



FONDAZIONE
POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO

CENTRO DI CURE PALLIATIVE
"INSIEME NELLA CURA"

NOTE INFORMATIVE SULLE CURE PALLIATIVE

Nome e Cognome del paziente

Data di rilascio al paziente

[/ /] ora: ____ / ____

Le Cure Palliative, definite anche Medicina Palliativa, sono riconosciute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e sono rivolte al paziente affetto da malattia in fase avanzata che necessita di cure e di assistenza finalizzate a controllare i sintomi che possono compromettere la sua qualità di vita. Grazie alla Legge 38/2010, ogni cittadino, che dovesse averne necessità, ha diritto a ricevere cure palliative appropriate e qualificate.

Le Cure Palliative consistono in interventi medici e assistenziali attuati, secondo protocolli e procedure definite; il loro scopo è di accompagnare il paziente e la sua famiglia nel decorso della malattia, assicurando loro la migliore qualità di vita possibile, attraverso il controllo dei sintomi di natura psicofisici, tenendo anche conto dei bisogni sociali e spirituali. Secondo la prassi della buona medicina e dei protocolli di Medicina Palliativa, quando necessario, vengono prescritti e somministrati farmaci oppioidi e/o sedativi.

Il Centro di Cure Palliative "Insieme nella Cura" (**CCP InC**) assiste i suoi pazienti sia a domicilio che presso la struttura residenziale Hospice. Le cure sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale, quindi gratuite, e vengono garantite dalla nostra equipe costituita dal Responsabile Clinico del Centro, da medici, infermieri, operatori socio-sanitari, fisioterapisti, psicologi, psicoterapeuta, assistente sociale, personale di segreteria e volontari. In Hospice è disponibile un assistente spirituale.

La presa in cura del paziente, sia a domicilio che in Hospice, è valutata dalle Unità Valutative delle ASL e dall'equipe del Centro.

Le Cure Palliative privilegiano l'assistenza a domicilio. Il ricovero in Hospice tende ad essere limitato ai casi in cui i pazienti, a domicilio, non possano contare su un familiare/persona di riferimento e/o su condizioni ambientali e sociali funzionali all'assistenza. Inoltre il ricovero in Hospice può essere considerato per assicurare alla famiglia un periodo di ristoro o il tempo necessario ad organizzare l'assistenza in casa.

In assistenza domiciliare, l'accesso degli operatori è quotidiano e gli orari, ove possibile, vengono concordati con il familiare/persona di riferimento.



Alla famiglia è richiesta la corretta conservazione dei farmaci e la relativa somministrazione (tranne nei casi in cui questa debba essere effettuata esclusivamente dal personale sanitario), il mantenimento dell'igiene del paziente, dell'ambiente e di tutto il materiale necessario all'assistenza, secondo le istruzioni fornite dall'equipe.

La famiglia può ritirare, previa prescrizione, farmaci, presidi e ausili necessari presso la sede del CCP InC.

L'equipe di CCP InC, responsabile dello stato clinico del paziente, è sempre disponibile a condividere e discutere il piano assistenziale e terapeutico con clinici di fiducia del paziente. Eventuali consulenze o accertamenti prescritti da sanitari esterni verranno valutati nel rispetto dei protocolli delle Cure Palliative e in coerenza con il Piano Assistenziale Individuale.

L'equipe del CCP InC non può eseguire terapie prescritte da sanitari esterni, se non preventivamente condivise.

Il paziente può decidere in qualunque momento di rinunciare all'assistenza; inoltre, può anche rifiutare una terapia specifica o qualunque atto sanitario rivolto alla sua persona, purché il suo diniego non comprometta gli esiti clinici attesi.

Per ogni atto medico per cui fosse necessario esprimere un consenso, verrà sottoposta al paziente, o ad un suo rappresentante legale, una dettagliata informativa funzionale all'espressione del consenso informato.

La carta dei servizi è consultabile sul sito www.policlinicocampusbiomedico.it, accedendo alla sezione "Centro Cure Palliative".

Data _____

Firma del paziente/familiare/altro per presa visione

Nome e Cognome di chi fornisce le informazioni



CONSENSO INFORMATO ALLE CURE PALLIATIVE

DICHIARO CHE LA NOTA INFORMATIVA MI È STATA CONSEGNATA IN TEMPO UTILE PER PERMETTERMI DI LEGGERLO CON ATTENZIONE E MATURARE EVENTUALI DUBBI DA CHIARIRE CON IL PERSONALE MEDICO.

Desidera che le informazioni relative al suo stato di salute e all'esito degli atti diagnostici/terapeutici intrapresi sulla sua persona vengano fornite anche ad alcuno dei suoi familiari, conoscenti o al suo medico di fiducia?

[_] SI [_] NO

Se sì a chi?

Nome Cognome

Recapito

Nome Cognome

Recapito

Nome Cognome

Recapito

Nome Cognome

Recapito

FIRMA

Per rifiuto dell'assistenza/dimissioni

Il paziente/familiare/altro dichiara di aver compreso l'informativa sopra riportata e

- ☐ rifiuta l'assistenza
- ☐ chiede di essere dimesso

Data __ / __ / ____

Firma del paziente/familiare/altro

Io sottoscritto dott. _____

confermo di aver fornito al paziente/familiare/altro tutte le informazioni necessarie alla sottoscrizione di tale consenso.

Ora __ : __ Data / /

Firma del medico