

Linee guida del Ministero della sanità 1° giugno 1996
Gazzetta Ufficiale 1° giugno 1996, n. 127

**Linee guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale,
in applicazione di quanto previsto dal Piano sanitario nazionale
per il triennio 1994-1996, relativo all'azione programmata "Prevenzione
e cura delle malattie oncologiche", concernenti l'organizzazione della
prevenzione e dell'assistenza in oncologia**

(Omissis)

Un'assistenza corretta al malato neoplastico non può che derivare da una continua ed unitaria considerazione scientifica, clinica ed etica della patologia tumorale.

Guarigione e qualità di vita rappresentano le mete da perseguire: la prima non è sempre raggiungibile, la seconda rimane valore assoluto.

Il presente documento specificatamente dedicato alle cure domiciliari è stato redatto tenendo presente le raccomandazioni in tema di politica sanitaria sul cancro dell'Organizzazione mondiale della sanità, che prevede come punti cardine:

- la prevenzione;
- la diagnosi precoce e il trattamento;
- le cure palliative.

Criteri di elegibilità

I criteri di elegibilità per attivare le cure domiciliari sono:

- diagnosi di malattia neoplastica;
- consenso alle cure domiciliari;
- non autosufficienza del paziente (per non autosufficienza si intende l'incapacità ad utilizzare autonomamente le strutture sanitarie esistenti nel territorio per soddisfare le proprie necessità e quindi accedere altrettanto autonomamente alle prestazioni offerte dal Servizio sanitario regionale a causa di età avanzata, invalidità, infanzia trascurata e gravità della malattia);
- ambiente abitativo e familiare idoneo;
- necessità di trattamenti orientati al miglioramento di qualità di vita e al controllo dei sintomi;
- pazienti per i quali è possibile il solo controllo dei sintomi con trattamenti palliativi;
- pazienti non in fase terminale che necessitino di terapia di supporto, di monitoraggio di effetti collaterali o di trattamenti riabilitativi.

Tali criteri devono essere contestualmente presenti.

Requisiti

Le cure domiciliari ai pazienti eligibili devono corrispondere ai seguenti requisiti:

- attuazione da parte di personale qualificato sanitario e non;
- multidisciplinarietà dell'intervento;
- continuità dei programmi di cura;
- pronta disponibilità 24 ore su 24;
- sviluppo ubiquitario ed omogeneo in ogni Azienda Usl.

Aspetti organizzativi

Per il raggiungimento di questi obiettivi è fortemente suggerita a livello di ciascuna Regione la costituzione di un Nucleo operativo direzionale per le cure domiciliari oncologiche.

Tale Nucleo, che opera in raccordo con la Commissione oncologica regionale (Cor), si suggerisce sia composto, oltre che da funzionari dell'Assessorato regionale della sanità, da un esponente dei:

- medici di medicina generale;
- oncologi medici;
- medici esperti in cure palliative;
- infermieri professionali;
- organizzazioni non-profit e/o volontariato, che operano nel campo delle cure domiciliari oncologiche.

I compiti di tale Nucleo operativo sono:

- fornire direttive per l'applicazione delle linee guida nazionali per le cure domiciliari oncologiche, adeguandole alla realtà sanitaria della propria Regione, previo un censimento delle strutture pubbliche, non-profit e/o di volontariato e private, esistenti sul territorio regionale;
- stimolare le Aziende Usl alla realizzazione di tali linee guida;
- proporre gli "standard" ed i criteri di accreditamento regionali;
- indicare gli strumenti idonei di controllo di qualità;
- avvalersi delle organizzazioni di tutela dei cittadini per attuare la carte dei servizi delle cure domiciliari oncologiche;
- redigere annualmente una relazione sullo stato di attuazione delle cure domiciliari oncologiche nelle singole Aziende Usl;
- suggerire provvedimenti atti a garantire l'adeguata disponibilità a domicilio di presidi nutrizionali, sanitari e farmacologici, compresi gli oppioidi e quelli di solo impiego ospedaliero;
- monitorare l'applicazione delle norme per il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori addetti alla manipolazione dei farmaci antitumorali alla luce dei disposti del Dlgs 10 settembre 1994, n. 626, qualora tali farmaci siano utilizzati;
- promuovere momenti formativi a livello regionale per gli operatori sanitari e non delle cure domiciliari;
- promuovere un modello di cartella clinico-assistenziale unico.

Di conseguenza, ciascuna Azienda Usl deve provvedere alla nomina di un responsabile delle Unità delle cure domiciliari oncologiche, individuandolo preferenzialmente fra coloro che operano sul territorio.

Per raggiungere questi obiettivi l'Azienda Usl deve costituire le Unità funzionali per le cure domiciliari oncologiche, articolandole a livello dei Distretti, ove questi esistono.

A tale fine ogni Azienda si avvale di personale e strutture anche appositamente convenzionate:

- proprie (dipendenti e convenzionate);
- dei presidi ospedalieri delle Aziende Usl, delle Aziende ospedaliere, delle strutture universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs), degli Hospices e delle Rsa;
- delle organizzazioni private no-profit, di volontariato, private profit, che dovranno adeguarsi agli “standard” e ai criteri di accreditamento fissati dalla Regione;
- dei Servizi sociali operanti.

Le cure domiciliari oncologiche devono configurarsi come una procedura di équipe multidisciplinare e prevedono l'intervento delle seguenti figure:

- medico di medicina generale;
- oncologo medico;
- medico esperto in cure palliative;
- infermiere professionale;
- assistente sociale e/o altri operatori socio-assistenziali;
- volontario;
- altre figure specialistiche attivabili a domicilio come consulenti.

È auspicabile che l'équipe si avvalga della presenza di uno psicologo. Si raccomanda, nella fase realizzativa delle cure domiciliari oncologiche di avvalersi delle esperienze “pilota” già operanti.

L'organizzazione delle cure domiciliari oncologiche deve poter rispondere in modo flessibile ai bisogni sanitari e socio-assistenziali dei pazienti.

Su questa base non sembra corretto identificare tra le forme già istituzionalizzate (Adi e Od) un unico modello operativo completamente rispondente alle esigenze enunciate.

Si raccomanda pertanto di procedere con l'integrazione degli stessi, in conformità alle esigenze dei singoli pazienti.

Si aggiunge che anche l'integrazione tra l'ospedale e le cure domiciliari oncologiche si deve muovere in questa direzione.

In ogni caso nell'équipe andranno distinte le responsabilità terapeutiche da quelle organizzative e comunque dovrà essere utilizzata una cartella clinico-assistenziale unica dalle varie figure professionali.

(Omissis)