

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO  
\*\*\*\*\*

26 APR. 1999

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL

ADDI' 26 APR. 1999

NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

BADALONI	Pietro	Presidente	FEDERICO	Maurizio	Assessore
COSENTINO	Lionello	Vice Presidente	HERMANIN	Giovanni	"
ALEANDRI	Livio	Assessore	LUCISANO	Pietro	"
AMATI	Matteo	"	MARRONI	Angiolo	"
BONADONNA	Salvatore	"	META	Michele	"
CIOFFARELLI	Francesco	"	PIZZUTELLI	Vincenzo	"
DONATO	Pasquale	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Saverio Guccione.  
..... OMISSIS

COSENTINO - LUCISANO - META

ASSENTI: \_\_\_\_\_

DELIBERAZIONE N° 2243

OGGETTO: Approvazione del Progetto sperimentale per l'istituzione di una struttura dedicata all'assistenza palliativa e di supporto per pazienti oncologici terminali "Hospice" presso la casa di cura S. Francesco Caracciolo.



OGGETTO: approvazione del Progetto sperimentale per l'istituzione di una struttura dedicata all'assistenza palliativa e di supporto per pazienti oncologici terminali "Hospice" presso la casa di cura S. Francesco Caracciolo.

## LA GIUNTA REGIONALE

SU proposta dell'Assessore alla Salvaguardia e cura della salute;

VISTO il D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTE le linee guida del 20.02.1996 Ministero della Sanità concernenti "l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia", con le quali viene indicato l'iter diagnostico razionale ed il trattamento multidisciplinare a favore dei malati neoplastici in tutte le fasi della malattia;

VISTO il piano sanitario 1998/2000 pubblicato sul supplemento ordinario della G.U. n. 288 del 10.12.1998;

VISTA la propria deliberazione del 12.06.98 n. 2446 concernente "Attività e servizi assistenziali in fase sperimentale a favore di particolari categorie di utenza, con la quale la Giunta regionale ha dato mandato all'Assessore alla salvaguardia e cura della salute di attivare tutte le iniziative ritenute opportune ai fini della definizione di specifici protocolli innovativi dal punto di vista organizzativo che, oltre a soddisfare i rappresentati bisogni sanitari, possono costituire esperienze pilota di nuovi modelli assistenziali di riferimento;

CONSIDERATO che detto provvedimento individua sia le strutture presso cui attivare i progetti sperimentali sopra richiamati sia le istituzioni preposte alla progettazione, coordinamento e sorveglianza delle attività assistenziali previste;

VISTO il decreto legge 28.12.1998 n. 450 concernente "Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000" convertito nella legge 26 febbraio 1999 n. 39;

VISTO, in particolare, l'art. 1 che prevede la realizzazione in ogni Regione di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire una agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale, che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari;

CONSIDERATO altresì che detto articolo prevede, tra l'altro, che le suddette strutture dovranno essere realizzate attraverso l'adeguamento e la riconversione di strutture che si sono rese disponibili in conseguenza della ristrutturazione della rete ospedaliera di cui all'art. 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549 e successive modificazioni;



RITENUTO che, nelle more della emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento che dovrà fissare i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio dell'attività sanitaria di cui all'art. 1 comma 2, della legge 26 febbraio 1999 n. 39, sia necessario, in relazione alle verificate esigenze nel settore, avviare la sperimentazione di una struttura dedicata all'assistenza palliativa e di supporto per i pazienti oncologici terminali "hospice" quale modello assistenziale innovativo sul piano organizzativo e metodologico, realizzato in un contesto dimensionale e strutturale specifico;

RITENUTO che detto servizio dovrà collocarsi a livello intermedio nell'ambito della rete dei servizi costituita dall'assistenza ospedaliera e dall'assistenza domiciliare specialistica e valorizzare la presa in carico della persona e la fruizione, da parte della stessa, di prestazioni residenziali e domiciliari in relazione allo stato della malattia;

PRESO ATTO della disponibilità della Casa di cura S. Francesco Caracciolo sita in Roma viale Tirreno 200, ad aderire alla sperimentazione concordando le specifiche modalità da individuare a livello regionale;

VISTO il progetto sperimentale per l'istituzione di una struttura dedicata all'assistenza palliativa e di supporto per pazienti oncologici terminali "hospice" presso la casa di cura privata S. Francesco Caracciolo, elaborato dall'Azienda Usl Roma/A e dalla casa di cura stessa e comprensivo degli aspetti valutativi, organizzativi ed operativi, nonché degli strumenti di sorveglianza della sperimentazione;

RITENUTO che il sistema individuato, riferito ai criteri di ammissione, ai protocolli di trattamento ed alla verifica dei risultati, costituisce elemento di garanzia per la scientificità e la qualità degli interventi erogati, per la necessaria continuità assistenziale da assicurare tra l'ospedale ed il domicilio, per la formazione continua del personale impiegato e per i rapporti con le Associazioni di volontariato;

RITENUTO che, anche in relazione a quanto concordato negli incontri avvenuti sia presso l'Assessorato alla Salvaguardia e cura della salute sia presso la casa di cura, l'attivazione della sperimentazione dovrà avvenire con gradualità in considerazione della necessità di garantire comunque agli attuali ricoverati la continuità assistenziale e pertanto verrà utilizzata a tal fine la recettività disponibile;

RITENUTO quindi di poter approvare il progetto sperimentale di cui sopra, che costituisce parte integrante della presente deliberazione, in quanto rappresenta uno strumento valido ai fini dell'avvio della sperimentazione del servizio in questione;

RITENUTO di dover rinviare gli aspetti economici e tariffari connessi alla sperimentazione ad un successivo provvedimento, sentita anche l'Azienda Usl RM A competente per territorio;

VISTA La legge 15 maggio 1997, n. 127;

all'unanimità



**D E L I B E R A**

Per le motivazioni di cui in premessa, che integralmente si richiamano;

1. di approvare il progetto sperimentale "hospice" presso la Casa di cura S. Francesco Caracciolo, che costituisce parte integrante della presente deliberazione, in quanto rappresenta uno strumento valido ai fini dell'avvio della sperimentazione di un servizio dedicato all'assistenza palliativa e di supporto per i pazienti la cui patologia non risponde ai trattamenti disponibili e che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari;
2. di rinviare gli aspetti economici e tariffari connessi alla sperimentazione ad un successivo provvedimento, sentito il Consiglio regionale, competente per territorio.

Il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi della legge 127 del 15 maggio 1997, articolo 17 comma 32.

IL PRESIDENTE: f.to PIETRO BADALONI  
IL SEGRETARIO: Dott. Saverio GUCCIONE

11 MAG. 1999

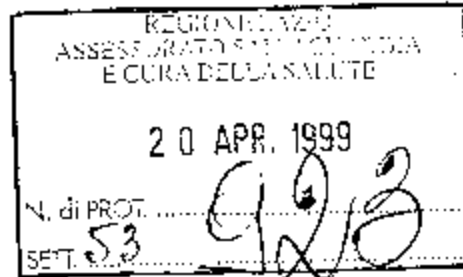


Casa di cura S. Francesco Caracciolo s.r.l.  
00141 Roma - Viale Tirreno, 200 - Tel. 8173203

Roma, li .....  
19 Aprile 1999

All'Assessorato  
Cura e Salvaguardia della Salute  
Regione Lazio

Via R.R. Garibaldi n. 7  
00145 - Roma -



Si trasmette in allegato il progetto riguardante l'istituzione di un HOSPICE presso la Casa di Cura San Francesco Caracciolo s.r.l. elaborato in collaborazione con l'Azienda USL ROMA.

L'Amministratore Unico  
Luca de Marchis



ALLEG. alla DELIB. N. 2263  
23 APR. 1999  
DEL .....

*ku*

*Handwritten signature*

ALLEG. alla DELIB. N. *2248*  
DEL *26 APR* 2008

*km*

CASA DI CURA  
SAN FRANCESCO CARACCILO S.R.L.

H O S P I C E



*[Handwritten signature]*

## PREMESSA

La malattia neoplastica attraversa lungo la sua evoluzione diverse tappe ed assume diverse caratteristiche che impongono di volta in volta diverse strategie terapeutiche.

Per quanto in questa sede vogliamo mettere in rilievo, inizialmente ogni neoplasia è suscettibile ad un'ampia gamma di terapie, e quanto più la malattia si trova in fasi iniziali, tanto più essa è controllabile con terapie chirurgiche, o mediche antiblastiche, o radianti o con altre terapie.

Per tale motivo viene posta grande attenzione e vengono impegnate notevoli risorse economiche nel tentativo di diagnosticare precocemente la malattia e per attuare nei migliore dei modi quelle complesse terapie integrate, che possono portare a guarigione il paziente.

Ma la guarigione al momento si raggiunge in meno della metà dei casi.

Negli altri casi la malattia progredisce e si fa sempre meno responsiva alle varie terapie, in quanto si selezionano gruppi di cellule resistenti.

Da ciò deriva una fondamentale conseguenza: dato che ogni terapia è gravata da non indifferenti effetti tossici, con il progredire della malattia gli effetti tossici aumentano, mentre gli effetti terapeutici diminuiscono per la progressiva acquisizione di resistenza.

Si raggiunge quindi il punto in cui gli effetti tossici bilanciano o sopravanzano il risultato terapeutico.

A tal punto le terapie summenzionate non sono più indicate e non sono più necessarie quelle strutture sanitarie, costose e scomode per il paziente, che erano state utilizzate quando la malattia era ancora responsiva alle terapie.

Ovviamente anche in questa fase è necessaria una accurata assistenza essenzialmente sintomatica e di supporto, nonché un particolare tipo di assistenza infermieristica e medica. La struttura ospedaliera che accoglie il paziente deve rispondere ad altri requisiti, essenzialmente caratterizzati da minore tecnologia e maggiore comfort e accoglienza.

Non è un mistero il fatto che finora queste ultime esigenze sono state trascurate e nell'intento di investire capitali in modo da perseguire un progresso scientifico, si è giunti a creare un enorme squilibrio tra l'impegno dedicato al malato neoplastico che ha una speranza di vita di sei mesi od oltre, e l'impegno per il malato con previsione di sopravvivenza inferiore.

E' ormai opinione comune che si deve agire con sollecitudine nell'attrezzare strutture ricettive adeguato alle esigenze dei malati neoplastici non più sensibili alle terapie antitumorali, e quanto prima si realizzeranno tali strutture, tantopiù se ne ricaverà un vantaggio per il paziente e per l'equilibrio dell'intervento pubblico nella sanità.

Scopo dell'attuale iniziativa è quello di rispondere all'esigenza di fornire la struttura idonea ai bisogni caratteristici del paziente che pur in presenza di una malattia del tutto o in parte invalidante, non può più giovare di terapie antitumorali, chirurgiche, antiblastiche o radianti.



Spesso tali malati sviluppano un particolare rapporto con la propria malattia per cui il soggiorno in Istituti di cura per acuti, non può giovare alle loro condizioni, ma spesso è nocivo.

E' noto che l'organizzazione stessa del lavoro negli Ospedali per acuti impone dei ritmi, degli orari, delle regole che trovano la loro giustificazione solo nel presupposto di un soggiorno breve, scomodo, ma accettabile nella misura in cui si riesce a realizzare una sollecita dimissione con il superamento dei problemi che hanno causato il ricovero.

Il malato neoplastico in fase avanzata, non solo non trae dal ricovero il beneficio che compensi il disagio, ma finisce anche involontariamente con "l'intralcio" l'attività per i pazienti acuti.

Il malato oncologico deve invece trovare una situazione a propria misura, rispondente alle esigenze della persona con il mantenimento delle normali abitudini di vita ed uno stretto rapporto con la famiglia. In rapporto alle fasi della malattia ed alle caratteristiche dell'assistenza richieste possono essere programmate diverse modalità di intervento che sostanzialmente fanno capo all'hospice :

- assistenza domiciliare
- assistenza semiresidenziale
- assistenza residenziale



Questi tre momenti realizzano il concetto di assistenza in Hospice offrendo una totale presa in carico della persona ed adeguando la qualità e la quantità delle prestazioni offerte alle variabili esigenze dei singoli malati.

Il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 prevede nell'obiettivo II una particolare attenzione ai problemi dei malati oncologici, individuando, tra gli interventi per il miglioramento della qualità della vita, le seguenti iniziative :

- produzione, diffusione ed adozione di linee guida per l'assistenza ai malati oncologici terminali ;
- attivazione di appropriati programmi di riabilitazione e per la terapia palliativa e del dolore ;
- diffusione di forme di assistenza domiciliare che favoriscano il consenso della famiglia e della rete sociale del paziente.

E' da considerare attuativa delle suddette iniziative la legge 26.2.1999 n.39 nella quale è prevista la realizzazione in ciascuna regione di una o più strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto, prioritariamente ai pazienti affetti da patologie neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari.

A large, stylized handwritten signature in dark ink, followed by the initials "A." at the bottom right of the page.



Dette strutture dovranno essere tali da assicurare l'integrazione con l'assistenza domiciliare e le altre attività di assistenza sanitaria erogate nell'ambito della regione.

## FINALITA'

In relazione alle specifiche esigenze del malato oncologico in fase avanzata di malattia, gli obiettivi da raggiungere attraverso l'istituzione di una struttura dedicata sono :

1. miglioramento della qualità della vita residua del paziente
2. miglioramento della qualità della morte ed aiuto all'elaborazione del lutto per i familiari

da realizzare attraverso :

- a) offerta di cure palliative finalizzate al controllo del dolore e degli altri sintomi per permettere al paziente di condurre un'esistenza "piena" ;
- b) l'attenzione verso la persona piuttosto che verso gli aspetti diagnostico-curativi della malattia ;
- c) l'attenzione per la qualità della vita residua ;
- d) sostegno alla famiglia.

## OBIETTIVI ASSISTENZIALI

La modalità principale di intervento consiste nella presa in carico del malato e della sua famiglia da realizzare attraverso:

- a) valutazione dei bisogni globali della persona ;
- b) elaborazione di un programma personalizzato di cure palliative orientato a migliorare la qualità della vita ;
- c) elaborazione di un percorso assistenziale flessibile in rapporto alla fase della malattia comprendente la residenzialità, la semiresidenzialità e l'assistenza domiciliare ;
- d) attuazione del programma terapeutico che abbia come presupposto l'instaurazione di una reale comunicazione tra operatori, malato e famiglia ;
- e) operatività caratterizzata da una attuazione concreta del lavoro in équipe multidisciplinare



*[Handwritten signature]*

## ORGANIZZAZIONE

- hospice (struttura residenziale dedicata ) nella quale vengono erogate le cure palliative e di supporto per il periodo necessario, garantendo un ambiente di vita confortevole, con ritmi di vita ed orari simili al domicilio e con la possibilità di ospitare anche un componente della famiglia ;
- assistenza semiresidenziale, nella quale vengono erogate le prestazioni in regime di assistenza diurna con la possibilità di rientro in famiglia per la notte, legata al periodo nel quale il malato è in grado di spostarsi senza disagio ;
- assistenza domiciliare, nei casi in cui esista il supporto di un nucleo familiare idoneo e non sia necessaria l'assistenza medica continua ; gli interventi domiciliari sono realizzati dalla stessa équipe che ha in carico il malato.

## CRITERI DI ACCESSO

- 1) Pazienti affetti da patologia tumorale maligna in fase avanzata e/o terminale non suscettibili di interventi causali ;
- 2) necessità di cure palliative tali da non richiedere il ricovero in ospedale ;
- 3) valutazione di un'apposita commissione integrata con l'oncologo.



## VALUTAZIONE DI ACCESSO

La valutazione dell'accesso è demandata ad una apposita Unità Valutativa Oncologica ; nella stessa dovranno essere presenti sia operatori della Azienda USL RMA che medici della Casa di cura. Nella more, la funzione valutativa è affidata alla Unità Valutativa del Centro di Assistenza Domiciliare integrata con un oncologo dell'Azienda e con un medico della casa di cura.

In particolare l'unità valutativa oncologica provvederà a :

- a) valutare la richiesta di ammissione ;
- b) programmare l'intervento più appropriato in rapporto alla fase della malattia .

## MODALITA' DI ACCESSO DEI PAZIENTI

La Casa di Cura si ripropone di poter attuare un'assistenza integrata fino ad un tetto massimo di 50 pazienti. -

Tuttavia, in considerazione del diverso impegno legato ai diversi tipi di assistenza erogati, il suddetto numero di 50 potrà essere ridotto a causa del particolare gravame dei pazienti al momento assistiti.

I pazienti che necessitano di assistenza integrata, dovranno dar pervenire la richiesta alla Direzione della Casa di Cura, la quale valuterà l'idoneità del paziente.

I pazienti vengono quindi accettati previa autorizzazione della USL quando la Casa di cura comunica la recettività per un nuovo paziente.

Il medico curante del paziente compila un apposito modulo e lo inoltra dapprima alla Direzione della Casa di cura e quindi alla USL.

Per medico curante si intende sia il medico della Divisione Ospedaliera presso la quale il paziente è degente, sia il medico di base qualora il paziente si trovi non ricoverato al momento della presentazione della domanda.

Il modulo contiene tutte le informazioni circa la malattia del paziente, le terapie pregresse ed in atto, le condizioni cliniche attuali, le terapie nonché i presidi medico-chirurgici dei quali il paziente abbisogna al momento e che si ritengono necessari nel prosieguo.

Un'altra sezione del modulo contiene la descrizione delle condizioni socio-economiche e familiari del paziente, con indicazione dei familiari che possono collaborare all'assistenza sia durante il ricovero che a casa, mettendo in evidenza quelle caratteristiche abitative e familiari che rendono difficoltosa l'assistenza domiciliare.

La Casa di cura valuterà la domanda al fine di accertare:

- 1) che lo stadio della malattia del paziente non richiede terapie effettuabili solo in Ospedale per acuto, e che il ricovero nell'Hospice non compromette in alcun modo la speranza di sopravvivenza,
- 2) che il tipo di assistenza della quale il paziente necessita sia erogabile nell'Hospice;
- 3) che la previsione di sopravvivenza del paziente sia congrua con il programma di ricovero;
- 4) la USL verificherà anche le condizioni socio-economiche, familiari ed abitative di cui sopra, anche al fine di stabilire l'urgenza del ricovero stesso

Qualora la malattia assuma un decorso per il quale si ritiene necessario un temporaneo ritorno del paziente in Istituto per acuti, la Direzione Sanitaria dell'Hospice dispone il ritorno del paziente all'Istituto di provenienza, o in altro Istituto per acuti, a seconda delle necessità e dell'urgenza.



*Handwritten signature*

## LINEE GUIDA NEL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI

L'attività dell'Hospice si compendia nell'attuazione di quel complesso di cure mirate non specificatamente alla lotta contro la malattia neoplastica, bensì alla correzione di tutti i danni e squilibri indotti dalla malattia, comprendendo oltre ai danni fisici, al dolore, ecc., anche alla correzione del disagio psicologico e ambientale che la neoplasia induce nel paziente e nei suoi congiunti.

Si tratta, quindi, di capovolgere l'ordine dei livelli di importanza destinati alle diverse terapie, ponendo al primo posto le terapie cosiddette "palliative": tali terapie diventano il punto qualificante di tutta l'attività, in quanto grazie alla conoscenza e acquisizione delle più moderne tecniche, ci si ripropone di poter garantire al malato il controllo e la correzione degli effetti indotti dalla malattia, nella massima misura in cui ciò è possibile.

Non minore attenzione viene dedicata agli aspetti psicologici che coinvolgono sia paziente che parenti. Nella maggioranza dei casi i parenti chiedono il ricovero del congiunto malato perché si sentono inadeguati a fronteggiare sia i problemi quotidiani che le eventuali emergenze. I parenti lamentano costantemente di essere lasciati soli, senza un sufficiente aiuto da parte delle strutture sanitarie pubbliche, e loro non si sentono in grado di affrontare tutta la responsabilizzazione che l'assistenza al malato terminale comporta.

I dati internazionali più recenti (soprattutto USA e UK) dimostrano che dall'inizio del secolo si è osservato un costante incremento dei decessi avvenuti in Ospedale a discapito di quelli avvenuti a domicilio. Tale tendenza è stata bruscamente invertita laddove negli ultimi anni sono state introdotte strutture che in diverso modo aiutano i parenti che assistono i pazienti terminali a casa; negli USA laddove sono state istituite queste forme di assistenza, la percentuale di decessi avvenuti a casa è salita dal 13% fino anche al 60%.

Da quanto detto finora derivano i due principali scopi che la Clinica si ripropone di ottenere a favore dei suoi pazienti:

- 1) Mettere il paziente in condizioni di poter tornare a casa;
- 2) quando ciò non è possibile, assistere il paziente fino alla fine, fornendogli tutta l'assistenza necessaria e soprattutto tutte le terapie palliative, effettuate da personale altamente specializzato e competente nel campo.

Ai fini del raggiungimento del primo obiettivo il paziente, subito dopo l'accettazione, viene valutato da una équipe multidisciplinare che esamina i motivi che hanno indotto il ricovero e programma il tipo di assistenza.



Nella effettuazione delle terapie necessarie, i parenti vengono coinvolti direttamente e vengono istruiti su come agire durante l'assistenza, su come manovrare eventuali apparecchiature su come effettuare semplici interventi tipo medicazioni, iniezioni, massaggi, ecc.

nel contempo si svolge una valutazione socio ambientale e psicologica del paziente e della sua famiglia.

Si verifica la disponibilità nel singolo caso, della collaborazione del medico di base, dell'ospedale per acuti che in precedenza ha avuto in cura il malato, di eventuali organizzazioni di volontariato operanti nel territorio.

Si organizza la dotazione dei presidi sanitari necessari (letto snodabile, deambulazione, ecc.) assistendo i familiari nelle pratiche per la loro concessione da parte della USL.

Nel caso di assistenza domiciliare o *semiresidenziale*, si organizza un servizio di supporto attraverso una assistenza telefonica 24 ore su 24, e attraverso un'attività di coordinazione di tutti quanti collaborano all'assistenza.

Il rientro in Clinica può essere determinato dalla insorgenza di nuovi problemi clinici, ma anche soltanto dalla necessità di interrompere uno stato di eccessiva tensione familiare, per poter quindi intervenire con adeguato supporto psicologico e quindi programmare un nuovo passaggio in assistenza domiciliare



A  
L

## LE RISORSE UMANE FINALIZZATE AL PROGETTO E L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Nell'Hospice operano un numero notevole di figure professionali con diverse caratteristiche: medici, con particolare competenza nel trattamento del dolore, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, psicologi, assistenti sociali, operatori tecnico assistenziali, assistenti spirituali, ausiliari socio-assistenziali, volontari che hanno tuttavia una formazione specifica ed un addestramento particolare per rapportarsi con questi malati.

Il primo aspetto rilevante riguarda la **selezione del personale**, che si presenta difficile poiché la peculiarità e la novità dell'iniziativa ha fatto mancare finora un terreno comune di esperienza condivisa quale si verifica in moltissime attività sanitarie, tale da consentire una scelta informata da parte soprattutto di infermieri ed ausiliari socioassistenziali. A questa difficoltà si può ovviare con un attento lavoro "a posteriori" attuando una formazione continua e mirata che dia ragione delle difficoltà e senso all'impegno professionale apparentemente in perdita: questa attività formativa e di sostegno deve continuare indefinitamente per mantenere alta la qualità sia dell'assistenza che quella della vita degli operatori.

A questo proposito è anche necessario sottolineare l'importanza di una costante presenza di un psicologo consulente che si prenda cura del personale per indirizzarlo correttamente nell'approccio relazionale con il malato ed i suoi familiari e per sostenere le eventuali difficoltà che possono insorgere nell'esperienza di ognuno degli operatori: questa presenza è articolata in riunioni periodiche sia con i medici che con gli infermieri e gli ausiliari. L'attenzione anche agli ausiliari sembra rilevante perché la loro presenza, sebbene non particolarmente qualificata professionalmente, può essere valorizzata significativamente sul piano dell'attitudine umana per contribuire a creare un clima ed un ambiente accogliente e "caldo" oltre che coinvolgerli a pieno titolo nell'équipe di cura.

Un ruolo, apparentemente incongruo viste le caratteristiche dei malati, ma sostanzialmente assai importante, sarà svolto dai terapisti della riabilitazione: sembrerebbe contraddittorio parlare di riabilitazione in pazienti definiti terminali.



tuttavia la loro presenza sostiene e dà speranza a quanti non sono del tutto immobilizzati nel letto, a quanti trovano nei pochi passi, faticosamente fatti con il loro aiuto, un saldo appiglio alla vita. Naturalmente i programmi e i carichi di lavoro per questi malati devono essere accuratamente dosati per fornire loro la maggiore autonomia compatibile con la loro situazione e per non esporli ad inutili rischi. L'attività dei terapisti della riabilitazione può essere utile anche nel controllo di alcuni sintomi disturbanti quali le contratture muscolari da posizioni viziate a lungo mantenute, l'edema doloroso del braccio che segue spesso una mastectomia, nella prevenzione di fratture patologiche etc....

Sulla base delle considerazioni organizzative ed assistenziali in precedenza citate, ed alla luce delle indicazioni legislative già emanate in alcune Regioni e dei dati di letteratura, si ritiene che un Hospice debba possedere i seguenti requisiti generali in materia di dotazione organica e di competenze professionali specialistiche:

**Dotazione di personale con formazione e/o esperienza in cure oncologiche palliative appartenente ai seguenti profili:**

- Medici (di cui 1 medico coordinatore),
- Infermiere professionale ( di cui 1 coordinatore),
- Personale ausiliario,
- Terapista della riabilitazione,
- Psicologo

Parteciperanno inoltre al lavoro di équipe i seguenti altri operatori:

- assistente spirituale;
- volontari. L'hospice deve a tal fine offrire disponibilità ad accogliere, valorizzare ed utilizzare la presenza di volontari organizzati e appositamente selezionati e formati



Dal punto di vista organizzativo e gestionale dovranno essere garantiti in forma tendenziale e mediante verifica sperimentale dei carichi di lavoro da condurre nell'ambito del progetto in questione, i seguenti standard prestazionali:

- a) almeno una visita medica oltre alla reperibilità 24 ore su 24;
- b) almeno 50 ore paz./anno di assistenza medica specialistica;
- c) almeno 180 min./paz./die di assistenza diretta da parte degli infermieri professionali;
- d) almeno 90 min./paz./die di assistenza tutelare (personale ausiliario e figure specifiche);
- e) almeno 50 ore/paz./anno di assistenza psicologica;
- f) almeno 9 min./paz./die di terapeuta della riabilitazione.

E' pertanto evidente che l'assistenza infermieristica e quella tutelare dovranno essere presenti 24 ore su 24.

**L'organizzazione al lavoro dovrà prevedere:**

- a) riunioni periodiche di tutti i membri dell'equipe;
- b) valutazione multidimensionale del paziente (avendo identificato gli strumenti più idonei quali: test, scale, protocolli diagnostici, protocollo di cura dei sintomi);
- c) formulazione del piano di intervento;
- d) rivalutazione periodica del piano;
- e) formazione permanente del personale;
- f) supporto agli operatori.



**L'assistenza medica dovrà prevedere:**

- a) organizzazione del lavoro orientata sui bisogni del paziente;
- b) utilizzo di cartella medico-infermieristica e di strumenti di misura e di monitoraggio dello stato di validità del paziente, dei sintomi, dell'autonomia, delle funzioni cognitive e dello stato psico-emotivo;
- c) impiego di protocolli diagnostico-terapeutici scritti per il trattamento delle principali sindromi e dei più frequenti sintomi che richiedono palliazione.

*[Handwritten signature]*



**L'assistenza infermieristica dovrà prevedere:**

- a) organizzazione del lavoro orientato sui bisogni del paziente,
- b) utilizzo di una cartella medico-infermieristica e di schede di registrazione dei sintomi;
- c) impiego di protocolli scritti per il trattamento delle principali sindromi e dei più frequenti sintomi che richiedono palliazione.

**L'assistenza tutelare consisterà soprattutto in,,**

- a) aiuto nell'igiene del malato;
- b) mobilizzazione;
- c) alimentazione;
- d) sanificazione dell'ambiente.

La Casa di Cura è situata in Viale Tirreno n. 200 - Roma



A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name or set of initials.

## CARATTERISTICHE STRUTTURALI

Nelle more dell'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento relativo ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi appare opportuno, comunque, garantire nell'ambito della struttura le condizioni igienico-sanitarie e di tutela dei lavoratori previste dalla normativa vigente.

E' necessario, altresì, prevedere condizioni ambientali adeguate all'ospitalità dei familiari delle persone ricoverate, nonché locali da adibire alle attività dei volontari.

In ogni caso, sulla base delle considerazioni assistenziali di cui sopra ed alla luce delle direttive emanate in altre Regioni e dai dati di letteratura, si ritiene che un Hospice debba possedere i seguenti requisiti strutturali generali :

- adeguata dotazione di camere a più letti e singole ( con disponibilità in queste di letto aggiuntivo per consentire l'assistenza di un familiare ) ; all'interno di ogni camera deve essere garantito il libero accesso ed il movimento delle lettighe ;
- servizi igienici annessi alle singole camere ;
- presenza all'interno del nucleo di degenza di sala medica ed infermieristica, oltre al bagno assistito ed al locale per il personale di assistenza con i servizi igienici annessi ;
- presenza nel nucleo stesso di idonei locali per la localizzazione delle attrezzature sanitarie oltre al locale per il deposito della biancheria sporca ed la conservazione della biancheria pulita ;
- cucina attrezzata ;
- spazi di soggiorno e pranzo di nucleo dimensionati anche per la presenza dei familiari,
- locali adeguati per lo svolgimento delle riunioni e gli incontri con gli psicologi ;
- eventuali locali per terapie particolari e/o per il supporto psicologico di familiari ;
- servizi collettivi : ingresso, uffici amministrativi, servizi igienici, sala polivalente, locale barbiere-panucchiere- pedicure ;
- servizi generali ed ausiliari comprendenti : deposito materiale igienico sanitario, servizio mortuario, cucina-dispensa, spogliatoio personale con W.C. magazzini, locali di deposito per gli ospiti, lavanderia .



Un'attenzione particolare va posta nelle stanze di degenza con i relativi servizi che dovrebbero prevedere :

- letti che, pur avendo le medesime caratteristiche (reclinabilità a due snodi), non si presentino come letti ospedalieri ;
- poltrone/divano letto o letto per un familiare ;
- televisione o presa per antenna televisiva ;
- comodino con ripiano girevole ;
- tende alle finestre ;
- tavolino da appoggio ;
- rialzi per WC ;
- sedile doccia.

L'Hospice deve poter disporre di tutte le attrezzature necessarie ad un corretto monitoraggio delle condizioni del paziente, in modo da poter identificare sollecitamente quelle situazioni che richiedono una modifica dei trattamenti in atto, ovvero quelle situazioni che rendano opportuno il trasferimento del paziente in un Istituto di cura per acuti .

In particolare si fa riferimento ad un laboratorio analisi, ancorchè di dimensioni contenute, uno studio radiologico ed una eventuale medicheria chirurgica ove si possano effettuare non solo qualunque tipo di medicazioni, ma anche piccoli interventi in anestesia locale.



*[Handwritten signature]*

La Casa di Cura è attualmente destinata ad ammalati "lungodegenti" ed è, pertanto, da classificare come Casa di Cura ad indirizzo monospecialistico.

È costituita da un unico edificio monoblocco con un piano seminterrato e piani fuori terra.

L'edificio è a corpo di fabbrica composto con al centro il corridoio di collegamento ed i percorsi verticali. Le stanze di degenza e di servizio sono collocate per lo più ai lati ed agli estremi del corridoio stesso. I collegamenti verticali sono assicurati da una scala interna e da due elevatori meccanici assicurando così percorsi separati sporco/pulito in conformità a quanto previsto dal comma 4 dell'art. 8. L'altezza netta dei piani è di m. 3,20 circa.

I materiali utilizzati sono idonei dal punto di vista igienico-sanitario, resistenti al lavaggio ed all'azione dei disinfettanti.

#### **CAPACITA' RICETTIVA, STRUTTURA GENERALE INTERNA E DOTAZIONI TECNOLOGICHE**

La capacità ricettiva complessiva della Casa di Cura è 40 posti letto.

La possibilità del letto aggiunto per i familiari, già presente in alcune stanze di degenza, potrà essere prevista in altre in fase di successiva organizzazione delle attività.

Ogni camera è dotata di proprio servizio igienico composto da: lavabo, water, bidet, vasca o piatto doccia.

I locali servizio sono articolati in un locale per la cura del materiale sudicio, tre vani per il deposito del materiale sudicio, tre vani per il deposito del materiale pulito, tre locali cucine di piano adibiti alla distribuzione del vitto.

Il locale infermeria ed il locale mediceria sono situati ai piani primo, secondo e terzo.

L'ambiente per la caposala è al piano secondo.

I servizi igienici per il personale di assistenza sono al piano terzo.



*[Handwritten signature]*

La Direzione Sanitaria: è ubicata al piano terra in locale adiacente all'ingresso.

Il Servizio di Diagnostica Radiologica è ubicato al piano seminterrato. Il locale è dotato dei dispositivi necessari a garantire al personale ed alla popolazione la protezione dalle radiazioni ionizzanti, come risulta dal registro delle prescrizioni dell'esperto qualificato di cui al D.P.R. 13/64 n. 185.

Il laboratorio di analisi cliniche è al piano seminterrato e dispone di ambienti sufficienti a garantire l'attività in relazione alla tipologia della struttura.

Il servizio mortuario è ubicato al piano terra ed è collegato con un accesso esterno indipendente. Il servizio di assistenza religiosa è al piano terra.

Per quanto attiene ai Servizi Generali, i locali del Servizio Alimentazione sono ubicati al piano seminterrato. Il servizio Lavanderia, disinfezione, disinfestazione e lavaggio della biancheria sudicia è eseguito da Ditta specializzata esterna ed è regolato da apposito contratto. Tra i servizi per il personale, al piano copertura sono collocati gli spogliatoi separati per sesso. Le attività amministrative sono infine svolte in locali posti al piano rialzato.

Per quanto riguarda gli aspetti tecnologici generali, ai fini dell'idoneità della struttura alla specifica attività prevista si ricorda quanto segue.

- 1) **Approvvigionamento idrico.** E' garantito da allaccio alla rete di distribuzione cittadina e sono, pertanto, assicurati i limiti della dotazione giornaliera minima previsti dall'art. 9 della L.R. 64/87. La riserva idrica è assicurata da cassoni di accumulo collocati in un locale del piano copertura.
- 2) **Impianto elettrico.** Risulta essere conforme alla normativa vigente e dotato dei dispositivi di sicurezza, come risulta dai verbali della Az. USI. RM/1.
- 3) **Impianto di riscaldamento.** E' presente un impianto di riscaldamento centralizzato con caldaia, una rete di distribuzione e caloriferi a parete nelle singole stanze.
- 4) **Protezione radiazioni ionizzanti.** Le zone controllate sono dotate dei dispositivi atti a garantire la protezione dalle radiazioni ionizzanti previsti dal D.P.R. 13.12.1964 n. 185. In particolare la schermatura delle sezioni è realizzata mediante pannelli piombati di adeguato spessore.



## DISTRIBUZIONE E DESTINAZIONE D'USO DEI SINGOLI VANT

### Piano Seminterrato

Magazzino, gruppo cucina, servizi igienici per il personale e centrale termica, laboratorio analisi e RX, disimpegni orizzontali e disimpegni verticali quali: scala, montalettighe, ascensore.

### Piano Terra

Atrio, ingresso, attesa, soggiorno, portineria-centralino telefonico, Uff. ragioneria, office, un servizio igienico per visitatori, direzione sanitaria, accettazione sanitaria, archivio, amministrazione, disimpegni orizzontali e verticali quali: ascensore, montalettighe, scala interna.

### Piano Primo

Numero sette camere di degenza, con annessi servizi igienici, office o cucina di piano, locale biancheria pulita, locale biancheria sporca, medicheria, infermeria, sala colloqui, disimpegni orizzontali e disimpegni verticali quali: ascensore, montalettighe e scala interna

### Piano Secondo

Numero sette camere di degenza con annessi servizi igienici, stanza capo sala, infermeria con annesso servizio igienico, vano biancheria pulita, vano biancheria sporca, office o cucina di piano, disimpegni orizzontali o verticali quali: ascensore, montalettighe, scala interna

### Piano Terzo

Numero sette camere di degenza con annessi servizi igienici, vano per la biancheria pulita, vano per la biancheria sporca, locale per la medicheria, office o cucina di piano, infermeria, disimpegni orizzontali e verticali quali: ascensore, montalettighe e scala interna.



A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

## PROGRAMMAZIONE, TEMPI E MODALITA' DI RICONVERSIONE

La programmata riconversione deve avere carattere di gradualità rispetto :

- all'impegno assunto dalla casa di cura di garantire la permanenza presso la struttura degli ospiti già presenti ;
- alla programmazione, da parte dell'azienda USL, di modalità e procedure di valutazione adeguate, anche per la composizione dell'Unità Valutativa Oncologica in riferimento alla particolare patologia delle persone oggetto dell'intervento assistenziale ;
- alla predisposizione, da parte dell'azienda USL, di strumenti e modalità di sorveglianza e monitoraggio del progetto di riconversione in questione, nonché dei piani di intervento a favore delle persone che utilizzano il servizio ;
- alla preparazione e formazione degli operatori già in servizio al nuovo approccio assistenziale da realizzare nei confronti delle persone affette da patologia oncologica ;
- alla acquisizione, da parte della struttura in questione, delle professionalità specifiche ed aggiuntive a quelle già disponibili, necessaria in relazione ai nuovi compiti ed all'avvio dell'hospice.

La realizzazione del progetto di riconversione in questione, nelle more della determinazione dei requisiti strutturali di cui si è fatto cenno, deve puntare nella prima fase soprattutto a :

- modificare e qualificare il modello organizzativo, orientandolo verso la nuova "missione" ;
- qualificare l'attività assistenziale valorizzando l'aspetto valutativo, la pianificazione dell'intervento, il monitoraggio delle condizioni dei pazienti ;
- promuovere il coinvolgimento responsabile dei familiari nel progetto di cura ;
- favorire piani di lavoro basati sulla interdisciplinarietà degli interventi, sulla valutazione continua dei risultati, sulla integrazione struttura-territorio ;
- promuovere la cultura della presa in carico della persona offrendo le risposte assistenziali in termini di domiciliarità e di residenzialità in rapporto alle rilevate esigenze ;
- sostenere gli operatori in servizio con interventi di formazione permanente volti a rafforzare gli stessi dal punto di vista professionale e psicologico ;
- promuovere e avviare relazioni con le associazioni di volontariato quale supporto solidale necessario nell'ambito della realizzazione dei programmi assistenziali. Dette associazioni dovranno essere in possesso dell'iscrizione all'apposito albo regionale ;
- utilizzare la recettività disponibile per il ricovero di persone affette da malattie oncologiche privilegiando nell'accesso pazienti di età avanzata allo scopo di non creare situazioni di disagio alle persone già ricoverate.

