato per documentare l'attività delle cure palliative. I dati raccolti, secondo l'indicazione del DGRV 1608/2008 permetteranno il monitoraggio dei processi assistenziali e l'esito delle cure e dell'assistenza prestata.

La formazione è stata garantita attraverso corsi interdisciplinari (medici, infermieri, psicologi) nonché con specifica formazione per i medici tutor che intervengono nel territorio.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

1. Il documento "Tutela dei diritti dei malati inguaribili ed a fine vita e dei malati con dolore" è stato recepito. A riguardo è stato istituito un progetto aziendale ove ci si avvale della presenza di psicologi a sostegno del paziente, della sua famiglia e del personale sanitario (ADI – Medici - Hospice);
2. sono state formulate note nelle quali sono contenuti i diritti del cittadino a fine vita o con dolore esigibile alle pratiche assistenziali: concetto di globalità della sofferenza, partecipazione del malato al dimensionamento delle cure, scelta del luogo di cura, lotta al dolore superfluo.

E' stata data adeguata pubblicità alle suddette note, attraverso convegni ed incontri con le Associazioni di Volontariato, con i Dirigenti Medici e Coordinatori Infermieristici dei rispettivi Presidi Ospedalieri (Cittadella – Camposampiero). Inoltre è in cantiere un convegno aperto ad operatori e cittadinanza. E' stata preparata e distribuita una guida ad uso delle famiglie dei malati. L'informazione è stata inoltre condotta attraverso calendari consegnati ai Distretti Socio - Sanitari, ai Servizi e ai Reparti. Sarà prossimamente in stampa la Carta dei Diritti dei Morenti. A breve inoltre sarà

disponibile on line presso il sito dell'Azienda Ulss 15 una breve presentazione del Nucleo di Cure Palliative e di tutta la modulistica per la segnalazione di un paziente con criteri di eleggibilità per le cure palliative. Verrà infine privilegiato il rapporto con il Comitato Etico Ospedaliero e con le Associazioni di Volontariato.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

Si conferma l'utilizzo della "Scheda per la valutazione di accessibilità all'hospice" (Centro Residenziale per le cure palliative "Il Melograno" di Camposampiero) compilata attraverso i criteri regionali di ammissione sia vincolanti che di priorità.

- 1) è stato introdotto il dolore come parametro vitale registrandone la misura nel diario clinico del paziente, che prevede spazio specifico?

Ospedale per acuti: Si è conclusa una prima fase di formazione al personale, per sensibilizzare lo stesso al monitoraggio del dolore tra i parametri vitali. Non è ancora sistematica, tuttavia, la registrazione del dolore tra i parametri vitali. Gli strumenti utilizzati dal SECC (Servizio Continuità delle Cure) prevedono il dolore come parametro vitale. Viene utilizzata inoltre, per i casi in cure palliative, la scheda STAS.

Territorio: il dolore viene valutato per tutti gli utenti seguiti a domicilio, in quanto è stato inserito nella scheda di valutazione dei problemi di salute e dei bisogni assistenziali utilizzata sia dai MMG al momento della richiesta di una qualsiasi forma di ADI, sia dal personale infermieristico, ogni volta che viene valutato un paziente. Anche al momento della UVMD vengono sistematicamente valutati i bisogni assistenziali con la stessa scheda. In pazienti che presentano dolore, a seconda dei casi, l'intensità dello stesso è misurata con VAS o con STAS. In particolare anche nelle strutture di Hospice il parametro "dolore" viene misurato con VAS e con STAS, ed esiste uno spazio specifico nella cartella.

- 2) è stata creata la figura del referente infermieristico e medico per il dolore in ogni servizio ed unità di degenza ospedaliera?

È stato costituito un Comitato Aziendale contro il Dolore, che prevede la presenza di figure operanti sia nell'ospedale per acuti che nel territorio, al fine di promuovere le iniziative contro il dolore nelle strutture Ospedaliere e Territoriali e di delineare il programma aziendale per la lotta al dolore. A livello ospedaliero sono state identificate la figura del referente infermieristico e medico per il dolore in ogni unità operativa.

- 3) è stato recepito il documento "Raccomandazioni per la valutazione e il trattamento del dolore"

Oltre a quanto già affermato in precedenza, si comunica che è in corso, ad opera del servizio infermieristico, la revisione sistematica di tutti gli opuscoli per pazienti e familiari (gestione domiciliare di problematiche croniche) in modo da contenere anche informazioni sul riconoscimento e sulla gestione del dolore. Non ci sono ancora, invece, protocolli per la comunicazione con i pazienti né sistematicamente guide pratiche sul trattamento del dolore.

Per quanto riguarda la formazione sul dolore, non sono stati organizzati nell'ultimo anno eventi specifici. Per quanto riguarda il consumo di analgesici, non sono stati fatti, nel 2008, interventi specifici. Il consumo di tali farmaci è monitorato dal servizio farmaceutico.

Nelle ULSS della Regione Veneto si sta sviluppando sempre più un Sistema Informativo Territoriale, centrato in particolare sui servizi di Assistenza Domiciliare. Il Sistema Informativo di Distretto – Assistenza Domiciliare Integrata (SID-ADI) è un sistema centrato non sulle prestazioni, ma sulla presa in carico della persona, della quale vengono registrati problemi di salute e bisogni assistenziali, valutati in modo mono o multi-dimensionale, nonché i servizi attivati, gli accessi domiciliari, e il percorso che la stessa percorre all'interno della rete dei servizi.

Nel momento in cui è sorta l'esigenza di raccogliere informazioni sulle "cure di fine vita" nella nostra ULSS, è stato pertanto costituito un gruppo di lavoro per definire in modo confrontabile come conteggiare i pazienti in cure palliative e come monitorarlo in maniera specifica utilizzando il nostro sistema informativo.

Le cure palliative ed il sistema informativo dell'ULSS 16 di Padova, fino al 2008.

Nell'organizzazione dell'ULSS 16 si è scelto di costituire un NCP integrato all'interno degli altri servizi territoriali (Assistenza Domiciliare Integrata, Cure primarie, Continuità assistenziale, strutture residenziali). Il fatto di non avere personale completamente dedicato, rende possibile raggiungere un maggior numero di persone, con uno spettro di "intensità di assistenza" molto variabile. Tuttavia dal punto di vista informatico ciò rende la tracciabilità dei pazienti più difficoltosa.

Definire le cure palliative non è facile dal momento che si tratta di un settore in continua evoluzione. Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1990), le cure palliative (CP) sono una serie di interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla "cura attiva, totale dei pazienti la cui malattia non risponde più ai trattamenti curativi". Scopo delle cure palliative, in cui "è fondamentale il controllo del dolore, di altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali", è il "raggiungimento delle migliore qualità di vita per i pazienti e le loro famiglie".

Una definizione alternativa, che si apre di più verso le forme non oncologiche, maturata in seno alla Commissione per le Cure Palliative del Ministero della Sanità (1999), afferma che i "destinatari delle CP sono i pazienti affetti da malattia evolutiva irreversibile, di cui la morte è una diretta conseguenza, quando le cure specifiche non trovano più una indicazione o quando i pazienti stessi, consapevoli della loro situazione, lo richiedono. Le CP sono tutte le cure destinate a migliorare la qualità di vita o non orientate a controllare il processo evolutivo della malattia". Esse "affermano la vita e considerano il morire come un processo naturale non affrettano né pospongono la morte offrono sollievo del dolore e degli altri sintomi disturbanti, integrano gli aspetti psicologici e spirituali della cura del paziente offrono un sostegno ai pazienti per consentir loro di vivere il più attivamente possibile fino alla morte, offrono un sostegno alla famiglia per affrontare la malattia e il lutto". In sintesi entrambe queste definizioni sottolineano, per poter parlare di "cure palliative", la necessità che siano presenti una prognosi infausta, la non disponibilità di terapie "curative", la manifestazione di sofferenza della persona, caratterizzata da sintomatologia che influisce sulla qualità della vita.

Per quanto riguarda la presa in carico di pazienti in cure palliative oncologiche, l'inizio di un approccio di tipo palliativo dovrebbe coincidere più o meno nel momento in cui si abbandona ogni forma di terapia curativa, quando cioè l'equipe sposta il proprio obiettivo dal "cercare di curare la

persona” a quello di “controllare i sintomi della patologia” (Figura 1). Tra l’inizio dell’approccio palliativo e la progressione rapida verso il decesso (fase terminale) può passare un intervallo di tempo molto variabile.

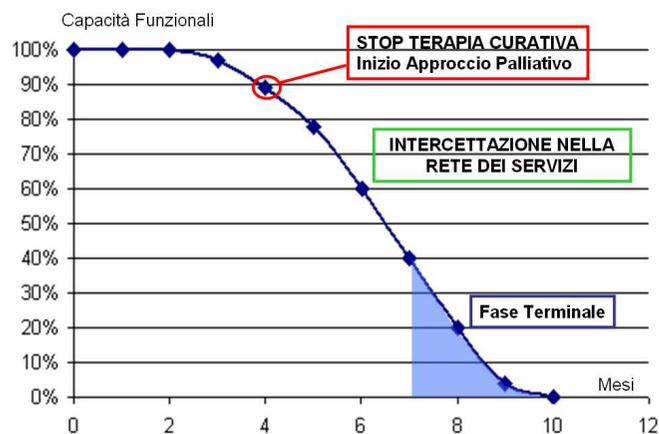


Figura 1: Esempio di andamento della malattia nella Terminalità Oncologica

Ovviamente nelle diverse fasi che il paziente e la sua famiglia attraversano dal momento in cui si rinuncia a portare avanti un approccio curativo a quello del decesso e del lutto, vi sono bisogni diversi, che trovano nella rete dei servizi risposte diverse, e di diversa intensità. Ci siamo pertanto chiesti quando iniziare a considerare tali persone, nel monitoraggio dei pazienti in cure palliative.

Otteniamo infatti cifre sostanzialmente diverse, se conteggiamo tutte le persone con necessità di approccio palliativo intercettate dalla rete dei servizi, o solamente le persone valutate, o quelle prese in carico dalla rete, o quelle inserite in un protocollo specifico di cure palliative.

Fino al 2008, per individuare all’interno del SID-ADI le persone con bisogno di approccio palliativo abbiamo preso in considerazione una serie di parametri (diagnosi principale; rilevazione dei Problemi di Salute/Bisogni assistenziali; valutazione multidimensionale con progetto di cure palliative e/o di hospice; compilazione della scheda STAS nell’ambito di un percorso di cure palliative). I dati così raccolti, ricavati dal Sistema Informativo di Distretto,

identificavano tali pazienti attraverso alcuni indici, che in precedenza si erano dimostrati validi per identificare tali soggetti. Trattandosi tuttavia di dati raccolti in modo indiretto in alcuni casi non è stato possibile ottenere i dati richiesti dalla Regione in modo disaggregato.

Le cure palliative ed il sistema informativo dell’ULSS 16 di Padova, dal 2009.

Nel corso del 2009 è stato iniziato un percorso di adeguamento del sistema informativo, per ottenere gli indicatori richiesti dalla Regione. Tale adeguamento prevede alcuni step:

- 1) Revisione degli strumenti informatici per quanto riguarda i progetti di cure palliative.
- 2) Integrazione dei dati relativi alle persone in cure palliative, con alcuni flussi correnti sui ricoveri e sull’attività domiciliare
- 3) Integrazione con i dati sul luogo di morte.

Difficoltà e criticità

La difficoltà maggiore è data dal fatto che il NCP è integrato all’interno degli altri servizi territoriali e che alcuni campi informativi non sono presenti nel sistema informativo di distretto, e non sono facilmente inseribili.

Oltre a questo, a parte per i soggetti deceduti all'interno di Hospice e di Strutture residenziali o ospedaliere, è difficile stabilire con certezza il luogo del decesso. In questo senso si sta lavorando assieme al servizio di Igiene Pubblica, al fine di incrociare i dati con il database dei medici necroscopi.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

- 1) E' stato recepito il documento "Tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita e dei malati con dolore"
- 2) Sono state formulate note nelle quali siano contenuti i diritti del cittadino a fine vita o con dolore esigibili nelle pratiche assistenziali, suscettibili di periodica revisione con il miglioramento della qualità dei servizi e della tutela offerti.
- 3) le sopraccitate note sono state pubblicizzate esponendole nei luoghi di cura e offrendole a coloro che se ne gioverebbero.

Difficoltà e criticità

Il documento "Tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita e dei malati con dolore" è stato recepito in parte. Le note sui diritti del cittadino a fine vita sono in corso di stesura. La bozza verrà discussa con il Comitato Aziendale contro il Dolore

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

A Padova sono presenti due strutture con funzione di Hospice.

Il primo Hospice, attivo dal 2002, è ubicato presso l'edificio "Residenze Giubileo" della Fondazione Opera Immacolata Concezione onlus in località Mandria. Ha una dotazione di 12 posti letto per malati neoplastici terminali, non più suscettibili di guaribilità per la malattia principale ma con necessità di trattamenti antalgici e di cure palliative e non gestibili a domicilio.

La terapia antidolorifica e di supporto viene effettuata in una struttura accogliente e dignitosa, col supporto di specialisti, dove l'accesso ai familiari è completamente libero, svincolato da orari

I pazienti oncologici sopraindicati, ricoverati presso i Presidi Ospedalieri di Padova, possono accedere all'Hospice gratuitamente previa una adeguata informazione e un loro preventivo consenso.

Le modalità di ingresso sono le seguenti:

- per il paziente residente presso l'ULSS n. 16 la richiesta dell'Unità Operativa Ospedaliera dovrà essere inviata al Medico di Medicina Generale che ha in cura il paziente, il quale attiverà una Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) nel distretto di appartenenza;
- per il paziente residente fuori ULSS n. 16 la richiesta dell'Unità Operativa Ospedaliera dovrà essere inviata direttamente al Dirigente medico responsabile dell'Hospice.

In entrambi i casi viene effettuata una valutazione multidimensionale, utilizzando gli strumenti contenuti nella scheda SVAMA, ed una valutazione del controllo del dolore, degli altri sintomi, dello stress di paziente e care-giver e della consapevolezza di malattia del paziente e del care giver utilizzando la scheda STASS. Tutti i dati raccolti con questi strumenti sono presenti anche nel sistema informativo di distretto (SID).

Nel 2009 è stata aggiunta a questi strumenti la scheda per la valutazione di accessibilità all'Hospice proposta dalla Regione Veneto; lo strumento è stato presentato in occasione di una riunione del coordinamento dei distretti ed è al momento in uso. Non sono ancora disponibili dati sulla % di utilizzo dello strumento. È possibile comunque stimare che, almeno per tutti i soggetti valutati dal punto di vista multidimensionale per l'accesso alla struttura, tale scheda venga utilizzata.

Punto a) Introduzione del dolore come parametro vitale nella documentazione clinica:

- la scala di misurazione del dolore (NRS) è stata introdotta nelle schede di monitoraggio del dolore post operatorio facendo parte di una specifica procedura già operativa da almeno due anni;
- l'NRS è stato introdotto nella cartella informatica del Pronto Soccorso;
- l'NRS viene attualmente utilizzato a regime presso:
 - * l'UO di Terapia Antalgica e Cure Palliative (sia in ambito ambulatoriale, sia in ambito domiciliare nei pazienti oncologici, sia nei pazienti monitorati dopo richiesta di consulenza presso altre UUOO ospedaliere);
 - * l'UOC di Medicina del Presidio Ospedaliero di Este che ha inserito la rilevazione e il trattamento del dolore come obiettivo di budget;
- è in corso di attuazione la cartella clinica informatizzata da parte del CED aziendale (Centro Elaborazione Dati), al quale sono state date specifiche indicazioni per l'inserimento dell'NRS come campo obbligatorio di compilazione.

Punto b) Creazione della figura dei referenti infermieristico e medico per il dolore:

- i referenti sono stati identificati con successiva nomina ufficiale del COSD nel 2008. Sono previsti incontri specifici per valutare le problematiche rilevate da queste nuove figure e coadiuvarle nella soluzione dei problemi riscontrati. L'attività di questi referenti è supportata e si raffronta con i componenti del COSD.

Punto c) Recepimento del documento “Raccomandazioni per la valutazione e trattamento del dolore”:

- analizzando i vari punti del documento e confrontandoli con le attività promosse dal COSD, operativo con Delibera Aziendale dal 2003 e recentemente rinnovato, è emerso che buona parte dei problemi segnalati erano già stati identificati ed erano già state poste in essere le soluzioni adeguate;
- per quanto riguarda le Schede di valutazione del dolore proposte, sia per l'adulto che per il bambino, segnaliamo che già da tempo sono operative schede di valutazione del dolore sottoposte a varie revisioni e modifiche, ragione per cui tali schede non sono state adottate e si è preferito mantenere le schede predisposte ad hoc.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

Per quanto riguarda l'attuazione di un sistema informatizzato per la rilevazione degli indicatori per le Cure Palliative, tale sistema è in fase attuativa ed è prevista, salvo complicazioni, una sua fase sperimentale a partire da ottobre 2009. Nella stesura di tale programma sono coinvolti il CED aziendale, l'UOS Dip.le Terapia Antalgica e Cure Palliative, l'UOC Cure Primarie e il COSD.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

La redazione del documento relativo alla tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita e dei malati con dolore è in corso di elaborazione. Alla stesura del documento il COSD ha coinvolto l'UOS Dip.le Terapia Antalgica e Cure Palliative, il Comitato Etico e l'URP.

Si prevede che il documento sarà ufficializzato entro il mese di settembre e ne sarà data adeguata pubblicizzazione ed informazione all'utenza con le modalità che saranno concordate con la Direzione Strategica dell'Azienda.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

Per quanto riguarda l'utilizzo della Scheda di accessibilità all'hospice, si segnala che tale scheda è stata recepita da un gruppo di lavoro (composto da referenti delle UUOO Cure Primarie, Hospice e Terapia Antalgica e Cure Palliative) che sta predisponendo una procedura operativa per la segnalazione, valutazione e presa in carico del paziente oncologico sia a provenienza territoriale che ospedaliera.

Dall'analisi del documento regionale sono emerse alcune criticità che sono in corso di valutazione da parte del gruppo di lavoro e che verranno inviate al Coordinamento a tempo debito per opportuna conoscenza.

Il dolore è stato introdotto quale V parametro vitale rilevato e registrato nella documentazione sanitaria. In particolare sia che si tratti di cartella clinica in formato cartaceo che digitale è stato predisposto uno apposito spazio dedicato alla misurazione del dolore, secondo la scala NRS per gli adulti, e secondo la scala di Bieri nei bambini dai 3 ai 7 anni. Sono stati anche predisposti appositi “righelli plastificati” per entrambe le misurazioni e resi disponibili agli operatori sanitari al fine di aiutare il paziente a meglio identificare il proprio grado di dolore durante la rilevazione. Nelle schede predisposte per la rilevazione del dolore è stata considerata anche la valutazione di ulteriori segni e sintomi correlati per una completa valutazione multidimensionale nella gestione del dolore, dovendo quindi specificare nel dettaglio la tipologia di dolore, la sede e altri segni o sintomi presenti. Essendo stato predisposto tale spazio per la rilevazione non sempre viene riportato nel diario clinico il valore indicato, in quanto agli operatori sanitari pare sufficiente (e queste erano anche le indicazioni) la visualizzazione dell’informazione nelle apposite schede per poi impostare direttamente la terapia e/o i provvedimenti medico-assistenziali da adottare.

Alla luce di tale aspetto il Comitato Ospedale Senza Dolore, nell’ultimo incontro effettuato in aprile 2009, ha concordato di effettuare un monitoraggio puntuale nei reparti al fine di verificare che a fronte di una rilevazione e registrazione del dolore nelle apposite schede ci sia una corrispondenza, quando necessario, di un eventuale trattamento secondo indicazioni fornite. Per svolgere tale indagine conoscitiva il comitato ha intenzione di chiedere la collaborazione dei referenti di reparto recentemente aggiornata. Al fine di strutturare in modo ottimale la rete di operatori sanitari in tale ambito, nell’agosto 2008, con formale nota, la DMPO, in riferimento alla DGRV 1090/2008, ha chiesto a ciascun direttore di SOC/SOS di nominare o confermare un referente medico ed infermieristico per il dolore.

Successivamente per i nuovi referenti, ma anche per i neoassunti, che nell’arco degli ultimi cinque anni si sono turnati presso l’Azienda Ulss 18 Rovigo, è stata in seguito predisposta apposita formazione con l’obiettivo di sensibilizzare gli stessi alla corretta valutazione e appropriato trattamento del dolore.

Essendo trascorsi cinque anni dalla prima nomina dei membri del Comitato Ospedale Senza Dolore (Delibera del Direttore Generale n. 604 del 28/11/2003), si è ritenuto necessario procedere anche ad un rinnovo dello stesso individuando la composizione del gruppo di lavoro aziendale ed i ruoli dei componenti nei termini indicati dalla nuova delibera del Direttore Generale n. 146 del 17/02/2009. In conclusione preme precisare che tra le prime attività che il Comitato Ospedale Senza Dolore si è proposto di attuare (sarà motivo di discussione nell’incontro pre estivo dello stesso), oltre alla indagine conoscitiva di cui sopra citata, le seguenti azioni:

1. elaborazione di specifici depliant informativi per UO/servizi a disposizione del paziente sull’importanza di segnalare il dolore. L’obiettivo è quello di cercare di aumentare la consapevolezza dei pazienti nel riferire il dolore al personale sanitario;
2. tralasciare, per ora, la tipologia di formazione frontale (tradizionale) sul dolore che è stata comunque effettuata ai referenti di reparto, ai neoassunti e anche al corso di Laurea Infermieristica, per passare ad un approccio educativo/formativo mirato. Ovvero si è da tempo pensato di istituire percorsi formativi ad hoc operando per piccoli gruppi; si è pensato di organizzare due o più “*focus group*” con personale medico ed infermieristico in modo da ricavare informazioni utili al fine di ottimizzare questo intervento formativo/educativo. Tale attività sarà

possibile gestire grazie al supporto di alcuni membri del Comitato e in particolare con la figura dello psicologo, che nel frattempo sta acquisendo formazione in tale ambito, per:

- conoscere i fondamenti e le regole della tecnica;
- imparare a condurre un focus group;
- acquisire i principi dell'analisi del contenuto.

Operativamente ed inizialmente si è deciso di attivare tale attività per l'ambito ritenuto in primis più critico e delicato, ovvero l'area oncologica.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

Il documento "Indicatori per le cure palliative" non è stato recepito in maniera formale ma è stata fornita la maggior parte dei dati richiesti. Si sta cercando di strutturare un sistema informativo che consenta un monitoraggio continuo degli indicatori di cui alla deliberazione.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

Si evidenzia che è stata elaborata una carta dei servizi quale documento fornito ai propri utenti. In esso sono descritti finalità, modi, criteri e strutture attraverso cui l'Hospice viene attuato, diritti e doveri, modalità e tempi di partecipazione, procedure di controllo che l'utente ha a sua disposizione. La Carta è lo strumento fondamentale con il quale si attua il principio di trasparenza, attraverso la esplicita dichiarazione dei diritti e dei doveri sia del personale, sia degli utenti.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

Si comunica che è attivo un hospice per pazienti neoplastici in fase terminale. L'hospice "Casa del Vento Rosa" di Lendinara è inserito nella rete di cure palliative della ULSS 18 di Rovigo ed è in via di allestimento. Il servizio in convenzione con la Casa Albergo per anziani di Lendinara è affidata alla responsabilità clinica del Direttore della SOC di Terapia del Dolore e Cure Palliative dell'ULSS18 di Rovigo.

I medici della SOC accedono giornalmente all'hospice e mantengono una reperibilità telefonica per le restanti ore della giornata in cui non c'è la presenza del medico in tale struttura.

I criteri di accesso all'hospice (valutazione di accessibilità in hospice) sono quelli suggeriti dalla scheda raccomandata dalla Regione Veneto, in particolare il ricovero in hospice è vincolato alla presenza di 4 criteri:

- paziente con aspettativa di vita non superiore ai 6 mesi;
- completamento di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia;

- esclusione di terapie specifiche volte alla guarigione della malattia;
- indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50;
- decesso del paziente non prevedibile nei prossimi 3 giorni.

I criteri che determinano la priorità orientativa, che può essere derogata da particolari condizioni di eccezionalità ricalcano i criteri suggeriti dalla Regione. In particolare si tiene in considerazione dei seguenti elementi: inadeguatezza del domicilio, solitudine del malato, incapacità della famiglia ad una assistenza continua a domicilio.

Sono ulteriori criteri che orientano verso il ricovero in hospice: la presenza di: dolore incontrollabile, nausea e vomito incoercibili e presenza di sistemi di infusione spinali non gestibili dal paziente o dal familiare.

Infine il ricovero in hospice può rappresentare un momento di sollievo temporaneo per la famiglia con l'impegno di riaccogliere il malato al proprio domicilio quando le condizioni iniziali potrebbero essere ritornate verso una maggiore stabilità

L'ammissione all'hospice è sempre e comunque subordinato all'assenso espresso dal soggetto o dai suoi familiari, informati sugli obiettivi del trattamento e sulle regole; viene definita dall' Unità di Valutazione Multi Dimensionale (UVMD).

Nel caso di pazienti ricoverati presso i presidi dell'ULSS 18 il medico ospedaliero curante segnala tramite telefonata o utilizzando l'apposito modulo di segnalazione alla SOC di assistenza Primaria che attiverà la UVMD che comprende il responsabile clinico dell'hospice o un suo collaboratore. Se il paziente è presso il proprio domicilio sarà il medico di medicina generale ad attivare la UVMD.

Nel caso che la UVMD ritenga opportuno proporre il ricovero in hospice, la documentazione sarà trasmessa al Direttore dei Distretti il quale non appena sarà disponibile il posto letto, ne disporrà il ricovero tramite impegnativa di residenzialità inviata alla struttura.

ULSS 19 - ADRIA

DGRV n. 1090 del 6/5/2008

ASPETTI CULTURALI FORMATIVI

- Il personale medico e infermieristico delle UU.OO.dell'ULSS 19 Adria è stato formato alle cause, valutazione e trattamento del dolore con CORSI accreditati ECM (4 edizioni con un totale di 180 partecipanti nell'anno 2008).Gli eventi formativi erano già iniziati nel 2002 (rivolto a 270 operatori) e continuati negli anni successivi (3 all'anno) come aggiornamento e verifica con i referenti medici e infermieristici dei vari reparti.
- Riunioni quadrimestrali con le figure dei referenti
- Sono state redatte e diffuse linee guida pratiche sul trattamento del dolore acuto. postoperatorio e neoplastico
- Il numero dei componenti dei CCD formati sulla metodologia MCQ sono 4.
- N. tre richieste annuali dagli Infermieri e medici referenti ma anche dal personale delle UU.OO. relative alle richieste di formazione concernenti il dolore

ASPETTI DI RILEVAZIONE DEL DOLORE

- E' stata preparata una scheda iniziale del dolore (simile all'allegato C Dgr 1090) da inserire nelle cartelle cliniche del Dipartimento medico e si prevede la distribuzione entro dicembre 2009.
- Nelle grafiche del Dipartimento di Medicina e nella schermata computerizzata del Pronto Soccorso è stata inserita la scala numerica ma viene compilata solo saltuariamente, anche se una valutazione verbale a 4 livelli è spesso presente nel diario infermieristico. Nei reparti chirurgici la rilevazione dell'intensità del dolore tramite NRS viene registrata nelle schede del monitoraggio del dolore postoperatorio, quindi solo le prime 48 ore post intervento. In pediatria dall'inizio del 2009 a tutti i bambini ricoverati viene compilata la cartella antalgica
- Non sono presenti protocolli di rilevazione del dolore nel paziente non comunicante
- E' presente una rilevazione mensile da parte dei referenti infermieristici dei reparti chirurgici del rispetto delle indicazioni del protocollo, degli effetti collaterali della soddisfazione dell'utente. Queste rilevazioni vengono analizzate nelle riunioni del Comitato Ospedale senza dolore e i referenti ogni 4 mesi.

ASPETTI DI RELAZIONE CON IL PAZIENTE

- Nei protocolli non sono presenti raccomandazioni comunicative

- Sono presenti nelle U.O. depliant sull'importanza di segnalare il dolore
- Non è presente una Carta dei Diritti del malato sulla gestione del dolore
- Si svolgono colloqui informativi sulle offerte assistenziali alla dimissione e si fornisce un depliant informativo con recapiti telefonici.
- Nelle schede di trattamento e monitoraggio del dolore postoperatorio è presente una domanda specifica di soddisfazione a fine assistenza

ASPETTI OPERATIVI TRATTAMENTO DEL DOLORE

- 100% delle schede del dolore postoperatorio riportano la prescrizione iniziale, le dosi salvataggio e la valutazione del dolore dopo 60', la stessa percentuale è rilevata per i pazienti neoplastici seguiti dal Servizio di Terapia Antalgica e quindi con una prescrizione specialistica. Le schede per la parto analgesia vengono compilate in ogni sua parte compresa quella della soddisfazione
- Le raccomandazioni per il trattamento del dolore sono reperibili in tutte le UU.OO
- E' presente un servizio di terapia Antalgica a cui afferiscono le richieste di consulenze
- Nel 2008 dalle UO N° 82 consulenze per cure palliative e N° 45 consulenze antalgica
- La lettera di dimissione dei pazienti dalle varie U.O. seguiti anche dal servizio di terapia antalgica attualmente riportano la terapia del dolore impostata durante il ricovero. E' in corso di preparazione un'integrazione alla lettera con la terapia dettagliata, l'appuntamento per il controllo e i riferimenti telefonici h 24, si prevede l'attivazione entro giugno 2009.

ASPETTI ORGANIZZATIVI

- In ogni U.O è presente un medico e infermiere referente (allegato anche in formato file come da voi richiesto)
- Non c'è tempo dedicato per i referenti del dolore e non ci sono riunioni all'interno delle UO per discussione sulle tematiche di dolore
- N° 4 eventi formativi nell'anno 2008
- Nei pazienti chirurgici, il dolore viene rilevato nel 100% dei casi e scritto nelle scheda di monitoraggio del dolore, nei pazienti della medicina il dolore rilevato, viene scritto nel diario clinico (in corso d'implementazione una scheda apposita per la valutazione del dolore)
- È presente in Azienda il CCD secondo DGR 309/2003
- Gli incontri del CCD /anno hanno cadenza quadrimestrale
- I dati sono inviati annualmente all'Osservatorio Regionale
- Gli eventi formativi/anno sono n. 4
- E' presente una delibera di programma aziendale di lotta al dolore (N. 244 del 26/06/03 e N. 115 del 27/02/08)

- Non vi sono risorse finanziarie e di personale dedicate al programma
- Solo l'UO di Anestesia e Rianimazione ha inserito tra gli obiettivi di budget le attività contro il dolore
- Nel PTO sono presenti i farmaci per il trattamento del dolore e viene preparata una relazione annuale del consumo di analgesici

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

- Il documento "Indicatori per le cure palliative" è stato recepito ed il sistema informativo ivi descritto è in fase di attuazione.
- Gli indicatori sono stati trasmessi nella relazione annuale all'Osservatorio Regionale dell'anno 2008.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

- E' in fase di attuazione la formulazione di note nelle quali siano contenuti i diritti del cittadino a fine vita o con dolore.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

- E' in uso la scheda per la valutazione di accessibilità all'hospice.
- In corso la stesura di un progetto migliorativo per l'istituzione di un nucleo cure palliative territoriale. Attualmente, a domicilio, le cure palliative, esaurita la fase ospedaliera in cui il paziente è seguito dal team della Terapia Antalgica, sono erogate dal MMG e dal Servizio di assistenza domiciliare. L'ambulatorio di Terapia Antalgica continua ad assistere questi pazienti, la loro famiglia e gli operatori del territorio che li seguono, telefonicamente e con accessi ambulatoriali (orario: 8.00-14.00 dal lunedì al venerdì per i restanti giorni ed orari viene fornito il recapito telefonico della Rianimazione).

ULSS 20 - VERONA

DGRV n. 1090 del 6/5/2008

- Il dolore viene registrato come parametro nella cartella infermieristica di ogni UOA ospedaliera;
- in ogni UOA ospedaliera è stata individuata la figura del referente infermieristico e del referente medico per il dolore, che hanno assunto il ruolo di formatori dell'èquipe per una corretta valutazione e trattamento del dolore.

Sono stati sviluppati i seguenti programmi di lotta al dolore, d'intesa con il Comitato aziendale contro il dolore:

- **analgesia post-operatoria**, sviluppata mediante l'elaborazione di protocolli analgesici multimodali e di modulistica per la prescrizione degli stessi e la rilevazione quantitativa del dolore. Tale servizio di "Acute pain management", prevede il monitoraggio algologico dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per le prime 24h successive all'intervento stesso;
- **partoanalgesia**, viene garantita nell'arco delle 24 ore. Attualmente la percentuale di parti assistiti dal punto di vista antalgico in Italia è del 3,5%; presso l'Ospedale di S. Bonifacio la percentuale è ad oggi del 20% con l'obbiettivo di raggiungere l'interessamento del 30% dei parti naturali.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

Il documento "Indicatori per le cure palliative" è stato recepito ed il Sistema informativo aziendale è stato predisposto per monitorare i dati di attività necessari.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

Il Comitato aziendale ha effettuato una valutazione complessiva dell'organizzazione attuale, nominando un gruppo di lavoro con il compito di stendere un primo documento contenente i diritti del cittadino a fine vita o con dolore esigibili nelle pratiche assistenziali. Tale gruppo ha provveduto alla prima stesura della "Carta dei diritti del cittadino con dolore", che è all'esame del Comitato etico per la pratica clinica e dell'URP aziendale; successivamente sarà recepito con atto formale da parte della Direzione aziendale.

Il Comitato aziendale ha ritenuto di rinviare temporaneamente la predisposizione della parte del documento riguardante la tutela dei diritti dei malati inguaribili ed a fine vita, in considerazione che è in atto una riorganizzazione dell'assistenza a questi malati, con la creazione effettiva dei nuclei di cure palliative (NCP) distrettuali ed un incremento delle risorse dedicate a tale attività.

A conclusione dei lavori del Comitato, sarà data la necessaria pubblicizzazione dei documenti, in particolare nelle UOA ospedaliere, negli Hospice e nei Servizi ADI.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

La scheda per la valutazione di accessibilità all'Hospice è regolarmente in uso sin dal 2008; il suo utilizzo è parte integrante del colloquio di pre-ingresso effettuato nei due Hospice di Cologna Veneta e Marzana.

ULSS 21 - LEGNAGO

DGRV n. 1090 del 6/5/2008

- E' stata elaborata una scheda standard di rilevazione del dolore;
- é stato definito l'elenco dei referenti medici ed infermieristici ospedalieri del dolore;
- sono state definite linee – guida per la rilevazione del dolore ed è in uso un questionario anonimo sul grado di soddisfazione del paziente per il trattamento del dolore post – chirurgico ricevuto;
- sono stati effettuati corsi di formazione aziendale sul dolore.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

Tutte le UVMD che sono coinvolte in un progetto di assistenza domiciliare che prevede la presa in carico distrettuale di un adulto/anziano con trattamento di cure palliative sono dal 1/1/2009 formalmente identificabili ed aggregabili nel software gestionale del distretto.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

Si darà corso ad una definitiva attuazione delle indicazioni regionali nel prossimo periodo con la redazione di un documento finale approvato dal Comitato aziendale plenario con la partecipazione del servizio URP e del Tribunale dei diritti del malato, già presente all'interno del Comitato aziendale "Ospedale e territorio senza dolore".

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

Nessuna informazione.

AZIENDA OSPEDALIERA DI VERONA

DGRV n. 1090 del 6/5/2008

- In data 28 gennaio 2009 l'Azienda Ospedaliera di Verona ha costituito il "Comitato contro il dolore e per le Cure di Fine Vita (deliberazione n. 118 della Direzione Generale) con il compito di iniziare ad affrontare in maniera organica e sistemica tutta la materia al fine di attuare le indicazioni nazionali e regionali in materia;
- non tutti i reparti ad oggi hanno introdotto il dolore come parametro vitale e recepito il documento sulle raccomandazioni per la valutazione ed il trattamento del dolore con relative schede di valutazione (per pazienti adulti e pediatrici);
- a tal proposito il Comitato ha provveduto a stendere un questionario che è già stato somministrato alle unità operative aziendali interessate al fine di indagare in maniera dettagliata la situazione esistente e, quindi, di impartire i conseguenti indirizzi in materia per l'elaborazione dei programmi aziendali e degli specifici interventi da attuare all'interno di ciascuna unità operativa. In questi giorni è iniziata la fase di analisi delle risposte al questionario medesimo;
- si è nel frattempo concluso l'avvio da parte delle unità operative aziendali dei nominativi dei referenti medici ed infermieristici per il dolore.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

Il Sistema informativo per le cure palliative non ci vede ad oggi coinvolti essendo a carico dell'Azienda ULSS e conseguentemente non risultano introdotti i relativi specifici indicatori.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

- Il documento "Tutela dei diritti dei malati inguaribili ed a fine vita e dei malati con dolore" è stato recepito con delibera aziendale n. 643 del 3 giugno 2009;
- esso contiene note riguardanti i diritti esigibili nelle pratiche cliniche da parte del cittadino a fine vita o con dolore ed è stato formulato con la partecipazione ed il contributo dei rappresentanti dell'U.R.P., del Comitato aziendale per la pratica clinic e del Comitato contro il dolore e per le cure di fine vita;

- a tale documento verrà data prossimamente adeguata pubblicizzazione.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

Si stanno già sperimentando delle forme di collaborazione di dimissione protetta dei pazienti ricoverati tra l'U.O. Oncologia Medica O.P. e gli "hospice" territoriali di Marzana e Cologna Veneta con il coinvolgimento di un referente della Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera e di uno dei medici di medicina generale del territorio dell'Azienda Ulss 20, nonché dei sanitari incaricati dei distretti socio – sanitari di residenza dei pazienti stessi. Tale sperimentazione già include l'utilizzo di specifici e concordati criteri di accesso all'hospice, molto simili a quelli stabiliti dalla normativa regionale. Con l'Azienda Ulss 20 è stato infatti deciso di adottare i criteri regionali previsti nella "Scheda per la valutazione di accessibilità all'hospice" solo al termine della sperimentazione, una volta che la procedura sia divenuta "a regime", interessando anche le altre unità operative aziendali.

AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

DGRV n. 1090 del 6/5/2008

- Relativamente alla cartella clinica informatizzata il dolore è stato introdotto come parametro vitale ed è stato predisposto uno spazio specifico nel diario clinico del paziente per la valutazione, su scala NRS. La registrazione del dolore come parametro vitale è stato adottato da tutti i reparti nella documentazione infermieristica, su scala NRS;
- la figura del referente medico e infermieristico è stato individuato per tutte le unità operative. Sono stati individuati i referenti medici ed infermieristici, precisando che essendo stati da poco nominati non hanno ultimato il percorso formativo e, pertanto non si ritiene opportuno che vengano resi pubblici i nominativi. Sarà nostra cura comunicare l'ultimazione della formazione ed eventuali sostituzioni dovute a trasferimenti, cessazioni o altro;
- è stato recepito il documento "Raccomandazioni per la valutazione ed il trattamento del dolore". Relativamente alla "Scheda di valutazione del dolore per adulti e per bambini di età maggiore ai sette anni" è recepita nei contenuti, tuttavia, la forma grafica potrà subire delle modifiche per adattarla alla documentazione in uso nelle Unità operative. Relativamente alla "Scheda di valutazione del dolore per bambini dai 3 ai 7 anni di età" sono state adottate le tre scale proposte, modificate per alcuni aspetti in base ai suggerimenti dati dalla letteratura internazionale.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

E' stato recepito il documento "Tutela dei diritti dei malati inguaribili ed a fine vita e dei malati con dolore". Tuttavia, essendo in atto a livello aziendale la revisione dell'intero processo relativo alla tutela del paziente con dolore, si è concordato con l'URP aziendale che la formulazione delle note per i pazienti non fossero formulate come puro recepimento della deliberazione regionale ma fossero inserite nel progetto aziendale come momento conclusivo del processo di revisione e garanzia per tutti i pazienti di poter avere un trattamento omogeneo e rispondente a quanto indicato nelle note, durante tutto il ricovero ed in ogni struttura dell'Azienda Ospedaliera.

Per quanto riguarda il Dipartimento di Pediatria si precisa che non esistono attualmente indicatori specifici per quanto riguarda la rete di Cure palliative pediatriche. L'unico indicatore presente nel documento allegato alla Conferenza Stato – Regioni del marzo 2008 è l'avvenuta deliberazione regionale riguardante l'organizzazione di rete/hospice dedicati. La Regione Veneto ha deliberato a riguardo nel dicembre 2003 (deliberazione n. 4029). Il Centro regionale Veneto di cure palliative sta lavorando per la definizione di indicatori da proporre a livello nazionale.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

Per quanto riguarda la rete pediatrica il documento “Tutela dei diritti dei malati inguaribili e di fine vita e dei malati con dolore”, è stato pienamente recepito, sia per quanto riguarda le modalità cliniche, organizzative (reperibilità continuativa medico – infermieristica, cartella informatizzata...) che informative della utenza (libretto informativo sulle CPP e libretto informativo sul dolore procedurale, incontri con le associazioni di patologia e di famiglia, scuole...) e di ricerca epidemiologica (Riferimento come progetto pilota per il Ministero della Salute). Attualmente è in via di definizione una carta dei servizi per l’utenza che verrà condivisa con gli UU.R.P. Il Centro di cure palliative pediatriche si è fatto promotore di un progetto europeo per la stesura di raccomandazioni e linee – guida nella organizzazione di modelli assistenziali nelle CPP, rivolta ai decisori politici ed organizzativi della salute pubblica. Il testo verrà proposto al Parlamento Europeo ed a tutti i Ministeri della Salute delle Nazioni Europee.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

Non sono in uso la scheda regionale per la valutazione di accessibilità all’hospice pediatrico. Il Centro di Cure Palliative pediatriche si è dotato di una propria scheda di valutazione per problemi che identifica l’eleggibilità dei pazienti.

ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO

DGRV n. 1090 del 6/5/2008

Il principale sforzo è stato quello di adottare la rilevazione del dolore tenendo conto delle varie realtà operative all'interno dell'Istituto e dei vari regimi di erogazione delle prestazioni medesime (ricovero per acuti: ordinario, diurno e prestazioni ambulatoriali di chemioterapia). Nelle varie UU.OO. si sono adottati modelli uguali per i ricoveri sia diurni sia ordinari mentre per il servizio di chemioterapia ambulatoriale si è adottato un modello più consono alla situazione.

Nell'Istituto sono stati attuati tutti gli indirizzi proposti dalla deliberazione giuntale, con l'introduzione della scala VAS ai fini della valutazione quantitativa del sintomo nocicettivo e la sua individuazione qualitativa e anatomica, introducendo anche l'ora della rilevazione in riferimento alla terapia somministrata. Si aggiunge che nell'adozione della cartella informatica sono stati introdotti gli stessi modelli per la valutazione del dolore.

Sono stati effettuati corsi di formazione per il personale medico ed infermieristico sul trattamento del dolore post - chirurgico. L'Istituto ha prodotto anche linee - guida sul dolore con le procedure sulla gestione dello stesso. Sono stati individuati per ogni UU.OO. i referenti medici ed infermieristici per il dolore.

Alcune unità non hanno individuato il personale infermieristico solo per il tipo di organizzazione datasi da questo Istituto. La sezione cure ha un'unità allargata del personale infermieristico che fa capo ad un unico coordinatore, in particolar modo per le due oncologie mediche.

DGRV n. 1609 del 17/6/2008

L'Istituto ha prodotto un vademecum da dare al paziente oncologico in cui tra le varie cose viene preso in considerazione anche il problema dolore.

ISTITUTO DI CURA SAN CAMILLO

DGRV n. 1090 del 6/5/2008

- È in fase di studio con le capo sala dei vari piani ospedalieri le modalità per introdurre la rilevazione del dolore quale parametro vitale coinvolgendo altri I.P. quali eventuali referenti;
- è stato individuato il medico referente per il dolore;
- è stata introdotta la scheda per la valutazione ed il trattamento del dolore nella cartella clinica cercando di sensibilizzare i medici per la compilazione.

DGRV n. 1608 del 17/6/2008

Non attuata in quanto presso l'Istituto non è attivo alcun servizio di cure palliative.

DGRV n. 3318 del 4/11/2008

Non attivata la scheda di accesso all'hospice.