
Modalità di intervento e di collaborazione tra la CCPS e le strutture EOC

Modalità di consulenza in cure palliative

Affrontare con efficacia ed appropriatezza i bisogni di un paziente con malattia cronico-evolutiva e dei suoi cari è un compito complesso. La rete che si tesse attorno al paziente è composta da una prima linea, diretta responsabile delle cure, e da una seconda linea composta da consulenti e professionisti che collaborano con la prima linea in maniera interprofessionale ed interdisciplinare. La figura 1 sottostante riassume graficamente la rete di cura attorno al paziente:

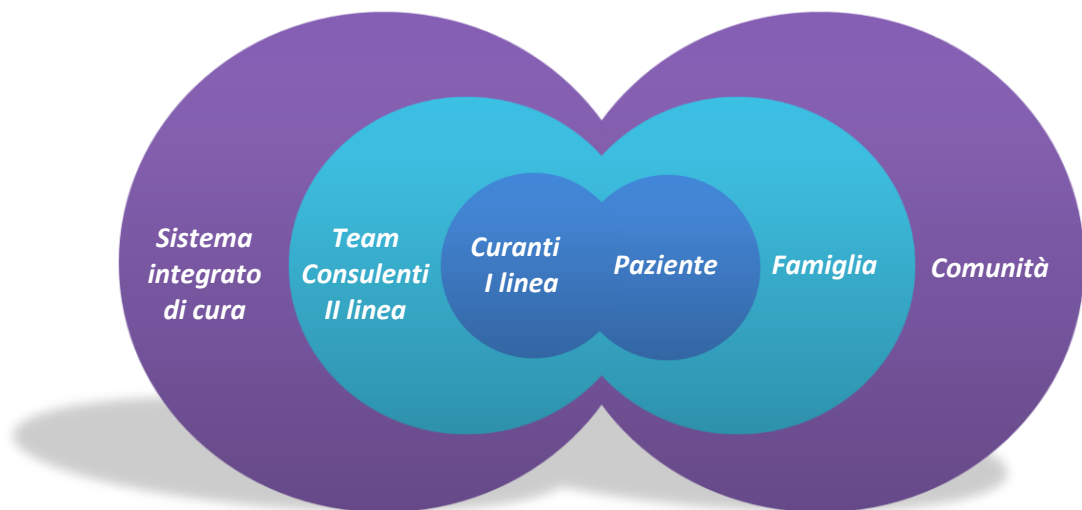


Figura 1: Livelli d'interazione nella rete di cure palliative

L'integrazione nelle cure di un team multiprofessionale specializzato in cure palliative all'interno del percorso della persona con malattia cronico-evolutiva è sempre più riconosciuta dalla letteratura. L'integrazione permette alla prima linea di mantenere aggiornate le competenze specifiche e di migliorare la presa in carico, garantendo un approccio multidimensionale che estenda le cure oltre il modello biomedico. In ambito ospedaliero, gli specialisti di cure palliative si propongono di valorizzare la qualità delle cure, assicurando che i servizi siano ben coordinati in base alle necessità dei pazienti, tramite un'efficace collaborazione interprofessionale.

La "consulenza" viene definita come un intervento attraverso il quale un professionista, riconosciuto come esperto del suo campo, fornisce ad un altro professionista un'opinione e/o un consiglio che apporta degli elementi essenziali ad un riorientamento delle proprie azioni (tradotto da F. Teike Lüthi, 2008). Il concetto di "consulenza" si è sostanzialmente modificato negli ultimi anni ed attualmente la richiesta di consulenza viene vissuta come atto di eccellenza professionale e non più di sottomissione della propria competenza.

La consulenza di cure palliative nell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)

In generale la Clinica di Cure Palliative e di Supporto (CCPS) adotta un modello di cura integrato, concettualizzando il proprio inserimento clinico-istituzionale nello IOSI e nell'EOC secondo lo schema rappresentato nella figura 2 sottostante:



Figura 2: Modello ad arcobaleno delle Cure Integrate. Modificato da Valentijn, P, et al (2013).

In linea generale, riferendosi alla Filosofia e missione della CCPS e del suo servizio di consulenza ([link](#)), la consulenza di cure palliative persegue due fini distinti e sinergici:

- l'ottimizzazione delle qualità delle cure offerte al paziente
- la costruzione di una pratica di collaborazione interprofessionale (IPC)

La collaborazione interprofessionale (IPC) è il processo in cui differenti gruppi professionali lavorano insieme per influenzare positivamente l'assistenza sanitaria al paziente. L'IPC prevede un accordo negoziato tra i professionisti che valorizzi le competenze e i contributi che i vari professionisti portano alla cura del paziente. L'IPC implica un'interazione partecipativa ed un approccio coordinato e collaborativo che porta ad una presa di decisioni condivisa per quanto concerne le problematiche di salute e sociali. L'IPC è un processo che include la comunicazione e il processo decisionale, consentendo un effetto sinergico delle conoscenze e delle competenze dei singoli professionisti coinvolti. Elementi di pratica collaborativa includono responsabilità, affidabilità, coordinamento, comunicazione, cooperazione, assertività, autonomia, fiducia reciproca e rispetto.



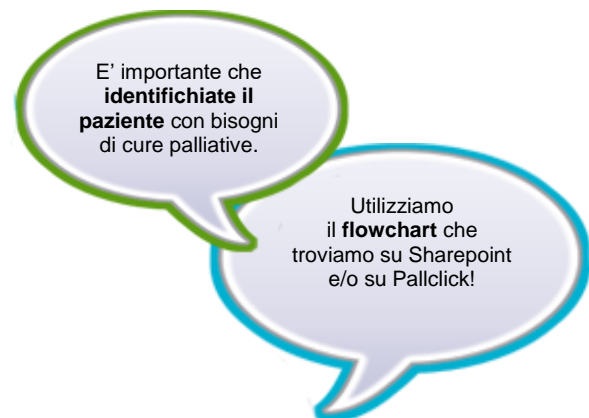
Nella pratica clinica si possono individuare **due tappe fondamentali** della consulenza di cure palliative nell'EOC:

a) **Identificazione del paziente con bisogni di cure palliative**

L'identificazione dei pazienti di cure palliative viene richiesta alle équipes curanti di prima linea ed avviene attraverso l'utilizzo del [Flowchart](#). L'utilizzo di questo strumento permette di individuare tempestivamente la popolazione meritevole di cure palliative, differenziandola sulla base dei bisogni, offrendo cure palliative precoci, di qualità ed appropriate.

Per pazienti A di cure palliative, si intendono i pazienti affetti da malattie cronico-evolutive in cui un approccio di CP generali attuato primariamente da un'équipe di prima linea (con o senza la consulenza di CP specialistiche) è sufficiente a garantire una presa in carico adeguata ai bisogni. I pazienti B presentano per contro situazioni complesse che necessitano di una presa in carico specialistica di CP.

Spesso questa distinzione non è di semplice attuazione; in molti casi i fattori che determinano la complessità (passo 4 del flowchart) di una situazione posso mutare nel tempo e modificarsi in base al luogo di cura. Per questa ragione l'équipe mobile di cure palliative adotta un modello di consulenza integrato, che permette duttilità e plasticità dell'intervento in base ai bisogni del paziente e delle équipes curanti, bisogni che si sviluppano e si modificano nel continuum della presa in carico.



b) **Costruzione della collaborazione interprofessionale integrata attraverso la consulenza**

La consulenza integrata permette una presa a carico sincrona tra la prima e la seconda linea. Si compone di un approccio multiprofessionale per la cura del paziente, combinando servizi e professionisti socio-sanitari, per soddisfare le necessità del paziente nei diversi momenti della malattia. Nello specifico delle cure palliative, il team di CP getta le basi per la collaborazione integrata, ascoltando i bisogni dei colleghi di prima linea, offrendo una risposta tempestiva ed appropriata e agendo in sintonia di obiettivi clinici con loro.

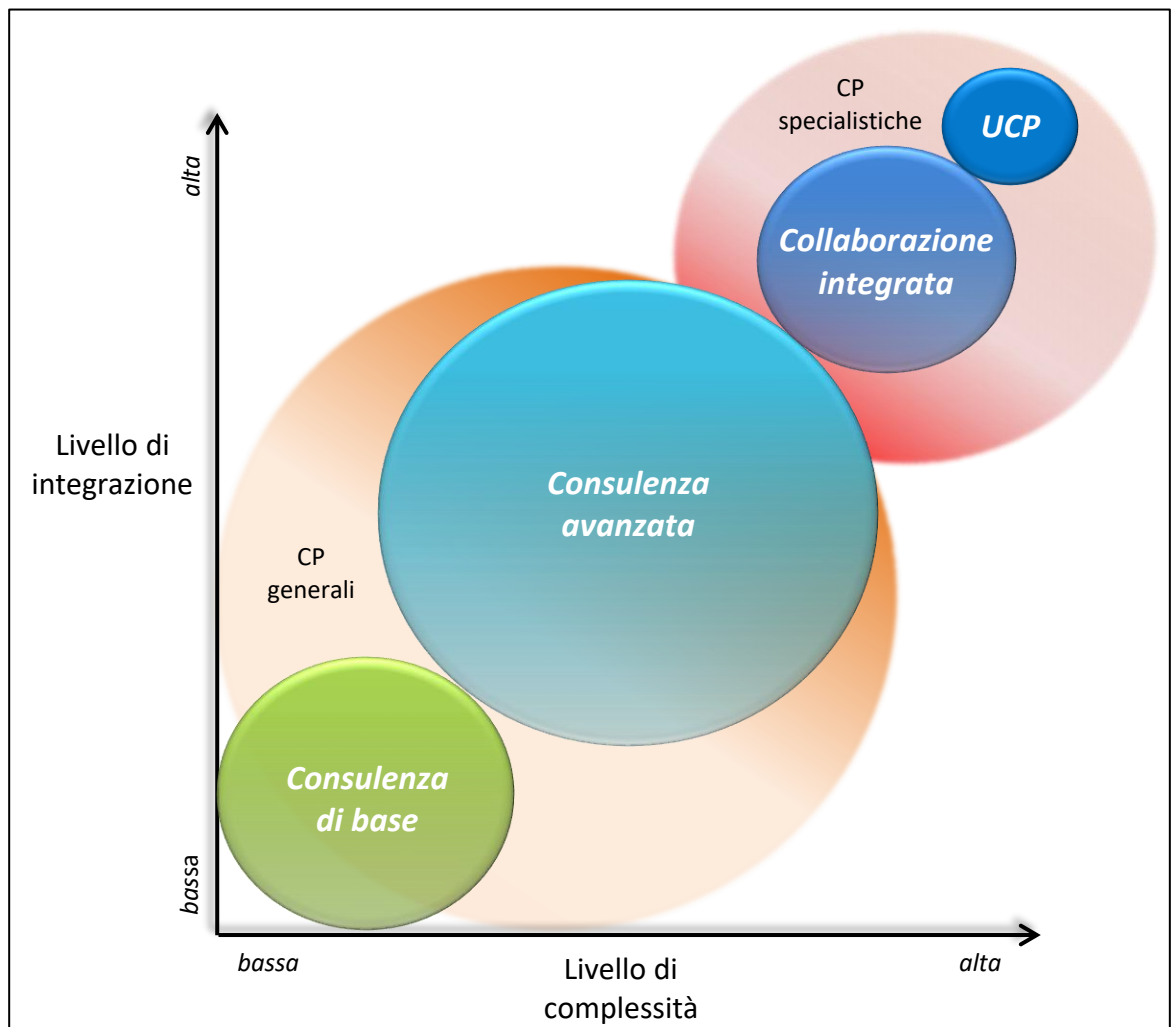


Figura 3: Modello di consulenza e offerta di cura della Clinica di Cure Palliative e di Supporto, IOSI-EOC

Il livello di integrazione può variare a seconda del livello di complessità della situazione clinica; in linea teorica si possono distinguere tre modalità di intervento, che nella pratica clinica vengono negoziate con la prima linea dopo essere state valutate nella loro appropriatezza dal team di CP. Esse sono:

- **Consulenza di base:**

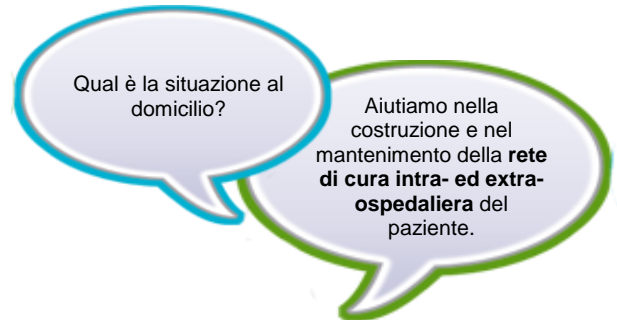
Si applica al paziente di cure palliative generali (paziente di tipo A). Risponde ad un bisogno puntuale dell'équipe di 1a linea nel contesto di una situazione clinica ben definita, per la quale il contributo della consulenza del team di CP permette di completare la presa in carico, affinché la 1a linea possa continuare in modo indipendente.

Ho un dubbio sulla terapia da somministrare...

Manteniamo aggiornato il sito www.pallclick.ch affinché possiate trovare schemi e protocolli utili.

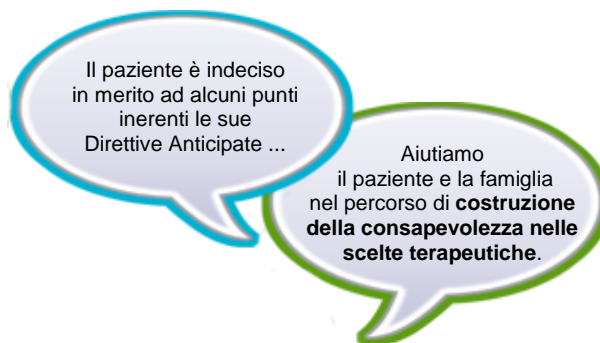
- **Consulenza avanzata:**

Si applica prevalentemente al paziente di tipo A, talora nel paziente di tipo B. Risponde ai bisogni generati da situazioni di media complessità dove la consulenza del team di CP accompagna la presa in carico, arricchendola nei contenuti e nella condivisione di decisioni strategiche. Il team di CP, secondo necessità, concorda con la prima linea l'assunzione di alcuni compiti specifici (ad esempio valutazioni cliniche approfondite, esecuzione di family conferences, organizzazione di dimissioni complesse) che integrano la presa in carico.



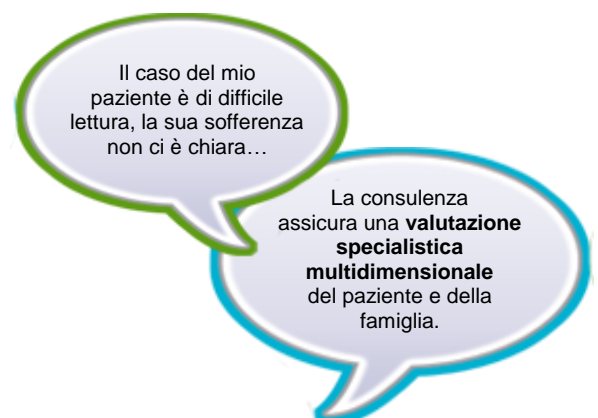
- **Cure Palliative Integrate (CPI):**

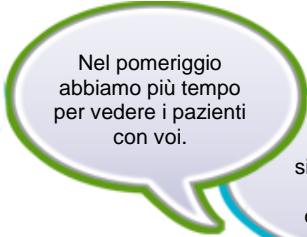
Si applica specificatamente al paziente riconosciuto dalla prima linea come di tipo B. La responsabilità e la gestione generale del paziente rimangono alla prima linea, il ruolo ed i compiti del team di CP sono concordati secondo un modello predefinito. Il team di CP è garante della qualità della presa in carico specialistica che viene integrata sistematicamente nelle cure offerte. Il team di CP supervisiona e garantisce la tipologia di presa in carico palliativa, garantisce un assessment specialistico della sintomatologia complessa, attiva e coordina le figure professionali interdisciplinari necessarie alla situazione clinica, si interfaccia con la seconda linea extra-ospedaliera e garantisce la dimissione protetta.




Queste tre differenti tipologie di intervento vengono scelte sulla base del livello di complessità dei bisogni del paziente e della richiesta della prima linea; possono essere modificate ed evolvere durante l'intervento, sulla base delle modifiche dei bisogni nel corso del tempo. L'équipe mobile di CP si adatta alle necessità e concorda con la prima linea la modalità di intervento nel corso del ricovero e della presa a carico (vedi figura 3).

La CCPS dispone di un'unità specializzata di cure palliative (UCP) che accoglie pazienti di complessità medio-elevata, identificati dalle équipes di prima linea e di consulenza nelle varie sedi dell'EOC.





Nel pomeriggio
abbiamo più tempo
per vedere i pazienti
con voi.



La nostra
consulenza
si adatta ai tempi
specifici
di ogni reparto.

Questa tipologia di consulenza permette di ottenere numerosi risultati, basati su evidenze di letteratura, che sono riassunti nella tabella 1 sottostante:

Benefici sull'équipe di 1a linea	Benefici sul paziente e sulla famiglia
Mettere in pratica piani di cura specifici per pazienti con bisogni di CP	Incrementare la qualità ed appropriatezza delle cure offerte al paziente
Garantire l'autonomia decisionale sul paziente	Autodeterminazione
Affinare la formazione delle équipes in materia di cure palliative	Offrire uno spazio di parola al paziente ed alla famiglia in merito al vissuto della malattia cronico-evolutiva
Incrementare la soddisfazione dei curanti	Assicurare al paziente la continuità delle cure tra le varie strutture intra- ed extra-ospedaliere
Aumentare l'efficienza del personale e ridurre lo stress.	Migliorare la soddisfazione del paziente e dei famigliari
Incrementare la consapevolezza dei curanti in merito alle cure erogate attraverso la pratica riflessiva e la revisione dei casi	Ridurre i ritardi nella attivazione della presa in carico specifica
Incrementare la consapevolezza dei curanti in merito ai limiti dettati dalle situazioni di cura	Ridurre la durata del soggiorno in ospedale e i suoi costi

Bibliografia

- Ahmed N, Bestall JC, Ahmedzai SH, et al. Systematic review of the problems and issues of accessing specialist palliative care by patients, carers and health and social care professionals. *Palliat Med* 2004; 18(6): 525–542.
- Ann B. Hamric et al., *Advanced practice nursing, An integrative approach*. Saunders Elsevier, Fourth edition.
- Bridges, D. R., Davidson, R. A., Odegard, P. S., Maki, I. V., & Tomkowiak, J. (2011). Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Medical Education Online*, 16.
- D'Amour D, Goulet L., Labadie J.F., Leticia San Martín-Rodriguez, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations *BMC Health Services Research* 2008.
- Département Fédéral de l'Intérieur (DFI) et Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Rapport du groupe thématique « interprofessionnalité ». 2016.
- Ewing G, Farquhar M and Booth S. Delivering palliative care in an acute hospital setting: views of referrers and specialist providers. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38(3): 327–340.
- Fabienne Teike-Luthi, Boris Cantin. The Complex Role of a Palliative Care Consultant in a Tertiary Hospital: Can a Practice Model. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE* volume 13, Number 10, 2010.
- Firn J, Preston N, Walshe C. What are the views of hospital-based generalist palliative care professionals on what facilitates or hinders collaboration with in-patient specialist palliative care teams? A systematically constructed narrative synthesis. *Palliat Med*. 2016 Mar;30(3):240-56.
- Gardiner C, Gott M and Ingleton C. Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2012; 62(598): e353–e362.
- M. Nectoux, et al., *Aspect infirmiers du travail d'Equipe mobile de soins palliatifs*. *Med Pal*, n.2, 2005.
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). *L'équipe interprofessionnelle dans les soins palliatifs. Principes pour une prise en charge en fin de vie orientée patient*. 2016.
- O. Roy et al., *La compétence de consultation*. *L'infirmière du Québec*. 2003.
- O'Mahony S, Blank AE, Zallman L, et al. The benefits of a hospital-based inpatient palliative care consultation service: preliminary outcome data. *J Palliat Med* 2005; 8(5): 1033–1039.
- Oishi A and Murtagh FEM. The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: a systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliat Med* 2014; 28(9): 1081–1098.
- Rodriguez KL, Barnato AE and Arnold RM. Perceptions and utilization of palliative care services in acute care hospitals. *J Palliat Med* 2007; 10(1): 99–110.
- Valentijn, P, Schepman, S, Opheij, W and Bruijnzeels, M. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care* 2013.
- Walshe C, Todd C, Caress A, et al. Patterns of access to community palliative care services: a literature review. *J Pain Symptom Manage* 2009; 37(5): 884–912.
- Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *The Cochrane Collaboration* 2009.