

Laurea in

INFERMIERISTICA

Corso di infermieristica preventiva e di comunità

Hospice

A cura di:
Vincenzo Corrado

Definire l'hospice

La parola hospice (*Centri Residenziali per le Cure Palliative*), per chi non li conosce, fa pensare ai luoghi di abbandono, solitudine e tristezza che sono gli "ospizi" per gli anziani.

Hospice è il luogo in cui la qualità di vita è l'obiettivo principale , per garantire la dignità e rispetto dell'essere umano.

Hospice non è il luogo in cui "si va a morire" ma in cui si va a vivere al meglio una fase naturale dell'esistenza dell'essere umano.

L'hospice è uno dei due poli della rete di cure palliative, imprescindibilmente legato alle cure domiciliari.

NORMATIVE

◎LEGGE 39/99

Primo atto formale dello Stato italiano per le cure palliative, in cui veniva previsto un programma nazionale per la creazione di strutture di degenza (Hospice) in tutte le Regioni italiane per accogliere i malati in fase terminale di malattia.

◎DPCM 20 gennaio 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative".

◎30 MAGGIO 2007 : "Prestazioni Residenziali e Semi-Residenziali" della Commissione LEA del Ministero della Salute

HOSPICE IN ITALIA

- Totale posti letto **2025**
- Indice posti letto x 10.000 abitanti **0,344**

Indice P.L x 10.000 abitanti in letteratura
indice ottimale **0,5 - 0,6**

Progetto Hospice

- 1 posto letto ogni 25.000 abitanti
- Unità minima: 7 posti letto
- Un Hospice in ogni ASL fino a 250.000 abitanti

Legge 39/99

L'HOSPICE IN ITALIA

In Italia, l'hospice è una struttura specifica nella quale sono garantite, in regime di residenzialità, le prestazioni di cure palliative ovvero un complesso integrato di prestazioni sanitarie, tutelari, assistenziali e alberghiere fornite con continuità nelle 24 ore rivolte a malati affetti da malattie inguaribili, progressive, in fase avanzata e con prognosi limitata.

CRITERI SPECIFICI

- Aspettativa di vita, di norma valutata in 6 mesi, in base a indicatori prognostici validati scientificamente e alla esperienza, scienza e coscienza dell'equipe curante;
- Elevato livello di necessità assistenziale e/o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di "fragilità";
- Impossibilità di attuare le cure domiciliari palliative per problematiche sanitarie e/o sociali

CRITERI GENERALI

I malati hanno il diritto di scegliere il luogo di cura, nell'ambito delle diverse opzioni offerte dalla rete delle cure palliative del SSN, in relazione al loro livello di consapevolezza della diagnosi e della prognosi.

Le prestazioni erogate in hospice devono prevedere la dimissibilità a domicilio in quanto l'hospice fornisce anche l'assistenza tipica del ricovero di sollievo.

Cosa dovrebbe essere

L'hospice italiano è (o dovrebbe essere) una struttura a elevata attività assistenziale, non certo da un punto di vista delle dotazioni di tecnologie sanitarie, quanto piuttosto in rapporto ai servizi alla persona e all'umanizzazione degli interventi assistenziali e di luoghi di cura.

LEGGE 38/10

“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

- ART. 2 (DEFINIZIONI)

“MALATO”:

la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa

QUALI MALATTIE?

◎ PATOLOGIE NEOPLASTICHE

MA ANCHE...

◎ MALATTIE NEURODEGENERATIVE

◎ SCOMPENSO CARDIACO IN FASE AVANZATA

◎ BPCO IN FASE TERMINALE

◎ HIV-AIDS

◎ CIRROSI EPATICA

◎ MALATTIA RENALE TERMINALE

QUALI MALATTIE?

Mentre in Italia i malati assistiti a domicilio e/o in hospice in cure palliative sono ancora **nella grande maggioranza dei casi persone affette da tumore in fase avanzata o terminale**, negli Stati Uniti la maggioranza dei malati assistiti nei programmi di cure palliative è oggi costituita da malati non oncologici, soprattutto anziani con malattie croniche degenerative nel loro ultimo periodo di vita, e in Gran Bretagna la **percentuale di malati non oncologici assistiti in cure palliative è ormai superiore al 15-20%**.

QUANDO?

Intensificare i rapporti tra i professionisti dei vari setting di cura per garantire una reale continuità assistenziale.

SIMULTANEOUS CARE

PERCHE'?

Non è fondamentale aggiungere anni, mesi, giorni alla vita ma è necessario imparare come aggiungere vita al tempo che ci rimane...

Accoglienza in Hospice

- Soggetto affetto da malattia evolutiva irreversibile in fase avanzata
- Servizio di assistenza domiciliare inadeguato
- Fragilità quantitativa o qualitativa della famiglia
- Sintomi intrattabili
- Ambiente inadatto
- Desiderio del paziente

Ospedale

- Attenzione rivolta alla cura della malattia
- Elevata tecnologia
- Scarsa attenzione alle esigenze affettive e psicologiche del paziente
- Privacy inadeguata
- Scarsa multidisciplinarietà
- il controllo dei sintomi è spesso un optional
- Paternalismo medico

Hospice

- Attenzione rivolta alla cura della persona
- elevato comfort
- I familiari e gli amici hanno libero accesso nella struttura
- Tutela della privacy
- Lavoro interdisciplinare
- Il controllo dei sintomi è obiettivo primario
- Autodeterminazione

















RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

- La RSA è una struttura residenziale extra ospedaliera finalizzata a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie e di recupero, tutela e trattamenti riabilitativi ad anziani in condizioni di non autosufficienza fisica e psichica, privi di supporto familiare che consenta di erogare a domicilio gli interventi sanitari continui e l'assistenza necessaria. Le RSA sono volte a coniugare le esigenze di assistenza sanitaria con le esigenze di assistenza tutelare ed alberghiera.

- le RSA possono diversificarsi a seconda della tipologia degli ospiti, della valenza assistenziale e del modello organizzativo in RSA di base e RSA di cura e recupero.
 - Le RSA di base possono ospitare anziani non autosufficienti con limitazioni di autonomia di ogni genere (fisiche, mentali e sociali) non assistibili a domicilio.
 - Le RSA di cura e recupero si rivolgono alla stessa tipologia di utenza che richiede assistenza sanitaria e riabilitativa continue e, comunque, non tali da consentire il [ricovero ospedaliero](#).

- Le RSA dovrebbero essere localizzate in zone urbanizzate, integrate con il contesto preesistente, al fine di evitare ogni forma di isolamento o allontanamento dall'ambiente sociale di appartenenza. Il loro bacino di utenza deve, pertanto, essere individuato in base al principio della territorialità.

- Le RSA sono organizzate in moduli o nuclei. Il D.P.C.M. del 22/12/89 stabilisce che ciascun modulo deve essere composto al massimo da 20 posti letto, ma prevede la possibilità di eventuali deroghe ad opera di norme regionali, purché giustificate. L'organizzazione per moduli consente di accogliere, nella stessa RSA, gruppi di ospiti con problematiche diverse, senza determinare interferenze e salvaguardando le esigenze di riservatezza. Inoltre tale forma di organizzazione consente di realizzare un impiego più razionale delle risorse e del personale

- L'area residenziale dell'utente è costituita da camere con bagno incluso, destinate normalmente a 1 o 2 persone e, quando lo richiedono particolari esigenze, fino ad un massimo di 4 persone.

- La RSA offre assistenza per le attività quotidiane (alzata, messa a letto, igiene personale); assistenza medica di base che può essere fornita dai medici interni alla struttura o dal medico di base scelto dall'assistito; assistenza infermieristica diurna e notturna; assistenza specialistica che nelle strutture pubbliche o accreditate viene prestata dagli specialisti dei servizi sanitari dell'ASL; assistenza psicologica; trattamenti riabilitativi; attività di socializzazione, ricreative, culturali ed occupazionali; servizio alberghiero (fornitura pasti, lavanderia e guardaroba, pulizia e riordino camere, pulizia generale e riordino spazi comuni).

- Il personale operante all'interno della struttura è composta da: coordinatore socio-sanitario, infermiere professionale, fisioterapista, animatore-educatore, addetti all'assistenza, logopedista, assistente sociale, psicologo, medico di base e medici specialisti.

- La RSA può essere una struttura pubblica o privata accreditata ovvero una struttura privata.

- L'ammissione nella struttura pubblica o accreditata è subordinata al rilascio di una richiesta del medico di base o del medico ospedaliero, alla sottoposizione ad una visita dell'[Unità Valutativa Geriatrica](#) e all'inserimento in un'apposita lista di attesa. Il costo delle prestazioni fornite dalla RSA pubblica o accreditata è a carico del Servizio Sanitario Nazionale e varia a seconda del livello di assistenza prestato. Tuttavia, può essere previsto, a carico dell'utente, il pagamento di una diaria per il servizio alberghiero il cui importo varia a seconda delle disposizioni normative regionali. Il pagamento della retta dipende dal reddito della persona e del suo nucleo familiare. In caso di condizioni economiche precarie, debitamente accertate, il Comune di residenza può intervenire e farsi carico del pagamento totale o parziale della retta.

- Il costo delle prestazioni fornite dalla struttura privata è variabile e viene stabilito dall'Amministrazione della RSA