

# PROGETTO

## “CURE PALLIATIVE NEI C.S.A e NELLE R.S.A.”

### Sviluppo delle Cure palliative :

nei C.S.A (Centro Servizi per Anziani)

e nelle R.S.A (Residenza Sanitaria Assistenziale)

- gestione della fase di fine vita.
- Lotta al dolore inutile.



## INDICE

INTRODUZIONE	Pag. 3
PREMESSA	Pag. 4
GLI ATTORI DEL PROGETTO	Pag. 6
ANALISI DEL CONTESTO	Pag. 8
DESTINATARI	Pag. 9
OBIETTIVI DEL PROGETTO	Pag. 9
• Obiettivo generale	
• Obiettivi specifici	
MOTIVAZIONI SCIENTIFICHE	Pag. 12
FASI DEL PROGETTO	Pag. 14
ARTICOLAZIONE OPERATIVA DEL PROGETTO	Pag. 14
PERCORSO DI FORMAZIONE	Pag. 17
• Destinatari	
• Finalità della formazione	
• Modalità di formazione	
• Contenuti-Argomenti bersaglio	
• Programmazione degli eventi	
ANALISI EPIDEMIOLOGICA	Pag. 20
INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO	Pag. 22
COSTI DI INVESTIMENTO	Pag. 25
• C.S.A/R.S.A. “Brandalise”	
• A.P.S.P. “Valle del Vanoi”	
• Copertura dei costi di investimento	
CONCLUSIONI	Pag. 27
RINGRAZIAMENTI	Pag. 27
BIBLIOGRAFIA	Pag. 28

## INTRODUZIONE

Nel mondo occidentale la percentuale di anziani con oltre 65 anni che vivono in CSA/RSA varia dal 2 % al 8%, tale valore sale al 20% se si considerano gli ultra ottantacinquenni e di questi la maggior parte si trova ad affrontare un periodo più o meno lungo di fine vita prima della morte. A titolo di esempio, nella sola Olanda, ogni anno il 34% dei residenti nelle "Nursing Home" entra in fase di fine vita.

In linea generale i pazienti che decedono nelle residenze per anziani possono essere affetti da patologie oncologiche e da patologie cronic-degenerative (tra cui la demenza di diversa origine) che portano a una perdita delle funzioni motorie e cognitive (compresa la capacità di comunicare i propri sintomi e le proprie sofferenze) in uno spazio di tempo variabile, a volte anche molto ampio, con episodi di aggravamento che si alternano a periodi di relativa stabilità.

La necessità di fornire anche agli ospiti dei CSA/RSA un adeguato riconoscimento e trattamento dei sintomi rappresenta quindi una crescente necessità, sia che si tratti di persone in grado di comunicare i propri bisogni, sia che si tratti di persone affette da demenza di vario grado con una capacità di comunicazione più o meno compromessa.

Oltre a ciò è stato stimato che la prevalenza del dolore negli anziani istituzionalizzati varia dal 45% all'85% e, si ritiene che, almeno in parte, tale variabilità sia dovuta al mancato riconoscimento e/o alla mancata misurazione del sintomo dolore.

Le cause del dolore nel paziente anziano sono molteplici, escluse le cause oncologiche, il dolore in questi pazienti può avere origine da malattie degenerative, ischemiche, respiratorie ecc. ma spesso l'anziano presenta anche Dolore Cronico di entità moderata/severa multifocale oltreché multifattoriale.

Bisogna inoltre considerare che nel paziente anziano, ospite di CSA/RSA, il dolore non va identificato solo come sintomo fisico, bensì come elemento bio-psico-sociale coinvolgente



cioè la più ampia sfera della persona, identificando quindi la "**sofferenza**" quale sintomo dove il dolore può essere presente, ma non ne rappresenta l'unico elemento.

Costituiscono parte integrante della sofferenza anche lo stato d'animo indotto dalla istituzionalizzazione, il distress respiratorio da molteplici cause, l'inabilità, la depressione, l'insonnia ecc.

## PREMESSA

La Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "**Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore**" tutela il diritto di tutti i cittadini ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, per ogni età, per ogni patologia, per ogni luogo di cura a tal fine impegna le strutture sanitarie ad assicurare un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, senza alcuna discriminazione, al fine di tutelare la dignità e l'autonomia del malato, promuovendo la qualità della vita fino al suo termine.

Secondo questa legge, le strutture sanitarie devono assicurare un programma di cura individuale per il malato e la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi:

- Tutela della dignità e dell'autonomia
- Tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine
- Sostegno sanitario e socio assistenziale alla persona malata e alla famiglia.

Lo strumento operativo che ha il compito di garantire, organizzare ed erogare le Cure Palliative è la **Rete Locale di Cure Palliative** che comprende strutture Ambulatoriali, Residenziali Ospedaliere e Residenziali del Territorio e fra queste le Residenze Sanitarie Assistenziali.

In questi termini le Strutture Socio Sanitarie ed Assistenziali devono attivarsi per far sì che anche i propri residenti ricevano cure palliative appropriate nella fase di fine vita e del morire.



## L.E.A: (livelli essenziali di assistenza)

*Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017.*

### Art. 23

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. **Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP)** sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

- a) **livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale (MMG) o dal pediatra di libera scelta (PLS)**, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera f) della legge 15 marzo 2010, n. 38, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;
- b) **livello specialistico: costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare.** In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.



2. Le cure domiciliari palliative richiedono **la valutazione multidimensionale**, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

*Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017*

### Art. 31

1. Il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale. Le prestazioni sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative-Hospice che, anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale.

2. I trattamenti di cui al comma 1 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

## GLI ATTORI DEL PROGETTO

**ULSS 1 Dolomiti:** l'Azienda Sanitaria ULSS 1 Dolomiti, richiamata la delibera n° 1213 del 23 ottobre 2017, attraverso la quale intende aumentare la capacità di erogare cure palliative a tutti i cittadini aventi bisogno, pervenendo all'integrazione fra Ospedale e Territorio e potenziando le cure domiciliari, accoglie e fa proprio l'intendimento di Mano Amica.

Il Direttore Generale promulga la delibera 115/2018: "Sviluppo delle cure palliative nelle strutture residenziali per anziani. Progetto Sperimentale."

L' ULSS 1 Dolomiti attua la delibera 115/2018 attraverso il Distretto e in particolare attraverso il medico di **Medicina Generale**.



**Mano Amica:** l'Associazione Mano Amica si è data nel proprio statuto, fra i vari, il compito di sviluppare la conoscenza, la diffusione e lo sviluppo delle Cure Palliative.

L'Associazione Mano Amica con atto proprio in data 27 novembre 2017, prot. 463/17, propone all'Azienda Sanitaria ULSS 1 Dolomiti l'avvio di un progetto volto a sviluppare le cure palliative nelle Residenze Sanitarie per Anziani.

Agisce per conto di Mano Amica, nella veste di tutor esperto, nonché come fiduciario della stessa, il dr. Giampietro Luisetto, master di 2° livello in terapia del Dolore e Cure Palliative.

**Azienda Feltrina per i Servizi alla Persona:** l'Azienda Feltrina per i Servizi alla Persona: ispira ed orienta la propria attività socio sanitaria perseguendo le seguenti intenzioni:

- a) il rispetto della dignità della persona;
- b) la flessibilità e l'adattabilità alle diverse condizioni dei bisogni di ogni singolo utente e ai cambiamenti che si possono manifestare durante la presa in carico;
- c) l'elevata reattività, intesa come tempestività di risposte alle dinamiche delle condizioni degli utenti;
- d) la professionalità e competenza dei collaboratori, sul piano del contenuto degli interventi e, in particolare, delle relazioni con gli utenti, per garantire una condizione di agio e di sicurezza, fondamentale per il loro benessere;
- e) la specializzazione professionale per garantire nel tempo un miglioramento continuo della qualità dei servizi e unitarietà del l'intervento.

Ed è proprio a partire da queste intenzioni che l'Azienda aderisce favorevolmente alla proposta dell'Associazione Mano Amica per l'avvio di un progetto, in collaborazione all'ULSS 1 Dolomiti di Feltre, avente la finalità di sviluppare le cure palliative all'interno delle RSA, allo scopo di alleviare il dolore e fornire sollievo ai gravi sintomi della malattia, soprattutto nella delicata fase del fine vita, senza perdere di vista l'aspetto psicologico e spirituale nel processo del prendersi cura.



**l'A.p.s.p. "Valle del Vanoi":** l'A.p.s.p. "Valle del Vanoi", Azienda pubblica di servizi alla persona operante nel territorio Trentino, nella limitrofa valle del Vanoi ha come mission la cura e l'assistenza dell'anziano, nel rispetto della sua dignità ed integrità come persona fragile. L'A.p.s.p. Valle del Vanoi eroga cioè servizi sanitari, assistenziali ed animativi nella continua ricerca dello status ottimale propri residenti; secondo le modalità previste dai piani nazionali e provinciali e nella consapevolezza che nulla potrà colmare il vuoto della mancanza del proprio domicilio, ambisce a far sentire i propri anziani bene come a casa loro. I principi ispiratori sono quindi affini a quelli dell'Azienda Feltrina, e il progetto proposto dall'Associazione Mano Amica rappresenta un'opportunità di trasferire il sostegno nella fase di fine vita e nel morire già ben strutturato a livello territoriale e domiciliare anche in C.S.A.

I C.S.A della Provincia di Trento sono già tenuti alla segnalazione obbligatoria al servizio di Cure Palliative dei loro residenti affetti da una patologia oncologica, mentre sono invitate a farlo, in un'ottica di eccellenza, per gli ospiti non oncologici in fase terminale.

## ANALISI DEL CONTESTO

La **Casa di Riposo Brandalise** con sede a Feltre, che accoglie in regime di residenzialità 145 ospiti. Di cui attualmente:

- ✓ 105 non autosufficienti di cui 8 di 2° livello e 97 di 1° livello
- ✓ 10 persone con demenza di Alzheimer con importanti disturbi comportamentali (SAPA)
- ✓ 1 ospite in stato vegetativo permanente
- ✓ 26 persone autosufficienti o parzialmente auto.
- ✓ 3 non autosufficienti in regime privato

**L'A.P.S.P " Valle del Vanoi"** con sede in Canal San Bovo, provincia di Trento, che accoglie in regime di residenzialità 68 ospiti.

Di cui attualmente:



- ✓ 61 non autosufficienti di cui 55 convenzionati con l'Azienda sanitari e 6 in regime di privato dei quali 15 persone con demenza di Alzheimer e con importanti disturbi comportamentali;
- ✓ 7 autosufficienti.

I residenti di entrambe le strutture sono per lo più di Grandi Anziani affetti da patologie cronico degenerative che determinano condizioni di non autosufficienza, fragilità e sofferenza psico-fisica e anche gli utenti autosufficienti sono comunque in situazioni socio sanitarie per lo più suscettibili al peggioramento e alla perdita di autonomia.

## DESTINATARI DEL PROGETTO

Il progetto in questione è destinato ad anziani con un'aspettativa di vita presumibilmente non superiore all'anno.

Il progetto coinvolgerà :

### **61 ospiti della C.S. Brandalise di cui:**

- ✓ 29 ospiti, di cui 7 con profilo di 2° livello dal nucleo "il Giardino"
- ✓ 32 persone per lo più affette da demenza di Alzheimer con problemi comportamentali dal nucleo " Il Glicine"

### **30 ospiti non autosufficienti dell'A.p.s.p. Valle del Vanoi**

## OBIETTIVI DEL PROGETTO

### OBIETTIVO GENERALE

Il progetto si pone l'obiettivo di garantire l'accesso precoce ed appropriato alle cure palliative e alla terapia del dolore anche agli ospiti dei C.S.A. Per questo è fondamentale individuare precocemente le persone per le quali, a causa della/e patologie di cui sono affette, non sembra più appropriato un percorso di cura volto alla guarigione e basato su interventi saltuari in acuzie bensì un percorso attivo e continuo, trasversale alle varie strutture sanitarie aziendali, ospedaliere e territoriali, che privilegi la qualità di vita residua, così da poter condividere con loro e la loro famiglia un programma di interventi



mirati a migliorare la qualità di vita nella fase del morire attraverso l'eliminazione del dolore fisico, e lo sviluppo di tecniche volte al benessere psico-sociale e spirituale dell'utente e della sua famiglia.

Il progetto si basa su alcuni punti fondamentali:

- 1) **Studio epidemiologico** sugli ospiti delle CSA/RSA deceduti nel 2017.
- 2) **Individuazione degli ospiti che si pensa possano beneficiare di cure palliative** e loro segnalazione al servizio di cure palliative.
- 3) **Formazione** verso tutti gli operatori dei CSA/RSA.
- 4) **Coinvolgimento dei medici di medicina generale** che hanno in carico i pazienti, in vista di una loro adesione al progetto e una loro maggior competenza ed autonomia nella gestione delle cure palliative di base.
- 5) **Coinvolgimento del nucleo di Cure Palliative** e degli specialisti ospedalieri (geriatri, pneumologi, neurologi, nefrologi, cardiologi, ...) con l'obiettivo di evitare trasferimenti di pazienti presso i reparti ospedalieri, quando lo stesso risultato terapeutico si renda possibile in modo appropriato e sicuro nel luogo di residenza del paziente. La valutazione specialistica potrà essere effettuata presso il C.S.A., quando non richieda una particolare strumentazione diagnostica.

## OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici del progetto risultano essere i seguenti:

1. **Sensibilizzazione, coinvolgimento e partecipazione dei MMG di struttura.**
2. **Individuare tempestivamente le persone in fase di terminalità:**  
Introdurre strumenti di valutazione ad uso di tutto il personale utili a definire quali pazienti siano da avviare ad un percorso di cure palliative di base e specialistiche. (CFR. LEA 2017)
3. **Segnalazione alla Centrale Operativa Territoriale (C.O.T):**  
Segnalare alla Centrale Operativa Territoriale e all'Unità Operativa di Cure palliative tutti i pazienti individuati al fine di istruire l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO) e/o l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD).
4. **Effettuare una UVMD per ogni utente individuato:**

l'UVMD/O costituisce la porta d'accesso alle prestazioni di cure palliative, si tratta di una valutazione multidimensionale del paziente. Essa è effettuata dal MMG, dal medico Palliativista, dallo **specialista ospedaliero** per la patologia principale (generalmente il paziente ha già una storia clinica precedente all'UVMD), dall'infermiere, dalla psicologa, dal terapeuta della riabilitazione, dall'assistente sociale.

Lo scopo dell'UVMD è di formulare un Piano Individuale Assistenziale, condiviso negli scopi, che orienti il percorso di cura congiuntamente attuato, rivalutabile nel tempo e che accompagni il paziente fino all'exitus.

#### 5. **Garantire l'accesso dell'èquipe di cure palliative ai C.S.A.:**

Al passaggio dalle Cure Palliative di Base (coordinate dal MMG.) alle Cure Palliative Specialistiche si rende necessario l'accesso del personale specialistico dell' U.O.C.P. ai C.S.A, quando richiesto dal medico della struttura e nel rispetto del P.A.I redatto in sede di UVMD.

L' U.O. C.P. presiede e coordina l'attuazione del P.A.I. nella fase specialistica.

#### 6. **Garantire l'accesso degli specialisti ospedalieri alle C.S.A.:**

a seguito di quanto individuato nel P.A.I lo specialista ospedaliero accede al C.S.A. per le rivalutazioni programmate e/o su richiesta del MMG di C.S.A. nelle situazioni emergenti non previste all'atto della stesura del piano assistenziale.

#### 7. **Migliorare la qualità di vita e la qualità del morire negli ospiti residenti in CSA/RSA:**

- ✓ implementare l'uso di scale di valutazione dei sintomi e in particolare del sintomo dolore,
- ✓ implementare, migliorare ed applicare tecniche per il controllo dei sintomi e per la gestione della fase terminale della vita,
- ✓ migliorare l'uso dei farmaci in particolare i farmaci antalgici,
- ✓ ridurre il ricorso agli accessi al pronto soccorso,
- ✓ ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero, favorendo la permanenza dell'ospite al proprio domicilio, ovvero in CSA/RSA,
- ✓ ridurre il n° di decessi in ospedale.

#### 8. **Attuare un programma di formazione per tutto il personale:**

- L'intervento formativo ha la finalità di aiutare il personale sanitario dei CSA/RSA a riflettere sulla necessità di applicare criteri di appropriatezza alla cura dei malati con demenza avanzata e non (proporzionalità degli interventi).
- Rilevare, individuare le cause e trattare i principali sintomi (dolore ,dispnea , delirium, ecc).

- Riflettere sulle problematiche concernenti scelte cliniche controverse (alimentazione e idratazione artificiali, sedazione terminale), ruolo e comunicazione con la famiglia, in particolare nell'imminenza del decesso.

## **9. Condividere con l'ospite e la sua famiglia il programma di interventi mirati a migliorare la qualità di vita nella fase del morire:**

- ✓ Dialogo con gli utenti competenti secondo il disposto della legge 22 dicembre 2017, n° 219: "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"
- ✓ Sensibilizzare i familiari rispetto alla cultura di "qualità della vita del morire" e sulle modalità d'intervento adottate dal CSA/RSA;

## **10. Effettuare uno studio epidemiologico sugli ospiti dei CSA/RSA deceduti nel 2017 e raccolta dati sui pazienti individuati per accedere alle cure palliative nel 2018 e mettere a confronto i dati raccolti.**

### MOTIVAZIONI SCIENTIFICHE

Numerosi dati di letteratura confermano che l'attuazione delle azioni descritte nel piano in oggetto permettono di avere:

- 1 -Miglioramento della qualità di vita e della qualità del morire (dati misurabili attraverso indicatori di salute/benessere oggettivabili – come le scale psicometriche accreditate) tra gli utenti dei CSA/RSA;
- 2 -riduzione dei punteggi di dolore schedati e monitorabili nel tempo dall'ingresso alla dimissione;
- 3 -miglioramento del tono dell'umore;
- 4 -miglioramento della qualità del sonno e conseguente migliore gestione dei presidi farmacologici correlati (es. riduzione del ricorso a farmaci sedativi, in relazione alla correzione del fenomeno dolore spesso co-responsabile di insonnia ed alterazioni umorali correlati ai disturbi del sonno);
- 5 -miglioramento delle condizioni psicofisiche anche negli utenti gravemente compromessi;



- 6 -riduzione delle complicità da allettamento e compromissione generale.
- 7 -migliore approccio terapeutico nel governo del fenomeno dolore nei soggetti affetti da demenza e sindromi correlate, considerato quanto l'abolizione dello stesso porti talvolta a sensibili miglioramenti di disturbi di carattere comportamentale;
- 8 -progressiva riduzione di fenomeni correlati a refrattarietà al dolore e ad effetti collaterali connessi alle scelte terapeutiche adottate;
- 9 -riduzione dei tempi di assestamento in relazione alla strategia farmacologica e non farmacologica designata, dal momento della diagnosi e/o del riscontro di dolore al momento di completo controllo dello stesso;
- 10 -sensibile miglioramento nell'assistenza globale alla persona in fase di fine vita in tutti i suoi aspetti, secondo un paradigma decisamente olistico sia nell'approccio al morire sia nella sfera più prettamente personale, psicologica ed emozionale in questa fase così intima ma ultima del vivere;
- 11 -riduzione degli accessi impropri ai servizi di Pronto Soccorso;
- 12 -riduzione dei ricoveri impropri presso il presidio ospedaliero in situazioni gestibili in CSA/RSA.
- 13 -diffusione della cultura di "qualità della vita nel morire" (personale, familiari, comunità);
- 14 -riduzione del ricorso a mezzi di contenzione fisica e farmacologica;
- 15 -progressivo miglioramento dei profili motivazionali del personale che opera a contatto diretto con l'utenza delle CSA/RSA, con parallela riduzione dei fenomeni di burn-out da parte degli stessi. Un team costantemente formato sul tema e parte attiva ai progetti in oggetto non può che dare frutto alle conoscenze acquisite, nonché migliorare la propria performance in termini qualitativi in relazione alle competenze professionali tipiche del proprio ruolo.

## FASI DEL PROGETTO

<b>Fase</b>	<b>Attività</b>
<b>Plan</b>	Progettazione e budget del progetto
<b>Do</b>	Dati decessi 2017 e indagine epidemiologica
	Quadro generale dell'utenza coinvolta Informazione/formazione del personale
<b>Act</b>	Identificazione degli ospiti in fase di terminalità
	Presenza in carico e informazione al familiare
	Formulazione del PAI e sua implementazione Chiusura del PAI a decesso avvenuto e raccolta dati
<b>Check</b>	Verifica indicatori di processo e di esito formulati: dati 2017 e dati 2018 Somministrazione questionario di gradimento operatori e familiari. Analisi dati e formulazione risultati Validazione del progetto da parte di "esperti esterni indipendenti" Valutazione intermedia e finale dei risultati da parte di "esperti esterni indipendenti"

## ARTICOLAZIONE OPERATIVA DEL PROGETTO:

	<b>Fasi</b>	<b>Strumenti</b>	<b>Tempi previsti indicativi</b>	<b>Out put</b>	<b>Risultato</b>
<b>Approvazione definitiva del progetto</b>	Presentazione progetto all'associazione Mano Amica	Assemblea	25 aprile 2018	Documento	Comunicazione Associazione e approvazione progetto
	Incontro/i responsabili Enti interessati per pianificazione programma	Riunione	16 maggio 2018	Documento	Verbale

	<b>Fasi</b>	<b>Strumenti</b>	<b>Tempi previsti indicativi</b>	<b>Out put</b>	<b>Risultato</b>
	Definizione degli obiettivi intermedi e degli indicatori di processo e di esito	Lavoro e condivisione	Entro maggio 2018	Identificazione obiettivi specifici ed indicatori	Verbale
	Validazione del progetto		Entro maggio 2018		Relazione da parte di esperti esterni indipendenti: dr.Franco Toscani, dr.Renzo Pegoraro
	Presentazione e approvazione definitiva da parte del CDA Azienda Feltrina Servizi alla Persona, A.p.s.p. Valle del Vanoi , AULSS 1 Dolomiti, APPS Trento.	Riunione	Entro maggio 2018	Scheda progettuale	Delibera di approvazione
<p><b>Responsabilità:</b> responsabile della costruzione del progetto: dott. Alessio Gioffredi.</p> <p>Gruppo di lavoro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rappr/te Mano Amica dr. Giampietro Luisetto.</li> <li>• Rappr/ti RSA" Brandalise": Zabot Federica,D' Agostini Loredana, Pellencin Lara.</li> <li>• Rappr/ti A.p.s.p. Valle del Vanoi: Zorteo Cinzia, Iagher Elena.</li> <li>• Azienda AULSS1: Direttore di Distretto, Direttore d'Ospedale, Responsabile U.O.C.P.</li> </ul> <p>Validatori esterni: dr. Franco Toscani Direttore Scientifico Fondazione "Lino Maestroni" Istituto di Ricerca Scientifica Cremona dr. Renzo Pegoraro: direttore scientifico della Fondazione "Lanza" di Padova e Cancelliere presso la Pontificia Accademia Pro Vita. Città del Vaticano</p> <p>Approvazione del progetto: Direzione Generale AULSS1, Mano Amica, APPS Trento, Direzioni C.S.A..</p>					
<b>Organizzazione operativa</b>	Programmazione Formazione del personale	Individuazione argomenti e docenti	Entro giugno 2018	Piano della formazione specifico	Approvazione piano formazione

	Fasi	Strumenti	Tempi previsti indicativi	Out put	Risultato
	Raccolta dati (individuati come da indicatori) ospiti anno 2017	Raccolta documentale	Entro luglio 2018	Banca dati per singolo Ente	Report dati 2017
	Raccolta dati (individuati come da indicatori) ospiti anno 2018	Lavoro del singolo	Contestuale anno 2018	Banca dati per singolo Ente	Report dati pazienti a fine 2018
		1° Riunione di condivisione	Entro luglio 2018		
	Attivazione Formazione del personale	Organizzazione e logistica	Dal mese di settembre 2018	Piano della formazione specifico	
	Definizione delle modalità di accesso e delle modalità operative degli specialisti ospedalieri e del palliativista nei C.S.A.	Riunione	Entro luglio 2018	Direttive Aziendali Ospedaliere e Distrettuali	
<b>Organizzazione operativa</b>	Definizione di procedure per il trattamento dei sintomi condivise con i C.S.A. coinvolti	Riunione Responsabili Enti coinvolti per validazione delle procedure	Anni: 2018, 2019, 2020	Procedure formalizzate	Acquisizione e di una metodologia di standardizzazione dei processi
	Implementazione trattamenti definiti nelle procedure	Procedure validate	Anni: 2018, 2019, 2020	Sollievo dai sintomi	
<b>Responsabilità:</b> MMG di C.S.A., dott. Giampietro Luisetto, Direttore di Distretto, Direttore Ospedale, Responsabile UOCP, <b>specialisti ospedalieri secondo la patologia</b> , rappr/ti CSA. Brandalise": Zabot Federica, D' Agostini Loredana, Pellencin Lara, rappr/t i A.p.s.p. Valle del Vanoi: Zortea Cinzia, Iagher Elena.					
<b>Follow-up</b>	Raccolta opinione lavoratori e familiari	Questionario	Marzo 2019	Report questionari	



	Fasi	Strumenti	Tempi previsti indicativi	Out put	Risultato
	Analisi dati 2017 -2018	Verifica indicatori	Febbraio 2019	Documento di analisi	
	Verifica raggiungiment o obiettivi	Risultati ottenuti	Marzo 2019	Documento di risultato	
<b>Responsabilità:</b> rappr/ti RSA, dr. Giampietro Luisetto, valutatori esterni: dr. Franco Toscani, dr. Renzo Pegoraro.					
Valutazione critica risultati	riunione	Marzo 2019	Mantenimento o correzione del progetto	Validazione progetto	
Presentazione dati	Forum	Dicembre 2019	Documento finale		
<b>Responsabilità:</b> rete locale di cure palliative: dr. Roberta Perin.					

**La fase organizzativa/operativa e il follow-up si ripetono ogni anno.**

## PERCORSO DI FORMAZIONE

Fa parte integrante del progetto la formazione del personale sanitario e assistenziale, considerata fondamentale per l'applicazione pratica dei presupposti e delle finalità teoriche del progetto.

Il percorso di formazione si sviluppa nell'arco di tre anni.

### ✓ DESTINATARI

Personale sanitario e socio assistenziale dei C.S.A. aderenti

### ✓ FINALITA' DELLA FORMAZIONE

L'intervento formativo che si vuole porre in essere nel percorso progettuale, ha una duplice finalità:

1. **Sensibilizzazione del personale:** alla fine del percorso formativo il personale sanitario e assistenziale dei CSA/RSA sarà in grado di riflettere sulla necessità di applicare criteri di appropriatezza alla cura dei malati con demenza avanzata e non (proporzionalità degli interventi).

2. **Accrescimento di competenze:** alla fine del percorso formativo il personale sanitario e assistenziale sarà in grado di:

- ✓ rilevare e trattare in maniera appropriata i principali "sintomi" manifestati nella fase di fine vita e del morire (dolore ,dispnea , delirium ecc)
- ✓ riflettere e lavorare in equipe sulle problematiche concernenti scelte cliniche controverse (alimentazione e idratazione artificiali, sedazione terminale)
- ✓ avere un ruolo di comunicazione e sostegno alla persona e alla famiglia, in particolare nella fase del morire.

#### ✓ MODALITA' DI FORMAZIONE

Lezioni frontali teorico/pratiche programmate secondo incontri periodici sugli argomenti bersaglio. La docenza verrà assegnata, per quanto possibile, ad eventuali esperti già presenti nei C.S.A, nella realtà dell'ULSS 1 Dolomiti e presso l'Azienda Sanitaria di Trento.

#### ✓ CONTENUTI – ARGOMENTI BERSAGLIO

	<b>TEMATICA</b>	<b>ore</b>	<b>DOCENZA</b>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentazione del progetto.</li> <li>• L'impresa e l'équipe.</li> <li>• L'appropriatezza degli interventi. Tra cura e accanimento".</li> </ul>	2	Relatore qualificato (esperto in appropriatezza delle cure)
2	<p>Riconoscere il paziente da inserire in un programma di cure palliative:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La rete locale di cure palliative: composizione, compiti, responsabilità.</li> <li>• il paziente oncologico,</li> <li>• il paziente cardiopatico,</li> <li>• il paziente bronco-pneumopatico,</li> <li>• il paziente nefropatico,</li> <li>• il paziente neurologico,</li> <li>• il paziente con demenza,</li> </ul>	7	Specialista di patologia Medico palliativista
3	<p>La morte e il lutto: significati, riti e simboli nella nostra società multiculturale.</p> <p>L'assistenza spirituale</p>	2	Sociologo/psicologo

4	Le fasi del morire ( Kubler Ross ed altri modelli) i meccanismi di difesa; il morente e le relazioni significative; la paura della morte.	2	Psicologo
5	Riconoscimento e trattamento dei sintomi del malato in fase terminale: competenze mediche infermieristiche e degli OSS.  Interventi farmacologici e non farmacologici.	2	Medico Infermiere O.S.S.
6	Il nurturing touch		Psicologo Fisioterapista
7	Cenni di bioetica nella pratica delle cure palliative:  • Legge 22 dicembre 2017 n°219: pianificazione anticipata delle cure e dichiarazioni anticipate di trattamento.	2	Medico legale
8	Scelte difficili:  • appropriatezza clinica: Evidence Base Medicine (EBM) e modulazione degli interventi, • nutrizione, • idratazione, • sedazione palliativa profonda continua: i sintomi refrattari	2	Medico Medico Palliativista
9	Focus su alcuni trattamenti infermieristici ( utilizzo degli elastomeri,  vie di somministrazione dei farmaci e liquidi, rilevazione di problemi di salute,  interventi per garantire il comfort: stipsi da oppioidi, disfagia, mucosite orale).	3	Medico Infermiere
10	La relazione e la comunicazione con l'ospite, la famiglia.	2	Psicologo
11	La famiglia di fronte alla morte, processi di adattamento, dinamiche familiari e modi di reagire di fronte al malato terminale. (Role play)	3	Psicologo
12	Incontri generali per informare i familiari sul progetto attivato dalla RSA	2 x 3 incontri=6	Medico e altri operatori
	Totale ore	33	

## ✓ PROGRAMMAZIONE EVENTI

Gli incontri verranno programmati periodicamente, prevedendo la distribuzione oraria in mezze giornate, possibilmente con un'edizione al mattino e una il pomeriggio, con orario da concordare. L'attività di docenza sarà preferibilmente assegnata ad esperti presenti nel C.S. o nella realtà della nostra ULSS.

## ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Revisione della documentazione sanitaria (cartelle cliniche cartacee e informatizzate) dalla quale ricavare un'analisi epidemiologica dell'utenza accolta nel 2017.

In particolare saranno raccolti e analizzati i seguenti dati:

- ✓ Diagnosi d'ingresso
- ✓ Numero decessi: cause, luogo
- ✓ Ricorso al Pronto Soccorso e accessi in ospedale
- ✓ Visite specialistiche
- ✓ Consumo antibiotici, oppioidi, analgesici, antipsicotici, sedativi
- ✓ Utilizzo di farmaci somministrati nelle ultime due settimane di vita
- ✓ Ricorso a procedure invasive quali sondino naso gastrico, PEG, infusione endovenosa, ipodermoclisi
- ✓ Rilevazione del dolore
- ✓ Utilizzo pompa elastomerica – sedazione palliativa
- ✓ Utilizzo di Ossigenoterapia

Raccolta dati relativa all'anno 2018 per gli ospiti selezionati:

- ✓ Diagnosi d'ingresso
- ✓ Tempi di permanenza in struttura prima della morte
- ✓ Uso di analgesici (paracetamolo, FANS, oppioidi).
- ✓ Uso di antibiotici
- ✓ Monitoraggio dei Parametri Vitali
- ✓ Monitoraggio del Nurturing Touch
- ✓ Ricorso a procedure invasive quali PEG, Sondino naso gastrico, PEG, infusione endovenosa, ipodermoclisi.
- ✓ Ricorso al Pronto Soccorso e accessi ospedale
- ✓ N° di visite specialistiche/N° di richieste d'intervento



- ✓ N° di visite del medico palliativista/ N° di richieste d'intervento
- ✓ Rilevazione del dolore e dei segni di morte imminenti
- ✓ Utilizzo pompa elastomerica – sedazione palliativa
- ✓ Causa del decesso

#### ✓ CONFRONTO DATI (PRE E POST)

- a- Rilevazione dolore con schede apposite
- b- Distribuzione soggetti trattati con analgesici (divisi per macrocategorie)
- c- Cause di decesso
- d- Luogo del decesso
- e- Utilizzo di farmaci somministrati nelle ultime due settimane di vita
- f- Utilizzo di pompa elastomeri -Sedazione palliativa
- h- Questionario di valutazione della qualità percepita ( inizio somministrazione del questionario ai pazienti arruolati nel 2018 e confronto con i questionari raccolti negli anni 2019-20 )

In itinere: diario sanitario, scheda cartacea di raccolta PV e riunioni d'equipe



## INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO

OBT V	azioni	responsabilità	Indicatori di processo e di esito. (IP – IE)
1	Il MMG della struttura partecipa alla struttura del progetto	Direttore di Distretto	IP: co-realizzazione del progetto
		Direttore di Distretto	IE. Il MMG della struttura aderisce e partecipa alla realizzazione del progetto
2	Scegliere e introdurre modalità di valutazione: ✓ la domanda sorprendente ✓ scale di valutazione validate.	Operatori CSA/RSA. Medico CSA/RSA.	IP: sono identificati, presenti e usati i criteri di valutazione.
	Formare gli operatori a valutare l'ospite e a formulare un giudizio.	Operatori CSA/RSA. Medico CSA/RSA.	IP: i dati di valutazione sono riportati nella cartella clinica.
	Il medico del CSA/RSA si avvale dello specialista ospedaliero e del medico palliativista per la valutazione dell'ospite.	Medico CSA/RSA. Specialista ospedaliero. Palliativista. Direttore Ospedale. Direttore Distretto.	IP: esiste un modulo di richiesta per lo specialista e per il Palliativista. Esiste un modulo di autorizzazione all'accesso degli specialisti in C.S.A.
	Valutare gli ospiti all'ingresso in struttura e ogni sei mesi.	Medico CSA/RSA.	IE: esiste una lista di pazienti individuati.
3	Formalizzare una modalità di segnalazione alla COT e al Punto Unico di Accesso (PUA) e all' Unità Operativa di Cure Palliative dei pazienti individuati.	Responsabile COT/PUA. Caposala CSA/RSA. Coordinatore di percorso ospedaliero. Caposala UOCP.	IP: è presente un modulo per la segnalazione dei pazienti alla COT/PUA e all'UOCP.
	Segnalare alla COT/PUA e all' Unità Operativa di Cure Palliative i pazienti individuati.	Medico CSA/RSA.	IE: tutti i pazienti individuati sono segnalati.
OBT V	azioni	responsabilità	Indicatori
4	Il Direttore del Distretto e il Direttore dell'Ospedale informano gli specialisti ospedalieri sulla necessità di effettuare le UVMO/UVMD per i pazienti da avviare alle cure palliative.	Direttore ospedaliero. Direttore del distretto.	IP: verbale di riunione e direttive del Direttore dell'Ospedale.
	La COT/PUA istruisce l'UVMO/UVMD.	Responsabile COT/PUA.	IP: tutti i pazienti segnalati alla COT/PUA sono sottoposti a UVMO/UVMD.
	L' UVMO/UVMD formula il Piano Assistenziale Individuale e assegna il paziente alle Cure Palliative di Base o alle Cure Palliative Specialistiche.	Responsabile UVMD	IE: il PAI viene riportato in cartella per ogni paziente sottoposto a UVMO/UVMD

5	Il medico palliativista e il medico della R.S.A. effettuano con cadenza bimestrale una rivalutazione dei pazienti inseriti nel progetto di cure palliative di base.	Medico C.S.A. Medico palliativista	IP: La valutazione viene riportata in cartella clinica.
	Il medico C.S.A. attiva le C.P. specialistiche al peggioramento dell'ospite.	Medico C.S.A. Medico palliativista	IE: il medico Palliativista e/o altro personale dell'UCP accede alla C.S.A.
	Il Direttore di Distretto norma la modalità d'accesso del medico palliativista e/o altro personale dell' UOCP al C.S.A.	Direttore di Distretto	IE: il medico Palliativista e/o altro personale dell'UCOP accede al C.S.A
6	Il Direttore Ospedaliero norma la modalità d'accesso del medico specialista ospedaliero al C.S.A.	Direttore di Ospedale	IE: il medico specialista ospedaliero accede al C.S.A
7	Implementare l'uso di scale di valutazione dei sintomi e in particolare del sintomo dolore.	Medico CSA/RSA. Caposala CSA/RSA.	IE: sono individuate, scelte e presenti in cartella clinica scale per la valutazione dei sintomi. La cartella clinica riporta la registrazione della valutazione del sintomo.
	Implementare ed applicare procedure e tecniche per il controllo dei sintomi e per la gestione della fase terminale della vita: almeno 3 procedure/anno	Tutti gli operatori dei CSA/RSA a seconda delle rispettive competenze.	IE: sono presenti almeno 3 procedure esecutive per il trattamento dei sintomi.
	Migliorare l'uso dei farmaci in particolare i farmaci antalgici.	Medico CSA/RSA.	IE: esiste una procedura per la scelta e l'uso dei farmaci antalgici.  Aumenta il consumo di oppiacei e si riduce l'uso dei FANS.
	Ridurre il ricorso agli accessi al pronto soccorso.	Medico CSA/RSA. Medico Palliativista Specialista. Ospedaliero. PAI.	IE: sono diminuiti del 10% gli accessi al pronto soccorso rispetto al 2017.
	Ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero, favorendo la permanenza dell'ospite al proprio domicilio, ovvero in CSA/RSA.	Medico CSA/RSA. Medico Palliativista Specialista. Ospedaliero. PAI.	IE: sono diminuiti del 10% i ricoveri ospedalieri rispetto al 2017.
	Ridurre il n° di decessi in ospedale.	Medico CSA/RSA. Medico Palliativista Specialista. Ospedaliero. PAI.	IE: sono diminuiti del 10% i decessi in ospedale rispetto al 2017.



8	Formare tutto il personale.	Direttore CSA/RSA.	IP: n° eventi formativi effettuati. % di personale per ogni categoria che ha partecipato alla formazione.
	Il personale applica quanto viene appreso durante la formazione.	Caposala CSA/RSA.	IE: sono presenti e applicate le procedure di rilevamento e trattamento dei sintomi.
9	Condividere con il paziente competente e con i famigliari dei pazienti non competenti il programma di interventi.	Operatori CSA/RSA secondo le proprie competenze.	IE: registrazione in cartella del colloquio
	Attuare incontri di informazione con i famigliari.	Operatori CSA/RSA secondo le proprie competenze. Caposala CSA/RSA.	IE: n° di incontri effettuati. Verbali degli incontri.
10	Produrre la scheda dei dati da raccogliere per i deceduti del 2017 secondo quanto previsto nella sezione "analisi epidemiologica".	Caposala CSA/RSA Operatori CSA/RSA.	IE: esiste la scheda raccolta dati per i deceduti 2017.
	Produrre la scheda dei dati da raccogliere per i pazienti inseriti in un percorso di cure palliative nel 2018 secondo quanto previsto nella sezione "analisi epidemiologica".	Caposala CSA/RSA Operatori CSA/RSA.	IE: esiste la scheda raccolta dati per i pazienti inseriti in un percorso di cure palliative nel 2018.
	Effettuare un confronto fra i dati del 2017 e del 2018.	Rete Locale di Cure Palliative	IE: i risultati sono valutati e pubblicati.
	Presentare la relazione critica all'Azienda	Rete Locale di Cure Palliative	IE: l' Azienda è in possesso della relazione

## COSTI DI INVESTIMENTO

### C.S.A BRANDALISE DI FELTRE

INTERVENTI	ORE	COSTO ORARIO	COSTO TOTALE ANNUO
Formazione dipendenti Glicine + Giardino	11/12 ore x 45 dip		
Raccolta dati 2017 +2018 e elaborazione	80 ore		
Supporto psicologico familiari	5 ore/mese		
Infermiere per supporto psicologico familiari e ospiti	10 ore a settimana		
Supporto aggiuntivo del medico di struttura durante il percorso sia per i dipendenti che per i familiari	da definire		
Poltrone relax	2		

	<b>TOTALE</b>	<b>€ 35.000,00</b>
--	---------------	--------------------

## A.P.S.P. "VALLE DEL VANOI"

INTERVENTI	ORE	COSTO ORARIO	COSTO TOTALE ANNUO
Costo dipendenti Formazione	20 ore x n.43 dip= 860		
Costo risorsa per raccolta/elaborazione dati Infermiere	72 ore		
Supporto psicologo libero professionista per i familiari	36 ore annue (3 ore al mese)		
Supporto aggiuntivo del medico di struttura durante il percorso sia per i dipendenti che per i familiari	60 ore annue (2 ore in più per ogni decesso, previsione 30 decessi)		
Incontri informativi per i familiari	6 ore annue (3 incontri per 2 ore)		
Supporto infermieristico durante il percorso sia per i dipendenti che per i familiari	15 ore in più da utilizzare per ogni utente in fine vita (previsti 30) = tot. 450		
Acquisto poltrona relax a disposizione del familiare durante l'assistenza	Poltrona reclinabile dotata di ruote		
<b>TOTALE</b>			<b>€ 35.000,00</b>

## ALTRI COSTI .

INTERVENTI	ORE	COSTO ORARIO	COSTO TOTALE ANNUO
Costo per docenti per formazione	11/12 ore annue di formazione ripetute per 4 volte		
Altri costi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico fiduciario Mano Amica</li> <li>• Infermiere con compiti di supporto al medico fiduciario</li> <li>• Interventi finalizzati a garantire gli interventi presso i C.S.A. da parte del nucleo di cure palliative e del personale delle strutture specialistiche (neurologia, cardiologia, pneumologia, medicina)</li> </ul>	3/6 mese secondo necessità. 2/3 ore settimana secondo necessità.		

<p>generale, geriatria, nefrologia/dialisi,...).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ogni altro costo per risorse umane, tecnologiche e materiali non preventivato che abbia a rendersi necessario nel corso della sperimentazione.</li> </ul>			
---	--	--	--

## COPERTURA COSTI INVESTIMENTO:

Il Costo di investimento per la realizzazione del progetto viene stimato complessivamente pari ad euro 140.000 e sarà finanziato dall'Associazione Mano Amica-Onlus di Feltre.

## CONCLUSIONI

Questo Progetto, contenente aspetti anche di carattere innovativo, sarà uno strumento a supporto delle decisioni clinico-assistenziali per contribuire a cambiare gli atteggiamenti e a migliorare le pratiche nei confronti dei malati nella fase finale della loro vita in contesto dei CSA/RSA.

Alla fine di questo percorso e sulla base dei risultati raggiunti presso le due strutture, sarà possibile estendere il progetto in tutti i CSA/RSA per Anziani non autosufficienti, anche al fine di dare un forte impulso all'organizzazione di una rete di cure palliative a livello provinciale. (Belluno – Trento).

## RINGRAZIAMENTI

Si desidera esprimere un ringraziamento speciale all'Associazione Mano Amica di Feltre che ha fortemente voluto e creduto in questo importante progetto finanziando i totali costi per la sua realizzazione, alla direzione dell'ULSS 1 Dolomiti di Feltre per la volontà di aumentare, attraverso la concretizzazione del progetto, la capacità del territorio dell'intera provincia di Belluno e della Comunità di Primiero, quest'ultima in relazione alla convenzione in essere con l'APSS di Trento, di far fronte ai bisogni di cure palliative dei malati complessi con malattie cronico degenerative avanzate nelle strutture residenziali sanitarie assistenziali.

## BIBLIOGRAFIA

- Badon P., Z. A. (maggio 2002). La gestione del dolore. Seminario sul dolore. Feltre.
- Bonetti, C. e al. (2012, 01). Farmaci adiuvanti nella terapia del dolore. Tratto da Pain Nursing Magazine: [www.painnursing.it](http://www.painnursing.it)
- Ciampi de Andrade D., e al. (2011). The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient. Arw Neuropsichiatr , 69 (2-B).
- D.M. n. 43 del 22.02.2007 - Regolamento recante "Definizioni degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'art. 1, comma 169, della Legge 30.12.04 n.311". (s.d.).
- Florio M., B. F. (n° 3 maggio-giugno 2011). Il dolore nell'anziano con demenza grave: la scheda Noppain a confronto con la valutazione tradizionale. Tratto da L'infermiere online.
- Geroldi, C. (3/2000). La valutazione del dolore nei pazienti dementi. Nursing Oggi Geriatria .
- Guerzoni, P. e al. La valutazione del dolore nelle strutture residenziali. VI Congresso Nazionale AGE. Parma.
- Guglielmi, L. (2005). La valutazione del dolore in RSA. Gruppo di ricerca geriatrica.
- IASP. (1979). A List with definitions and notes on usage recommended by the IASP Subcommiteon Taxonomy. Pain , 6-249-52.
- IPASVI, (2012, 12 01). [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it) - Un anziano su due soffre di dolore cronico e uno su dieci ha bisogno di assistenza costante.
- L.R. Veneto 19 marzo 2009, n. 7.
- Legge 15 marzo 2010, n. 38.
- Lucchi, C. (2001). L'infermiere e le cure palliative. Nursing Oggi , 70-73.
- Miller S.C., G. P. (2001). Hospice enrolment and hospitalitation of dying nursing home patients. Am J Med , 111: 38-44.
- Monti M., e. a. (2011). Anziani, residenze sanitarie assistenziali e cure palliative. La rivista



italiana di cure palliative , n°3-2011 Vol. 13.

Monti M., e. a. (2006). Prevalenza del dolore cronico in anziani istituzionalizzati in residenza sanitaria assistenziale. La Rivista italiana di Cure palliative , num. 2.

Panza, N. (1999). Il dolore post operatorio: fisiopatologia e trattamento. Urologia Pratica , 113-123.

Prandi, C. (2000). Gli strumenti di misura - Il teorema dolore. Aggiornamenti professionali n°5/2000, L'Infermiere .

Regnard C.F.B., T. S. (1992). Manuale di medicina palliativa. CIS editore.

Romanò M., e. a. (2006). Le cure palliative nel trattamento dell'insufficienza cardiaca avanzata. La Rivista italiana di cure palliative , num. 4.

Rudkin G.E., e. a. (1991). Intra-operative patient controlled sedation. Anesthesia , 46:90-92.

SIAARTI. (2006). Linee guida SIAARTI. Minerva Anestesiologica , 72:927-963.

Società italiana di Cure Palliative. (ottobre 2007). Raccomandazioni della SICP sulla sedazione terminale/sedazione palliativa.

Tudini M., C. M. (2012, gennaio ). Approccio al paziente con dolore cronico. Tratto da [www.painnursing.it](http://www.painnursing.it).

Valle, A. (2006). Argomenti di approfondimento in cure palliative. Cuneo - 2006.

Venturiero, V. (2000). Cure palliative nel paziente anziano terminale. Giorn. Gerontol. , 222-246.

WHO. (2004). Migliori cure palliative per le persone anziane. (S. E. Davis e I. J. Higginson)