

**Requisiti specifici per l'accREDITamento di
Strutture Residenziali di
Cure Palliative - Hospice**

Premessa

L' Hospice è una struttura sanitaria residenziale che si colloca nella rete delle cure palliative con l'obiettivo di "prenderci cura" (o per motivi sanitari o sociali) del paziente in fase di progressiva e irreversibile di malattia e della sua famiglia in una molteplicità di situazioni (o per le condizioni psico-cliniche non più sostenibili, o perché la famiglia non riesce più a farsi carico della criticità del proprio congiunto e dei complessi problemi che questa situazione comporta).

Talvolta la famiglia può essere completamente assente o non in grado di prendersi cura del paziente, in tal caso l'Hospice si fa carico dell'assistenza e dell'accompagnamento della persona che si trova di fronte all'evento "della morte imminente".

In ogni caso la preparazione della famiglia al lutto, l'individuazione tempestiva di "lutti patologici", l'elaborazione del lutto stesso sono obiettivi che l'Hospice e le altre maglie della Rete di cure palliative dovranno avere sempre ben presenti.

La costituzione della Rete delle cure palliative vede fortemente impegnate, in modo sinergico, le Istituzioni pubbliche, il privato sociale ed il Volontariato in senso proprio; ciò che li unisce è il rispetto della dignità del vivere e del morire, la centralità del paziente stesso e la semplificazione dei percorsi assistenziali e burocratici.

Gli operatori dell'équipe presenti negli Hospice, sia pubblici che privati, dovranno essere competenti, motivati, dotati di capacità empatica con l'obiettivo di erogare un'assistenza globale e multiprofessionale.

Oltre all'équipe, la struttura dell'Hospice, sia territoriale che ospedaliero, deve prevedere l'inserimento di Volontari adeguatamente formati, i cui compiti saranno definiti in accordo con la Struttura stessa.

Gli Hospice si distinguono in territoriali e ospedalieri.

Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente devono essere previsti i seguenti requisiti.

A) REQUISITI TECNOLOGICI

Deve essere disponibile all'interno della struttura un elettrocardiografo portatile.

La dotazione di ausili, presidi e attrezzature deve essere adeguata ai bisogni dei pazienti ricoverati.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Entrambe le tipologie dell'Hospice, ospedaliera e territoriale, devono essere in Rete con le altre tipologie assistenziali: ADI erogata dall'équipe dei nuclei di cure primarie, forme di home care e interventi specialistici domiciliari, RSA, lungodegenze, ospedale per acuti.

Le competenze assistenziali specifiche dell'operatore socio-sanitario, dell'assistente di base, dell'operatore tecnico dell'assistenza devono essere svolte in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e sociale del malato e della sua famiglia, nel rispetto dei propri ambiti di autonomia, secondo il criterio del lavoro multi professionale.

Deve essere garantito supporto psicologico al paziente affetto da malattia in fase progressiva ed irreversibile; ai suoi famigliari, in particolare nella fase del lutto; la formazione, il supporto e la supervisione all'équipe.

Devono essere garantite le prestazioni legate all'assistenza sociale erogate anche con il contributo del volontariato.

Tali prestazioni debbono comprendere le questioni previdenziali e legali (es. tutela) e le prestazioni socio – assistenziali integrate.

L'infermiere deve formulare, per quanto di sua competenza, i piani di assistenza individuali, ne realizza gli interventi pianificati in collaborazione con gli altri professionisti dell'équipe e con il supporto del personale socio-sanitario, valutando sistematicamente il raggiungimento degli obiettivi assistenziali.

La struttura deve predisporre idoneo materiale informativo per descrivere le proprie finalità e modalità di funzionamento da utilizzare per programmi di comunicazione ai cittadini.

Deve essere definita una procedura per i trasporti programmati e in emergenza.

Personale

Il Responsabile dell'Hospice assicura la direzione tecnica-professionale e quella organizzativo-amministrativo-gestionale. Tali funzioni possono essere riunite in un'unica figura o esercitate da figure diverse, ferma restando la responsabilità sanitaria in capo al medico responsabile dell'équipe.

Acquisizione servizi

Consulenze

Tenuto conto delle competenze di équipe, devono essere previste procedure per attivare le consulenze integrative necessarie alla assistenza sanitaria e non degli ospiti (in prima istanza fisiatria, oncologia, terapia del dolore, assistenza sociale, spirituale, ecc.).

Farmaci

Devono essere previste modalità di rifornimento dei farmaci che garantiscano la continuità, la tempestività delle cure. Per rendere trasparente il rapporto con i pazienti, deve essere disponibile un prontuario terapeutico nella struttura relativo ai farmaci, ai diagnostici e ai dispositivi medici utilizzati ed erogati a carico del servizio sanitario.

Prestazioni diagnostico-terapeutiche

Per l'acquisizione delle prestazioni diagnostico - terapeutiche (laboratorio, radiologia, radioterapia, chemioterapia, ecc.) devono essere previste procedure e collegamenti funzionali con le strutture erogatrici.

Centro trasfusionale

Deve essere individuato il Centro di Riferimento e deve esistere una procedura per la fornitura di sangue ed emoderivati.

Clinical competence e formazione

Competenze tecnico - professionali e formazione in cure palliative

La competenza clinica, assistenziale e tecnica del personale socio-sanitario che opera in un Hospice Territoriale o Ospedaliero ha componenti che sono riferite alla singola figura professionale (medico, infermiere, operatore tecnico dell'assistenza o addetto all'assistenza di base o operatore socio-sanitario, psicologo, assistente sociale, volontario, altro) o, complessivamente, all'équipe della quale il singolo operatore fa parte.

Questo campo di attività sanitaria richiede inoltre, per sua natura, personale addetto in grado di coniugare la competenza professionale con alte capacità empatiche e relazionali.

Deve essere pertanto prevista una verifica all'ingresso delle conoscenze, capacità e attitudini del personale al momento del suo inserimento in Hospice. Tali verifiche devono essere proseguite nel tempo anche con uno specifico supporto formativo.

Devono essere realizzati programmi personalizzati da effettuare prima dell'inserimento nel servizio o durante il periodo di affiancamento, anche in riferimento a raccomandazioni regionali, a copertura delle carenze individuate.

Devono essere previste attività di prevenzione del burn out anche tramite sedute di supervisione.

I dati relativi al curriculum, alla verifica iniziale, alla formazione, ai crediti acquisiti e alle verifiche successive devono essere contenuti in una scheda personale.

Anche per le iniziative di formazione, supervisione e sviluppo, realizzate a livello di Hospice o di équipe nel suo complesso vanno registrate nella scheda personale.

Per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

Dovranno essere inoltre effettuate verifiche sistematiche dell'attività mediante audit clinico-assistenziali e confronti sui parametri concordati a livello regionale e locale. Tali attività devono essere registrate sulla scheda di équipe.

L'équipe nel suo complesso deve garantire le competenze in merito a:

Assistenza medica

Considerando quattro possibili livelli di competenza clinica individuale (in formazione, con supervisione, in autonomia, con competenza a formare) almeno un medico dell'équipe deve appartenere al livello tre, cioè di piena autonomia operativa con esperienza, nell'ultimo anno, di almeno 50 pazienti in terapia palliativa.

Per la realizzazione dell'attività clinico-assistenziale dovranno essere assunte linee-guida riconosciute e validate e sviluppati protocolli e procedure verificabili e aggiornati.

Assistenza infermieristica

L'infermiere deve essere in possesso delle competenze tecnico-assistenziali e professionale specifiche per identificare le necessità assistenziali correlate, oltre che alla malattia progressiva e irreversibile e al suo trattamento, anche allo stile di vita, alle modificazioni della vita quotidiana, alla qualità di vita percepita e alle dinamiche familiari.

Assistenza sociale

Deve essere documentata la competenza relativa a funzioni di segretariato sociale.

Assistenza psicologica

Lo psicologo operante in Hospice deve documentare una formazione e una competenza nel campo della psico-oncologia.

Per garantire il mantenimento delle competenze professionali dell'équipe e dei singoli professionisti si richiedono iniziative dedicate quali:

1. Discussione clinico-assistenziale dei casi
2. Supervisione
3. Partecipazione ad attività di ricerca e confronto
4. Formazione e aggiornamento periodico.

Qualificazione dei processi diagnostico-terapeutici e assistenziali

Lo specifico delle cure palliative è la centralità del paziente e della sua famiglia in riferimento al complesso delle opportunità assistenziali che sono offerte dall'équipe.

Il processo clinico - assistenziale si esercita attraverso una fase di:

1. Accesso/Accoglienza
2. Erogazione della assistenza
- 3a. Dimissione
- 3b. Accompagnamento alla morte ed elaborazione del lutto

Per ciascuna delle fasi del processo clinico-assistenziale devono essere definite procedure interne alla struttura.

Accesso/Accoglienza

Deve esistere un protocollo per l'accesso che definisce le caratteristiche e i criteri di eleggibilità del paziente e eventuali priorità di ammissione (valutazione comprensiva multidimensionale o Karnowsky).

Deve esistere un protocollo per la gestione delle liste di attesa, tenute dal competente servizio dell'Azienda USL, i cui criteri debbono essere rispettati dall'Hospice.

La procedura deve comprendere un momento di confronto preliminare con il paziente e i familiari allo scopo di presentare le finalità della struttura, le sue modalità di funzionamento, i servizi disponibili, compresa l'eventuale offerta di servizi complementari e integrativi.

Erogazione della assistenza

Devono essere definite le seguenti procedure:

- predisposizione del piano clinico-assistenziale (che in particolare assegni la responsabilità del caso)
- modalità di gestione della documentazione clinico-assistenziale. Tale documentazione deve comunque garantire il set informativo minimo predisposto a livello regionale
- svolgimento della attività giornaliere e settimanali per i pazienti e i familiari
- attivazione delle consulenze
- acquisizione delle prestazioni diagnostico – terapeutiche
- trasporto dei pazienti per consulenza o prestazioni diagnostico-terapeutiche
- trasporto dei pazienti a domicilio
- trasporto dei pazienti in ospedale per emergenza
- informazione al paziente ed ai familiari della presenza in Hospice di Organizzazioni di Volontariato e dei servizi da queste prestati.

Devono essere previsti momenti specifici di supervisione.

Dimissione

La procedura relativa deve descrivere le modalità della dimissione protetta.

Per la dimissione a domicilio o il trasferimento (in ospedale o in eventuali altre strutture residenziali) debbono essere definiti protocolli concordati con le strutture/servizi di interfaccia che prevedano anche tempi medi di ricovero in Hospice in riferimento a specifiche e differenziate finalità dello stesso.

Accompagnamento alla morte ed elaborazione del lutto

La struttura, attraverso i suoi operatori, deve garantire l'accompagnamento alla morte del paziente e supporto alla famiglia, tramite modalità di comunicazione che devono essere oggetto di programmi formativi e di verifica strutturati.

Deve inoltre garantire, supporto ai familiari nella elaborazione del lutto mediante idonee modalità.

Valutazione della performance

Devono essere previste attività di controllo e verifica dei risultati (audit clinico, misurazione della aderenza a linee guida, misurazione di indicatori di processo/esito, valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei familiari compresa la valutazione della gestione del dolore). Devono essere previste valutazioni di appropriatezza riguardo all'utilizzo di

- emotrasfusione
- radioterapia
- nutrizione parenterale totale
- indagini diagnostiche e strumentali ad alta tecnologia

Gli standard numerici vanno considerati come riferimenti orientativi almeno per i primi anni di applicazione dei requisiti (3 anni) e andranno rivalutati sulla base della esperienza accumulata nel periodo.

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (eventuali sottopopolazioni su cui valutare l'indicatore)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
INDICATORI HOSPICE								
1-Numero pazienti in Hospice, suddiviso per patologia	Rapporto tra il numero di pazienti assistiti dall'Hospice durante un anno suddivisi per patologia e totale pazienti (vedi articolazioni). L'indicatore è calcolato distintamente per le patologie cardiologiche, broncopneumologiche, neurologiche, da HIV.	L'indicatore è calcolato a livello dell'Hospice (1) e regionale (2 e 3). 1) N° pazienti per patologia / N° totale pz per anno 2) N° pz per patologia / N° tot popolazione potenziale * 3) N° pz per patologia / N° tot pz ricoverati in tutti gli Hospice Si calcola aumentando del 50% gli indici di mortalità/annua relativa alla sola patologia tumorale	A livello dell'Hospice, l'indicatore esprime la coerenza dell'orientamento assistenziale della struttura alla propria missione e/o l'orientamento assistenziale prevalente. A livello regionale, l'indicatore esprime una misura della domanda di cure palliative soddisfatta.		L'indicatore è di interesse dell'Hospice, dell'Azienda e della Regione.	SDHS	Regionale annuale	Il numeratore si ricava dalla scheda SDHS,

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (eventuali sottopopolazioni su cui valutare l'indicatore)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
2 - Tasso di utilizzo dei posti letto in Hospice nell'anno *	Numero di giornate di assistenza erogate in regime residenziale (in Hospice) / Tot giornate di degenza teoriche (esprese come n. posti letto per 365). Il rapporto viene moltiplicato per 100.		L'indicatore esprime, in percentuale, l'occupazione dei posti letto rispetto alla dotazione disponibile nell'Hospice. E' un indicatore di uso della struttura.	> 85%	L'indicatore è di interesse del singolo Hospice, dell'Azienda e della Regione	SDHS a posteriori e registrazioni locali	Annuale per Hospice, Azienda, Regione	E' un indicatore che viene rilevato, oltre che per le verifiche regionali e aziendali, per la gestione stessa dell'Hospice.
3 - Degenza media in Hospice*	Numero di giornate di assistenza effettuate in Hospice / Totale dei ricoveri dell'Hospice	Può essere calcolato per la patologia prevalente (che deve essere esplicitata)	L'indicatore esprime la capacità di selezionare in modo appropriato l'ammissione dei pazienti in Hospice.	20 – 25 giorni	L'indicatore è di interesse del singolo Hospice, dell'Azienda e della Regione.	SDHS	Hospice annuale	L'indicatore risente dell'efficienza della rete

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (eventuali sottopopolazioni su cui valutare l'indicatore)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
4 - Numero di pz deceduti in Hospice sul totale dei pz. dimessi dall'Hospice nell'anno.*	Rapporto percentuale tra il numero di pz deceduti in Hospice sul totale dei paz dimessi in Hospice all'anno (compresi i deceduti).		E' un indicatore di processo che misura la capacità dell'Hospice di essere in rete e la funzionalità specifica dell'Hospice nella rete dei servizi.	≈ 70%		SDHS	Annuale	Questo indicatore risente della capacità della rete di mantenere i pazienti a domicilio e dell'atteggiamento culturale della popolazione.
5 - Percentuale di famiglie entrate in contatto con l'Hospice dopo il decesso *	Percentuale di famiglie entrate in contatto con l'équipe dell'Hospice dopo il decesso del congiunto sul totale dei pazienti assistiti dall'Hospice e deceduti		L'indicatore fotografa l'attenzione della struttura e la soddisfazione della famiglia.				Annuale Rilevazione da registro ad hoc	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (eventuali sottopopolazioni su cui valutare l'indicatore)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
6 – Valutazione della percezione del paziente/famiglia relativa alla assistenza ricevuta, che comprende la valutazione della gestione del dolore *	Descrivere le dimensioni del campione, i metodi utilizzati e i risultati conseguiti		Il monitoraggio della percezione dei pazienti e della famiglia è fondamentale per azioni correttive e di miglioramento della assistenza.					Verrà elaborato e proposto uno strumento regionale.
7 - Numero medio di ore di formazione per operatore all'anno*	Totale ore di formazione su tutti gli operatori / totale operatori che hanno partecipato all'anno		La formazione è lo strumento di sviluppo delle competenze organizzative, tecniche, relazionali, individuali e di équipe.					
8 - Formazione minima per operatore all'anno *	Percentuale di operatori che hanno seguito almeno 2 giornate (16 ore) di formazione all'anno/sul totale degli operatori					Schede personali, schede di équipe	Si comprendono solo le attività formalizzate e documentate	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (eventuali sottopopolazioni su cui valutare l'indicatore)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
9 - Prevenzione del burn-out	N° sedute supervisione all'anno		E' un indicatore di processo che esprime l'attenzione della struttura a mantenere un clima positivo.		L'indicatore è di interesse dell'Hospice		annuale	

* indicatore ministeriale

Indice

Premessa	2
Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi.....	3
Acquisizione servizi.....	4
Clinical competence e formazione.....	5
Qualificazione dei processi diagnostico-terapeutici e assistenziali.....	7