



Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare  
Servizio Assistenza Territoriale - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

## **Requisiti per l'accREDITamento della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)**

## PREMESSA

Nella nostra Regione l'attuale sviluppo delle cure palliative prende avvio già dal 1994 attraverso un programma specifico di assistenza domiciliare, in seguito integrato dalla nascita dei centri residenziali/hospice, che ha consentito la realizzazione della rete delle cure palliative (DGR n. 456/2000) anticipando così la legge n. 38 del 2010. Tale legge ha definito principi e norme volte a garantire un'assistenza qualificata ed appropriata, affidando alla rete di cure palliative il compito di rispondere alle esigenze e ai bisogni del paziente e della sua famiglia e di assicurare la continuità assistenziale.

Un'organizzazione a rete, in questo contesto, ha una valenza funzionale in riferimento all'operare di diverse strutture ed equipe, che perseguono interessi comuni attraverso l'adozione di modalità operative atte a rispondere in modo unitario al bisogno del malato e della famiglia.

La rete è costituita da nodi e da interconnessioni, dove i nodi sono rappresentati dai setting in cui operano equipe multiprofessionali e le interconnessioni sono rappresentate dalle modalità organizzative adottate, condivise tra tutti i nodi della rete, per perseguire i comuni obiettivi di assistenza al paziente, alla sua famiglia e di continuità assistenziale. In tale contesto il lavoro di equipe assume una rilevanza fondamentale e richiede un costante sforzo di integrazione professionale e organizzativa per la definizione e la realizzazione del piano di cura personalizzato.

La rete è garante dell'equità all'accesso alle cure palliative, dell'integrazione tra i nodi e le loro equipe, della presa in carico integrata in relazione alle necessità del malato, della sua famiglia e del percorso di continuità di cura.

Il funzionamento della rete si basa su due principi:

- il principio della condivisione e della non competizione
- il principio dell'integrazione e della non sovrapposizione.

A seguito dei provvedimenti attuativi della L. 38/10, in particolare per dare attuazione alle indicazioni dell'Intesa Stato-Regioni (25/7/2012) e per procedere alla definizione puntuale dei criteri per l'accreditamento delle strutture che compongono la rete, la Regione con la DGR 560/2015 ha individuato le modalità di riorganizzazione della Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP), armonizzando e integrando i modelli già in uso con le modalità organizzative individuati nell'Intesa, per implementare i percorsi clinico assistenziali.

La riorganizzazione della rete prevede la definizione e la descrizione delle caratteristiche e delle funzioni:

- Ø del Coordinatore della rete e del gruppo di Coordinamento;
- Ø dei nodi che compongono la rete - nodo ospedale, nodo ambulatorio, nodo hospice e nodo domicilio;
- Ø dell'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD), per garantire cure palliative domiciliari di base e specialistiche;

- Ø dell'unità di valutazione palliativa multidimensionale e multiprofessionale per garantire l'equità di accesso alla rete;
- Ø della figura dell'infermiere case manager, punto di riferimento per paziente e famiglia, facilitatore delle relazioni tra i diversi setting assistenziali.

## **Scopo del documento**

Questo documento ha lo scopo di fornire gli strumenti al Coordinatore e al Coordinamento per individuare gli ambiti e gli elementi di funzionamento e di governo della rete; essi quindi dovranno:

- descrivere la Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), così come individuata nella normativa regionale vigente, che ne definisce le finalità, i nodi, le attività, l'organizzazione e le modalità di monitoraggio;
- definire le modalità con cui i nodi collaborano per la realizzazione della RLCP, ossia i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali che si devono offrire per garantire cure palliative di base e specialistiche, per assicurare continuità assistenziale attraverso l'integrazione di tutti i setting assistenziali, per tutelare il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative;
- definire le caratteristiche qualitative delle prestazioni erogate nell'ambito dei percorsi e le procedure per l'erogazione delle stesse;
- individuare e documentare le attività pianificate rivolte al paziente e alla sua famiglia per rendere evidenti a committenti e utenti che le prestazioni sono realizzate in modo tale da garantire le caratteristiche specificate di qualità e di affidabilità;
- definire le modalità di monitoraggio e verifica con cui debbono essere tenute sotto controllo le varie fasi del/dei percorsi al fine di garantirne la qualità, incluso le modalità di elaborazione dei dati ed invio delle informazioni anche al fine di rispondere al debito informativo regionale e nazionale e la loro diffusione alle parti interessate;
- descrivere i rapporti con le associazioni di volontariato e non profit operanti nel settore delle cure palliative coinvolti nella definizione ed attuazione del percorso assistenziale all'interno della RLCP;
- definire le modalità per sviluppare la comunicazione all'interno della RLCP;
- definire le modalità per sviluppare la comunicazione all'esterno verso i propri cittadini anche al fine di dichiarare la mission e la vision nonché i criteri di accesso ai nodi della RLCP.

## **Campo di applicazione**

Questo documento si applica alle organizzazioni pubbliche, private ed ai professionisti che operano nell'ambito della RLCP.

I requisiti descritti dal presente documento vanno ad integrare/aggiornare i requisiti generali di sistema e specifici di struttura (organizzativi, tecnologici, strutturali) già previsti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle stesse strutture presso le quali vengono erogate le prestazioni e/o dei requisiti prescritti da altri eventuali vincoli normativi.

## REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

### Finalità

In questo modulo sono individuate le principali funzioni della RLCP, i requisiti organizzativi che devono essere posseduti per il suo funzionamento e che ne definiscono anche il livello qualitativo atteso.

### Funzioni Organizzative della RLCP

La funzione principale della rete, attraverso i suoi nodi, è quella di accogliere e valutare il bisogno di cure palliative del paziente e della sua famiglia e individuare il setting assistenziale più adeguato.

La rete locale di cure palliative, attraverso la definizione di percorsi di cura, modulati sui bisogni del paziente e della sua famiglia, in relazione allo sviluppo della malattia, garantisce l'assistenza in tutti i setting assistenziali (ospedale, ambulatorio, hospice, domicilio) e la continuità di cura.

A tal fine sono di seguito descritti i requisiti organizzativi generali, le responsabilità, le interfacce, le modalità di verifica e controllo.

### A) REQUISITI ORGANIZZATIVI

- Deve essere identificato il professionista cui affidare la funzione di Coordinamento della rete, individuato tra i clinici palliativisti dell'azienda sanitaria che operano in una delle strutture che costituiscono la rete.
- Il Coordinatore si avvale di un organismo tecnico di coordinamento, costituito dai referenti dei singoli nodi, rappresentativo di tutte le figure professionali presenti nella rete di cure palliative al fine di pianificare, programmare e organizzare le attività di assistenza e di funzionamento della rete.
- Il Coordinatore deve poter disporre degli strumenti informativi ed informatici utili per la valutazione clinica e assistenziale nei diversi nodi della rete e per rispondere ai debiti informativi verso i livelli sovraordinati.

A tal fine al Coordinatore e al Coordinamento spetta di:

- individuare i criteri di accesso alla rete e ai suoi nodi, gli strumenti di valutazione multidimensionale in grado di assicurare l'individuazione dei bisogni e il setting assistenziale più appropriato;
- identificare il punto di accesso (potranno essere utilizzati i PUA – punti unici di accesso – se presenti nelle AUSL), che attraverso le unità di valutazione multidimensionale e multi professionale, accoglie e valuta la richiesta di cure palliative;
- definire il percorso organizzativo che si realizza dalla segnalazione del caso, al punto di accesso, fino all'exitus. Il percorso deve prevedere tutti gli interventi professionali e

multidisciplinari di base e specialistici, le interfacce, i compiti e modalità di intervento dell'equipe;

- individuare le equipe specialistiche deputate a soddisfare le attività di consulenza presso le strutture di ricovero pubbliche, private e le Case Residenza Anziani (CRA), nonché definire le interfacce al fine di attivare i percorsi di cure palliative;
- predisporre e realizzare programmi sistematici di valutazione e miglioramento delle attività. Tali programmi dovranno tenere conto degli indicatori di funzionamento di rete e nodi previsti dalla normativa nazionale e regionale;
- predisporre ed effettuare periodicamente audit organizzativi;
- individuare e implementare specifiche azioni per il miglioramento della qualità sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate;
- condividere sistematicamente i risultati ottenuti e le azioni di miglioramento effettuate con tutti i portatori di interesse sia interni che esterni alla rete;
- definire annualmente i principali obiettivi di formazione per gli operatori dedicati alla rete, predisporre il piano per garantire il processo di sviluppo delle competenze, previste dalla normativa vigente, monitorare annualmente l'attività di formazione;
- predisporre incontri formativi per permettere ai professionisti, delle strutture invianti alla rete, l'acquisizione di competenze atte a saper riconoscere il paziente che necessita di cure palliative, le modalità e i tempi per la segnalazione del caso al punto di accesso o per l'attivazione della consulenza;
- definire il set minimo di informazioni che deve essere contenuto nella cartella clinica integrata per le UCPD e gli hospice, e nella documentazione sanitaria integrata per l'ambulatorio di cure palliative e l'ospedale (consulenze specialistiche). Il set minimo di informazioni è riferibile almeno alla tracciabilità del percorso compiuto dal paziente, alla valutazione iniziale e alle attività multi professionali effettuate, alla rivalutazione dei bisogni e alle decisioni assunte, alla pianificazione dei percorsi e delle cure (Piano Assistenziale Individuale - PAI);
- definire modalità strutturate per trasferire le informazioni tra i nodi della rete o altra struttura;
- elaborare documenti informativi per i cittadini inerenti le attività ed i servizi offerti dalla rete e le modalità di accesso alla stessa;
- realizzare programmi di divulgazione e di informazione verso i propri cittadini sulle cure palliative, sull'organizzazione della RLCP anche in accordo e con il contributo delle associazioni di volontariato e non profit operanti nel settore.

## REQUISITI NODO OSPEDALE

Sulla base dei percorsi di integrazione con le unità operative ospedaliere sviluppati dalla rete è garantito l'accesso alla consulenza specialistica di cure palliative per i pazienti con patologia cronico-degenerativa, non suscettibili di cure rivolte alla guarigione o con opzioni terapeutiche limitate, anche in concomitanza di terapie specifiche.

### **A) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Sono concordate e formalizzate con le unità operative ospedaliere e il Coordinamento della rete:

- le modalità per l'attivazione della équipe specialistica di cure palliative sia per la prima consulenza che per quelle successive;
- le principali indicazioni all'attivazione del consulto specialistico;
- le modalità per il programma di collaborazione:
  - o per la diagnosi e il trattamento dei sintomi, incluso il dolore e la sofferenza psicologica del paziente,
  - o per il sostegno e aiuto nelle scelte terapeutiche, inclusa la rimodulazione degli obiettivi terapeutici (cure palliative precoci, cure palliative di fine vita),
  - o per il riaffido al domicilio, attraverso il punto d'accesso della rete;
- le modalità di trasmissione delle informazioni ai professionisti dei nodi della rete, nonché il passaggio in cura agli altri nodi (ambulatorio, domicilio, hospice);

Deve essere predisposta la relazione clinico-assistenziale per le attività consulenziali svolte.

### ***Personale***

Per l'espletamento della attività è prevista la presenza di:

- medico palliativista;
- personale infermieristico specificamente formato in cure palliative;
- ulteriore personale in rapporto a quanto previsto dal programma assistenziale.

## REQUISITI NODO AMBULATORIO

Le finalità delle cure palliative nel setting ambulatoriale sono di individuare precocemente il bisogno di cure palliative (cure palliative precoci e simultanee ai trattamenti attivi) con la conseguente presa in carico del malato e della sua famiglia. All'equipe specialistica del setting ambulatorio si richiede l'identificazione e trattamento di tutti i sintomi somatici e psicologici, che possono provocare sofferenza, nonché del bisogno di supporto sociale e spirituale, sostegno e aiuto nelle scelte terapeutiche, nella programmazione di cura, e nel percorso di comunicazione di diagnosi e prognosi di malattia, ove possibile. I criteri per l'invio del paziente al nodo ambulatorio includono pazienti con opzioni terapeutiche limitate per il controllo della patologia cronico degenerativa, anche in concomitanza di terapie specifiche.

E' il nodo della rete che favorisce la precoce multidisciplinarietà, la programmazione dei percorsi di cura, evitando il senso di abbandono dal passaggio dalle cure specifiche alle cure palliative, tenendo conto delle caratteristiche e aspettative dei pazienti.

### **A) REQUISITI STRUTTURALI E REQUISITI TECNOLOGICI**

Sono identificati i locali in relazione alla tipologia di prestazioni erogate (chirurgiche o mediche), le fasce orarie e le risorse assegnate per garantire lo svolgimento delle attività. I locali possono essere in condivisione con altre UU.OO.

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

- il lettino ad altezza regolabile, almeno uno nell'area;
- la superficie del locale adibito ad ambulatorio deve consentire la mobilitazione di pazienti in carrozzina, o che impiegano deambulatori o altri ausili per la deambulazione;
- disponibilità del carrello per l'emergenza anche in condivisione con altre strutture adiacenti;
- servizi igienici per pazienti e accompagnatori, compresi i servizi igienici attrezzati per portatori di handicap, devono essere nelle vicinanze dell'Ambulatorio;
- locale/spazio attesa deve essere correlato, in termini di spazi e di arredi, alla tipologia degli utenti;
- devono essere disponibili ausili per la mobilitazione in caso di necessità (anche in comune con altri ambulatori).

### **B) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Devono essere presenti protocolli/procedure concordate con il livello di Coordinamento della rete per:

- prenotazione e regolamentazione della lista di attesa (per la prima visita e visite successive di controllo);
- definizione, con gli specialisti delle patologie cronico-degenerative, dei criteri di eleggibilità al setting ambulatoriale;

- definizione delle caratteristiche della documentazione clinica ambulatoriale ove il processo clinico-assistenziale trova evidenza;
- modalità di trasmissione delle informazioni ai professionisti dei nodi della rete, modalità di richiesta di collaborazioni o consulenze, nonché passaggio in cura agli altri nodi della rete (ospedale, domicilio, hospice);

### ***Personale***

Per l'espletamento della attività è prevista la presenza di:

- medico palliativista
- personale infermieristico specificamente formato in cure palliative
- ulteriore personale in rapporto a quanto previsto nel programma assistenziale

### ***Procedure organizzative***

Devono essere adottate modalità formalizzate per l'esecuzione delle manovre strumentali più comunemente eseguite ad esempio: toracentesi, paracentesi, posizionamento sonde naso gastriche, posizionamento e manutenzione dei device e qualsiasi altra manovra correntemente eseguita presso l'ambulatorio comprensiva anche della eventuale somministrazione di terapia.



## REQUISITI NODO HOSPICE

L'hospice è il nodo della RLCP che garantisce l'assistenza in regime residenziale, attraverso equipe dedicate e specificamente formate, a malati che non possono essere assistiti temporaneamente o in via continuativa al proprio domicilio. Accedono all'hospice pazienti con patologie cronic-degenerative non suscettibili di trattamenti specifici con presenza di sofferenza fisica, psicologica o spirituale, e/o con necessità di sollievo temporaneo per la famiglia.

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

### **A) REQUISITI TECNOLOGICI**

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

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

### **B) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Il processo clinico - assistenziale si esercita attraverso le fasi di:

#### *Accesso/Accoglienza*

Devono essere presenti le seguenti procedure:

- modalità di ammissione all'hospice nel rispetto dei criteri di eleggibilità definiti dal Coordinamento della rete;
- modalità di gestione della lista d'attesa;
- modalità d'ingresso, compreso il colloquio preliminare con il paziente e i familiari allo scopo di presentare le finalità della struttura, le sue modalità di funzionamento, i servizi disponibili, l'eventuale offerta di servizi complementari e integrativi.

#### *Erogazione della assistenza*

Per ogni paziente è prevista l'elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) che prevede il coinvolgimento di tutta l'equipe.

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

Devono essere definite le seguenti procedure:

- modalità di gestione della documentazione clinico-assistenziale;
- descrizione del processo clinico-assistenziale;
- modalità di informazione al paziente ed ai familiari della presenza di organizzazioni di volontariato e dei servizi da queste prestati;
- modalità di supporto psicologico al paziente ai suoi famigliari, incluso il supporto al lutto;
- modalità di attivazione dell'assistenza sociale;

- ambiti e modalità di collaborazione con il volontariato e/o con gli enti no profit;
- modalità per l'accesso al riconoscimento dell'invalidità civile.

### *Dimissione*

Deve essere presente la procedura che descrive le modalità della dimissione protetta compreso l'accesso alle prestazioni socio–assistenziali integrate.

Devono trovare descrizione inoltre le seguenti procedure:

- trasporti programmati (compresa la dimissione) e in urgenza;
- modalità di rifornimento dei farmaci che garantiscano la continuità e la tempestività delle cure;
- conservazione e stoccaggio dei farmaci, dispositivi medici e presidi;
- collegamenti funzionali con le strutture erogatrici per l'acquisizione delle prestazioni diagnostico–terapeutiche;
- collegamento con il Servizio trasfusionale e descrizione per la fornitura, conservazione ed infusione di sangue ed emoderivati.

### **Personale**

L'equipe è costituita almeno dai seguenti professionisti: medico palliativista, infermiere, fisioterapista, Operatore Socio Sanitario (OSS), psicologo. L'equipe deve essere integrata con le figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni individuati nel PAI, e dall'assistente religioso.

Devono essere previste procedure per attivare le consulenze integrative necessarie alla assistenza dei pazienti.

E' prevista la sistematica attività di supporto e di supervisione psicologica per gli operatori anche in funzione della prevenzione del burn out.

### **Valutazione della performance**

Devono essere previste attività di controllo e verifica dei risultati:

- misurazione di indicatori di processo/esito,
- valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei familiari, compresa la valutazione della gestione dei sintomi e del dolore
- eventi avversi

Devono essere inoltre effettuate verifiche sistematiche dell'attività mediante audit clinico-assistenziali.

## REQUISITI NODO DOMICILIO

Il nodo Domicilio è rappresentato dalla casa o dalla struttura residenziale in cui è domiciliato/residente il malato. Le cure palliative domiciliari sono costituite da interventi complessi e tra loro integrati al fine di rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia.

La presa in carico al domicilio deve essere preceduta da una valutazione multidimensionale e multiprofessionale per definire la modulazione degli interventi dell'Unità di Cure Palliative Domiciliare (UCPD), composta da equipe di base e equipe con competenze specialistiche.

In relazione alla rilevazione dei bisogni clinico-socio-assistenziali e allo stato di malattia (traiettorie di malattia) sarà definito il piano assistenziale individuale (PAI), con la individuazione dell'equipe curante, del responsabile clinico del caso e degli interventi programmati al domicilio. Infine saranno definite le periodicità/modalità di rivalutazione del PAI e della composizione dell'equipe curante in relazione ai bisogni. E' eleggibile alle cure domiciliari il paziente con patologie cronico-degenerative non suscettibili di trattamenti specifici con presenza di sofferenza fisica, psicologica o spirituale.

### **A) REQUISITI STRUTTURALI**

Il nodo domicilio dispone di una sede organizzativa ed operativa punto di riferimento dei professionisti e di coordinamento delle attività poste in essere al domicilio dei pazienti.

E' identificato uno spazio/locale per lo stoccaggio sicuro e temporaneo dei farmaci da consegnare ai pazienti.

### **B) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Le cure palliative domiciliari sono erogate dall'équipe delle Unità di Cure Palliative Domiciliari.

L'equipe dell'UCPD è composta da Medico di Medicina Generale (MMG), da Infermiere e Medico Palliativista dedicati e dalle figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia attraverso l'attuazione del PAI. L'UCPD adotta quali strumenti di condivisione professionale le riunioni periodiche d'equipe, di cui sono tracciate le attività, e la cartella integrata.

L'UCPD deve integrarsi nel modello organizzativo ADI e deve garantire sia il livello base che quello specialistico.

Il coordinamento del livello base dell'UCPD è svolto dal Medico di Medicina Generale, integrato dalle consulenze del medico palliativista (almeno per la valutazione multiprofessionale per la presa in carico e per rivalutazioni successive del PAI).

Il livello specialistico è coordinato dal medico palliativista, che in accordo con il MMG, assume la responsabilità clinica del caso.

Sia nel livello base che nel livello specialistico deve essere garantita la funzione di case manager infermieristico per coordinare i diversi interventi, supportare l'integrazione dei diversi apporti professionali e favorire la continuità assistenziale in tutte le fasi del progetto di cura.

Per individuare, il livello - di base o specialistico - in cui il paziente può trovare la risposta più adeguata in relazione ai suoi bisogni, alla instabilità di malattia, alla prognosi e alle scelte di fine vita, è necessario utilizzare strumenti di valutazione multidimensionale, validati e condivisi, in relazione alla tipologia di patologia oncologica o non oncologica.

L'equipe con competenze di cure palliative di base deve garantire:

- il controllo dei sintomi attraverso l'utilizzo di specifici protocolli di gestione delle problematiche connesse alla patologia;
- una comunicazione strutturata sia all'interno dell'equipe che con il paziente e la sua famiglia;
- il supporto sociale, psicologico e spirituale al malato e alla sua famiglia.

L'equipe specialistica si attiva in funzione all'aumento della complessità dei bisogni dei pazienti, dovuto all'instabilità clinica, all'instaurarsi di sintomi di difficile controllo incluso il distress psicologico e spirituale, alla necessità di un particolare supporto alla famiglia o per favorire la discussione e la risoluzione dei quesiti etici, per il sostegno e l'aiuto nelle scelte terapeutiche e assistenziali, per l'accompagnamento del paziente e della famiglia nell'accettazione della fase avanzata della malattia.

Gli interventi dell'equipe dell'unità di cure palliative domiciliari devono essere programmati 7 giorni su 7 garantendo la pronta disponibilità medica sulle 24 ore anche attraverso la collaborazione dei medici di continuità assistenziale solo se opportunamente formati.

Gli infermieri che compongono l'UCPD sono dedicati e specificamente formati in cure palliative e operano sia nell'equipe di base che in quella specialistica.

Nelle aree geografiche di piccole dimensioni, in cui non è possibile un'organizzazione con infermieri esclusivamente dedicati per il loro tempo-lavoro, questi possono utilizzare parte del tempo anche per seguire pazienti non in cure palliative.

Le procedure e le istruzioni operative utilizzate per l'espletamento delle attività svolte a domicilio, sono concordate con il livello di Coordinamento della rete.

Devono essere utilizzate le procedure di attivazione delle risorse strumentali ed organizzative finalizzate a supportare e gestire i pazienti presso il domicilio.

Sono definite le interfacce con le altre reti assistenziali al fine di garantire la continuità e le modalità di passaggio in cura con gli altri nodi della rete.

Devono essere presenti le seguenti procedure:

- modalità di ammissione all'UCPD nel rispetto dei criteri di eleggibilità definiti dal Coordinamento della rete;
- modalità di gestione della lista d'attesa per la presa in carico;
- modalità di informazione relative alle finalità del servizio, le sue modalità di funzionamento, l'eventuale offerta di servizi complementari e integrativi;
- modalità di informazione al paziente ed ai familiari della presenza di organizzazioni di volontariato e dei servizi da queste prestati;
- modalità di attivazione dell'assistenza sociale;

- modalità per l'accesso al riconoscimento dell'invalidità civile;
- ambiti e modalità di collaborazione con il volontariato e/o con gli enti no profit;
- modalità di supporto psicologico al paziente ai suoi famigliari, incluso il supporto al lutto;
- modalità di conservazione della documentazione sanitaria, di norma presente al domicilio, al termine della presa in carico.

Devono essere adottati protocolli per l'esecuzione delle manovre strumentali più comunemente eseguite ad esempio: toracentesi, paracentesi, posizionamento sonde naso gastriche, posizionamento e manutenzione dei device e qualsiasi altra manovra correntemente eseguita presso il domicilio.

L'equipe della UCPD deve essere integrata con le figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni individuati nel PAI.

Devono essere previste procedure per attivare le consulenze integrative necessarie alla assistenza dei pazienti.

E' prevista la sistematica attività di supporto e di supervisione psicologica per gli operatori anche in funzione della prevenzione del burn out.

Devono trovare descrizione inoltre le seguenti procedure:

- trasporti programmati e in urgenza;
- modalità di rifornimento, conservazione, stoccaggio dei farmaci, dispositivi, presidi e consegna a domicilio;
- collegamenti funzionali con le strutture erogatrici per l'acquisizione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche;
- prelievo e trasporto di campioni biologici;
- collegamento con il Servizio trasfusionale e descrizione per la fornitura, conservazione ed infusione di sangue ed emoderivati.

#### *Valutazione della performance*

Devono essere previste attività di controllo e verifica dei risultati:

- misurazione di indicatori di processo/esito,
- valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei familiari, compresa la valutazione della gestione dei sintomi e del dolore
- eventi avversi

Devono essere inoltre effettuate verifiche sistematiche dell'attività mediante audit clinico-assistenziali.

## CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

A livello di rete devono essere definiti annualmente i principali obiettivi di formazione che devono essere perseguiti dagli operatori dedicati e deve essere predisposto il relativo piano per garantire il processo di sviluppo delle competenze degli operatori afferenti alla rete di cure palliative, compresi i medici di continuità assistenziale eventualmente coinvolti.

Il Coordinamento deve realizzare incontri formativi rivolti ai professionisti delle strutture invianti alla rete per l'acquisizione di competenze atte a saper riconoscere il paziente che necessita di cure palliative.

A livello di ogni singolo nodo devono essere individuati gli ulteriori bisogni formativi finalizzati allo sviluppo e/o mantenimento delle competenze dei professionisti che operano nel nodo in rapporto alle attività svolte.

A tal fine i coordinatori/referenti dei nodi valutano annualmente il livello di autonomia nella pratica clinico assistenziale raggiunto dai professionisti che operano nel nodo stesso, sulla base delle competenze previste per le specifiche figure professionali dalla DGR 1131/2015 e successive modificazioni o integrazioni, e in rapporto ai compiti assegnati.

Sono definiti i criteri per valutare il livello di competenza raggiunto dai professionisti.

Per la definizione delle competenze dei professionisti e della equipe possono essere individuati i seguenti livelli:

- Ø Livello I: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico
- Ø Livello II: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico
- Ø Livello III: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione
- Ø Livello IV: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico.

La competenza dei professionisti deve essere verificata al momento dell'inserimento nel servizio e successivamente tutelata attraverso l'addestramento e l'aggiornamento sino all'acquisizione delle competenze in cure palliative previste per il profilo professionale. Deve essere individuata una modalità oggettiva di valutazione del raggiungimento degli obiettivi individuati per il professionista durante il periodo di inserimento.

Deve esistere il dossier individuale contenente un profilo professionale di tipo curriculare, con particolare riguardo alle esperienze di formazione ed alle competenze in precedenza acquisite, sia per quanto riguarda la preparazione alle attività clinico assistenziali che a quelle gestionali.

Devono essere documentati i percorsi di aggiornamento e formazione del personale.

Almeno il 60% dei professionisti, per profilo professionale, che operano nei nodi della rete devono possedere il livello III/IV, per il restante personale deve essere predisposto il programma di formazione/addestramento per il conseguimento di tali livelli.