

Il presente Ordine del giorno è stato approvato dal Consiglio comunale all'unanimità, così come emendato in corso di seduta, con il seguente esito:

Consiglieri presenti in aula al momento del voto: 23

Consiglieri votanti: 23

Favorevoli 23: i consiglieri Arletti, Baracchi, Bortolamasi, Bussetti, Campana, De Lillo, Di Padova, Forghieri, Galli, Lenzini, Liotti, Maletti, Montanini, Morini, Pacchioni, Poggi, Rabboni, Rocco, Santoro, Scardozzi, Stella, Venturelli ed il Sindaco Muzzarelli

Risultano assenti i consiglieri Bortolotti, Carpentieri, Chincarini, Cugusi, Fantoni, Fasano, Malferrari, Morandi, Pellacani, Trande.

“““ Tenuto conto che

- le cure palliative sono una questione urgente e di grande importanza sociale inerente il sollievo della sofferenza dei malati gravi;
- non riguardano solo i trattamenti del fine vita, ma sono vere e proprie cure utili ed efficaci poiché volte, in ogni fase delle gravi patologie, al trattamento del sintomo che genera sofferenza e dolore e quindi considerabili come malattia in sé, al di là della possibilità o meno di cura eziologica della malattia di base che lo ha generato e al di là della fase di malattia;
- considerano la morte come un evento naturale, non accelerano né ritardano la morte ma provvedono al sollievo dal dolore, integrano gli aspetti psicologici, sociali, spirituali dell'assistenza in una cura globale multidisciplinare e multidimensionale;
- l'Organizzazione Mondiale della Sanità le definisce "... un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare malattie inguaribili ..." attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza;
- 270.000 sono le persone che in Italia necessitano di cure palliative, di cui 170.000 (il dato, l'ultimo disponibile, è del 2013) sono pazienti oncologici, gli altri sono per la maggior parte anziani, con demenze o malattie neurodegenerative, ma anche 15.000 minori

Premesso che

- l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato è garantita nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza

riguardo alle specifiche esigenze, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

- la legge 39 del 1999, la cosiddetta " legge Bindi" ha finanziato la creazione degli Hospice come luogo privilegiato delle cure palliative
- anche il Consiglio d'Europa nel 2003, riguardo la questione dell'accesso alle Cure Palliative ed alla Terapia del Dolore negli Stati membri, raccomandava l'adozione di criteri organizzativi e modelli professionali che assicurassero la garanzia della continuità delle cure attraverso l'adozione di percorsi di presa in carico precoci e l'accesso tempestivo alla rete di servizi;
- la legge 15 marzo 2010, n. 38, «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», regola sul territorio nazionale le modalità di fruizione e di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore dei cittadini italiani e all'articolo 2 definisce:

- cure palliative "l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici"

- terapia del dolore "l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore"

- il malato "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", superando finalmente la limitazione dell'offerta specialistica di cure palliative ai soli malati oncologici;

- nel dicembre dello stesso anno la Conferenza Stato-Regioni ha siglato l'Accordo ed approvato le allegate Linee Guide per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore, che rappresentano quanto si ritiene necessario che sia previsto a livello regionale per garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livelli di qualità;
- la Regione Emilia-Romagna già nel 2000 con Delibera di Giunta 456 "Programma attuativo dal PSR 1999-2001: "La Rete delle Cure Palliative" aveva maturato come indirizzo per la programmazione una visione di sistema per una rete di assistenza integrata tra ospedale e territorio, interprofessionale ed interdisciplinare, che ha ispirato lo sviluppo delle reti di servizi a livello locale;
- il 25 luglio 2012 è stata sancita l'intesa della conferenza Stato-Regioni per la definizione dei requisiti minimi e le modalità organizzative per realizzare in ogni regione una rete dei centri di terapia del dolore, poi recepita in Regione Emilia-Romagna dalla Deliberazione di Giunta n.1568 del 29 ottobre 2012 e attuata dalla Delibera Regionale n. 1898 del 10.12.2012 " La rete delle cure Palliative Pediatriche della Regione Emilia-Romagna".

Considerato che

l'obiettivo posto sia dalla norma nazionale che dalla delibera regionale è quello di creare una rete integrata di servizi in grado di garantire la continuità assistenziale al malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio attraverso la messa a sistema delle strutture sanitarie – ospedaliere e territoriali – e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, al supporto dei malati e dei loro familiari.

Ricordato che

- l'inserimento del “solievo dalla sofferenza” tra i “doveri del medico” indicati all’art. 3 del Codice di Deontologia dei medici italiani ha implicato in modo anche formale il pieno riconoscimento di questa branca del sapere e della prassi medica e l’inclusione del sollievo della sofferenza tra le finalità assistenziali della pratica medica e l’articolo 16 dello stesso specifica come “Il controllo efficace del dolore si configuri, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato”;
- un capitolo importante del Codice Deontologico degli infermieri riguarda l'obbligo di rilevare e facilitare l'espressione del dolore della persona assistita durante
- l'intero processo di cura e di adoperarsi affinché la persona assistita sia libera dal dolore;
- allo stesso modo, anche le professioni non sanitarie facenti parte delle equipe multiprofessionali per le cure palliative hanno negli ultimi anni incrementato la propria attenzione al tema, in continuità con quanto previsto dalla legge 38. Si è costituita, ad esempio, una rete nazionale di Assistenti sociali specializzati nella presa in carico dei pazienti e delle loro famiglie. Questo lavoro di ricerca, analisi e formazione ha portato ad una definizione più precisa del ruolo degli Assistenti sociali nelle cure palliative: essi rappresentano lo snodo per l'attivazione di risorse che rispondono ai "bisogni di sicurezza" del malato (es. accesso a percorsi di supporto psicologico o di counselling, apprendimento di tecniche per il fronteggiamento del dolore, come la mindfulness, ricerca di risposte ai bisogni spirituali del paziente, mantenimento delle relazioni e di tutto ciò che è fonte di benessere, etc.) in una logica di comunicazione trasparente e rispettosa. L'azione degli Assistenti sociali è rivolta anche alla famiglia che deve essere supportata nella comprensione di quanto sta avvenendo al proprio caro ed aiutata a "scomporre" il problema irrisolvibile in problemi affrontabili (es. decisioni logistiche e organizzative sulla cura della persona). È auspicabile che questa azione di presa in carico prosegua anche oltre la morte del paziente con l'attivazione di percorsi individuali o di gruppo per l'elaborazione del lutto. Infine il ruolo delle professioni non sanitarie risulta particolarmente significativo in termini di valorizzazione della "rete di cura informale" che ruota attorno al paziente: amici, colleghi di lavoro, soggetti del terzo settore e del volontariato, persone significative in generale per la persona sono risorse da responsabilizzare nel progetto di cura;

- l'Italia nel 2014, proprio durante il semestre in cui ha esercitato la funzione di presidenza dell'Unione europea, rese pubbliche innanzi all'Europa un position paper redatto dal Ministero della salute su «Cure Palliative, cure palliative pediatriche, terapia del dolore» nel quale al paragrafo 2, richiamando la legge n. 38 2010 e la CRS 152 del 25 luglio 2012, ricordava che "l'eccellenza italiana si concretizza... nella Rete regionale delle cure palliative (...) con integrazione e interoperabilità tra ospedali per acuti, MMG, servizi domiciliari";

Evidenziato che

- nell'ultima relazione sullo stato di attuazione della legge n. 38 del 2010 presentata al Parlamento il 13 maggio 2015 si analizzò per ogni singola regione italiana lo stato di sviluppo delle reti delle cure palliative sul territorio nazionale, i risultati ottenuti e le criticità ancora irrisolte;
- tra i risultati ottenuti ci fu quello di annoverare il trend decrescente del numero di pazienti deceduti in un reparto ospedaliero per acuti con una diagnosi neoplastica, dall'altro si evidenziò come a tutt'oggi il diritto ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore fosse ancora ben lontano dall'essere garantito per tutti coloro che ne avessero necessità.

Il Consiglio Comunale di Modena invita il Sindaco e la Giunta

- a verificare anche attraverso la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria lo stato di attuazione della Legge 38/2010 e del successivo Accordo Stato/Regioni sulle terapie del dolore e sulle cure palliative e a darne comunicazione in apposita commissione;
- a monitorare, anche secondo la misurazione della customer satisfaction, lo sviluppo e il funzionamento complessivo della rete di cure palliative nelle strutture sanitarie - ospedaliere, territoriali con particolare riferimento agli hospice se questi rispondono ai fabbisogni odierni e domiciliari - nella quale i singoli nodi devono interagire per assicurare il diritto del paziente, indipendentemente dal luogo di residenza, ad accedere a quegli atti medici che, pur non essendo in grado di guarire, possono garantire un dignitoso accompagnamento senza inutili sofferenze nella fase terminale di malattia;
- a valorizzare e potenziare l'integrazione sanitaria e socio-assistenziale tra i diversi soggetti istituzionali dell'AUSL, in particolare COM e Servizio di Terapia del Dolore, e delle Organizzazioni no profit e del Volontariato che da anni collaborano efficacemente all'assistenza dei malati gravi;
- a sostenere nei limiti delle proprie competenze il Progetto Fine Vita dell'U.O. Geriatria del NOCSAE istituito nel 2014 e dotato in via sperimentale nell'ottobre 2016 di un piccolo reparto di degenza per garantire anche nel setting ospedaliero luoghi e tempi adeguati alle cure palliative a bassa intensità, ma tali da richiedere personale specializzato, motivato e costantemente formato, affinché non siano vanificati i positivi per quanto preliminari risultati di questa esperienza molto apprezzata dai malati e dai loro familiari.