19 APRILE 2016

OSPEDALE,TERRITORIO e CURE PALLIATIVE SIMULTANEE

Dott. Michele Fortis
USC Cure Palliative
ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Bergamo

CONTINIUITA' TERAPEUTICA E ASSISTENZIALE NELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

ASSOCIAZIONE CURE PALLIATIVE Onlus
Bergamo dal 1989

IL MOVIMENTO

La prima iniziativa, strutturata per offrire una risposta pratica e scientifica ai problemi del malato morente, per istituire cioè un sistema di cure palliative, è un fatto piuttosto recente e si collega al movimento Hospice nato negli anni Sessanta grazie a Cicely Saunders, fondatrice del St. Christopher's Hospice di Londra

In Italia la prima vera risposta alla sofferenza dei malati è stata fornita dall'Assistenza domiciliare, la cui nascita si può far risalire al 1979/80 (Milano, Istituto dei Tumori e Fondazione Floriani), mentre il primo hospice (Brescia, Domus Salutis) è datato 1987.

IL MOVIMENTO

Il documento finale pubblicato dopo un'indagine conclusa nel dicembre 2006, "Hospice in Italia. Prima rilevazione ufficiale" (Società Italiana di Cure Palliative, Fondazione Isabella Seràgnoli, Fondazione Floriani, con il patrocinio del Ministero della Salute) evidenzia l'esistenza di 105 Hospice attivi in Italia, con 1.229 posti letto operativi.

Secondo i dati di programmazione forniti dalle Regioni, gli Hospice operativi entro il 2011, erano indicati in relazione ad un fabbisogno di 243, con 2.736 posti letto totali e un indice globale nazionale di 0,47 posti letto ogni 10.000 residenti.

Oggi si contano più di 250 centri sia residenziali che domiciliari sparsi su tutto il territorio Nazionale

MEDIC 2014; 22(1): 21-26

A BERGAMO

- Alcuni anestesisti iniziano ad occuparsi di CP sul territorio
- Dal 1989 esiste l'ACP
- Dal 2000 fondato l'Hospice da ACP e donato all'Ospedale
- Dal 2004 prime esperienze di collaborazione con oncologia
- Dal 2007 integrazione degli ambulatori ti TdD e di CP
- Dal 2010 attivato progetto SE.RE.NA. Con Medicina
- Dal 2013 formato in DICP
- Dal 2014 condivisione di intenti con USC su CS e inizio aperture ambulatori condivisi
- Oggi 6 Hospice prossima apertura del 7°

UN BISOGNO EMERGENTE!

Si calcola che nel nostro Paese oltre **250.000** persone ogni anno avrebbero bisogno di cure palliative e di queste circa la metà hanno patologie oncologiche.

Il rischio di ammalarsi di tumore e malattie cronico degenerative è in ***costante aumento*** nella maggior parte dei paesi sia per ***l'aumento della durata media della vita sia per l'aumento dei fattori di rischio***

UN BISOGNO EMERGENTE!

- "***Terminalità***" come costante anche della fase finale delle malattie oncologiche e cronico-degenerative
- Dall'Intesa S-R (7/2012) incarico ad ***EUPOLIS*** di indagine su attuazione della L. 38 in RL
- Identificato un bisogno di CP per Pz. Oncologici: 30000 deceduti per neoplasia in **Lombardia.**
- Bisogno per Pz. non oncologici pari al 50-100% del bisogno per Pz. Oncologici (35,4 % neurologici; 9,8% epatologici; 7,6 % cardiologici; 6,4% pneumologici)
- DGR 4610 (12/2012) stima 16000 Pz. non oncologici candidati a CP per anno, in Lombardia (*44000-51000 candidati a CP/anno in Lombardia*)
- Stimati nell'80% i Pz. da assistere a domicilio
- Cir. Reg. (7/2013) ribadisce presa in carico Pz. non oncologici anche in STCP (non più sperimentale)

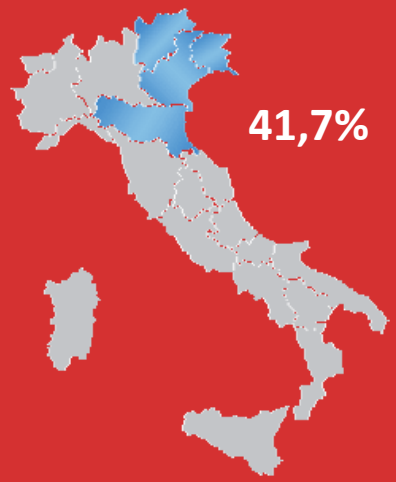
MORTALITA' PER TUMORE IN OSPEDALE (Rapporto al parlamento attuazione L.38, mod DIFRA)

Nord-ovest

28,0%

Liguria
Lombardia
Piemonte
Valle d'Aosta

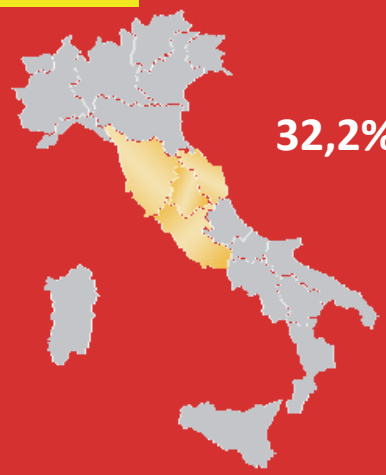
Nord-est



41,7%

Emilia-Romagna
Friuli Venezia Giulia
Trentino Alto Adige
Veneto

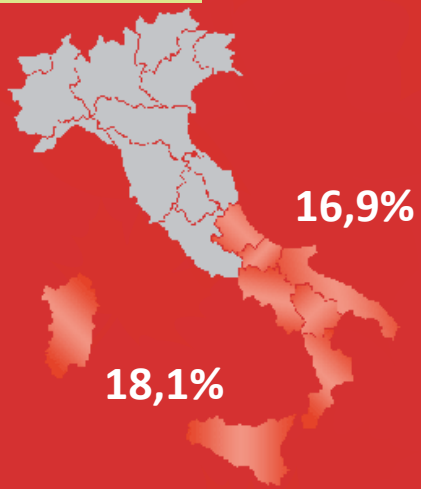
Centro



32,2%

Lazio
Marche
Toscana
Umbria

Sud e isole



16,9%

18,1%

Abruzzo
Basilicata
Calabria
Campania
Molise
Puglia
Sardegna
Sicilia

SETTING NELLA BERGAMASCA

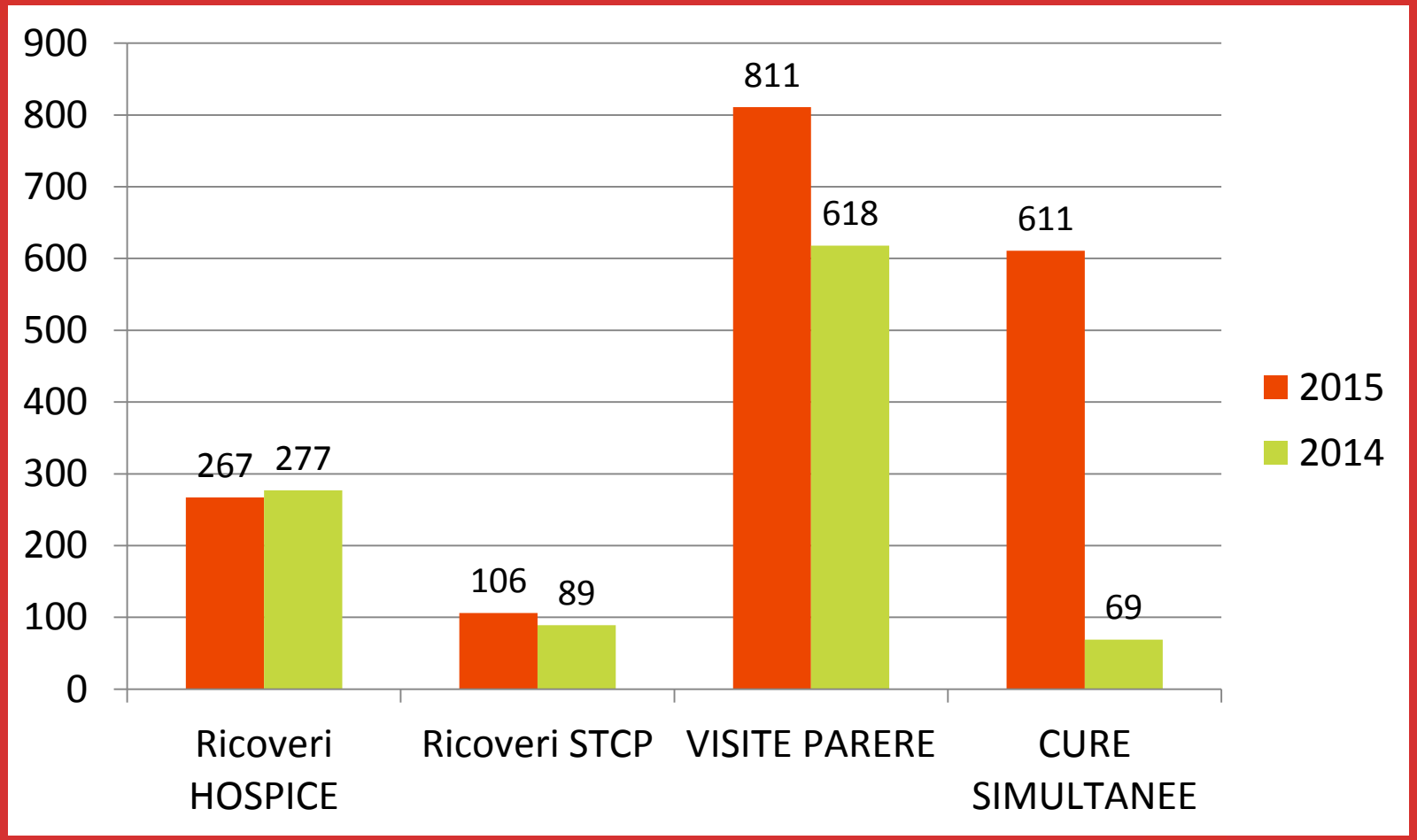
Dei 3150 deceduti per tumore si evince dalle schede ISTAT:

- A domicilio ***45%***
- In Ospedale pubblico 18% (10% in oncologia)
- In Hospice 17%
- In RSA 6%
- In Istituto privato 6%
- Altrove 5%

ACCOGLIENZA NELLA PROVINCIA DI BG

- 6 Hospice attivi (e un 7° in via completo accreditamento) di cui 4 socio-sanitari
- Servizio ADI su tutta la provincia attraverso enti privati accreditati che voucher dall'ASL
- aSTCP erogato da HPG23 per comune di Bg e comuni limitrofi

I NUMERI RECENTI anno 2015/2014



Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Bergamo

CONTINIUITA' TERAPEUTICA E ASSISTENZIALE NELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

ASSOCIAZIONE CURE PALLIATIVE Onlus
Bergamo dal 1989

REALIZZAZIONE DEL PROGETTO SC IN ONCOLOGIA

- **Avviato ambulatorio** dedicato alle SC dove il caso viene presentato dall'oncologo con possibilità di pianificazione congiunta. Inserimento in lista dei pazienti da parte di oncologi e palliativisti.
- Presenza di **specializzando** in oncologie (1 contratto per medico in formazione finanziate da ACP) che si occupa (case manager per i pazienti) della continuità di informazione tra oncologo senior e palliativista.
- ***Data base*** condiviso in cui vengono registrati tutti i pazienti valutati e le evoluzioni principali. Possibilità di interfaccia con data-base dell'ASL per valutazione percorsi ADI.

ALTRE AREE INTERESSATE DALLA ATTIVAZIONE DELLE SC

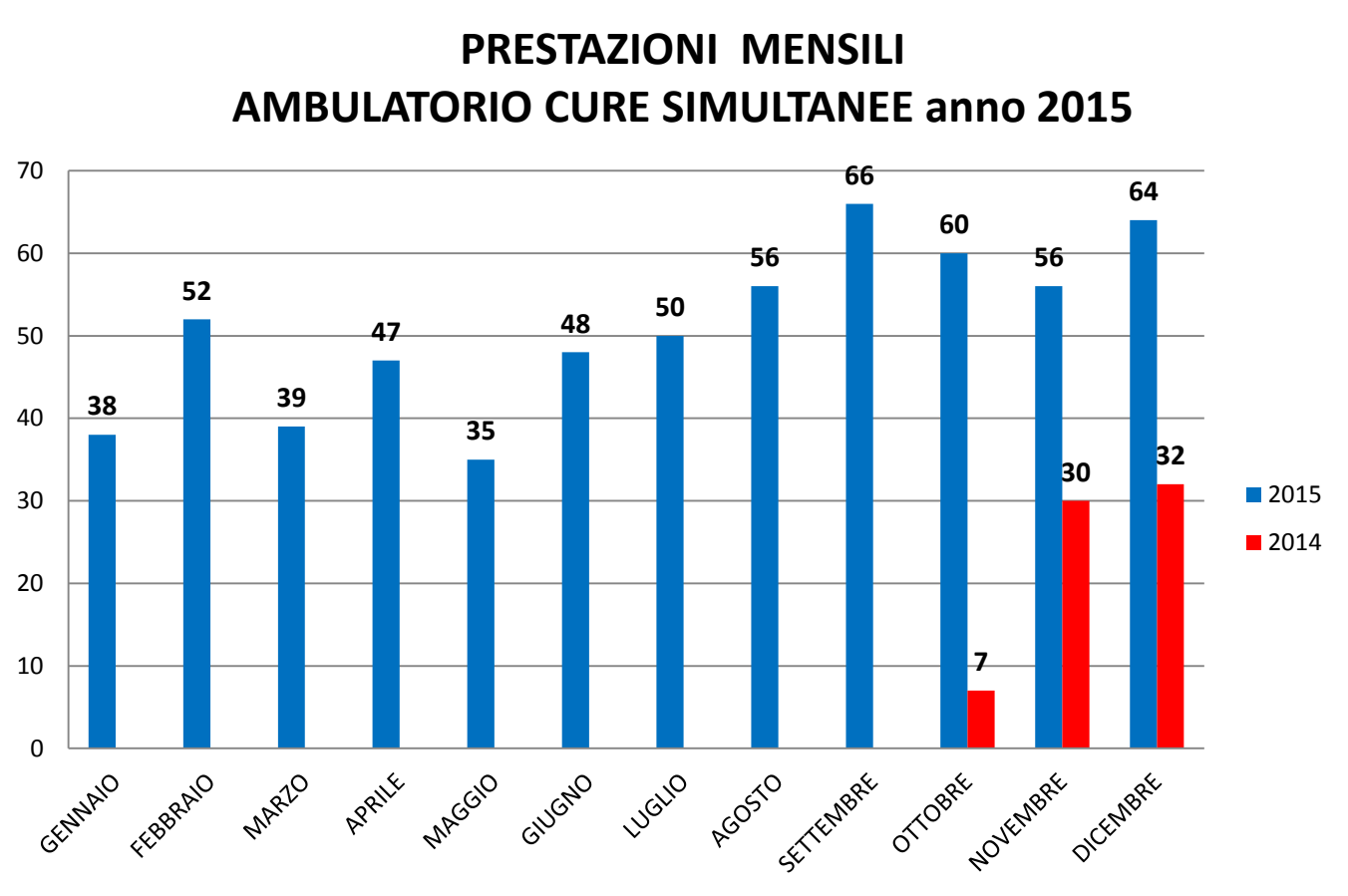
SONO STATE CONSOLIDATE COLLABORAZIONI ANCHE CON

- ***PNEUMOLOGIA,***
- ***GINECOLOGIA,***
- ***MALATTIE INFETTIVE,***
- ***NEUROLOGIA,***
- ***NEUROCHIRURGIA,***
- ***UNITÀ CORONARICA,***
- ***NEFROLOGIA,***

SONO STATE AVVIATE COLLABORAZIONI CON

- **GASTROENTEROLOGIA, CARDIOLOGIA,**
- **UNA SECONDA CLINICA PRIVATA CONVENZIONATA.**
- **UNA CLINICA PRIVATA CONVENZIONATA DELLA PROVINCIA.**

SITUAZIONE ATTUALE AMBULATORIO SIMULTANEOUS CARE

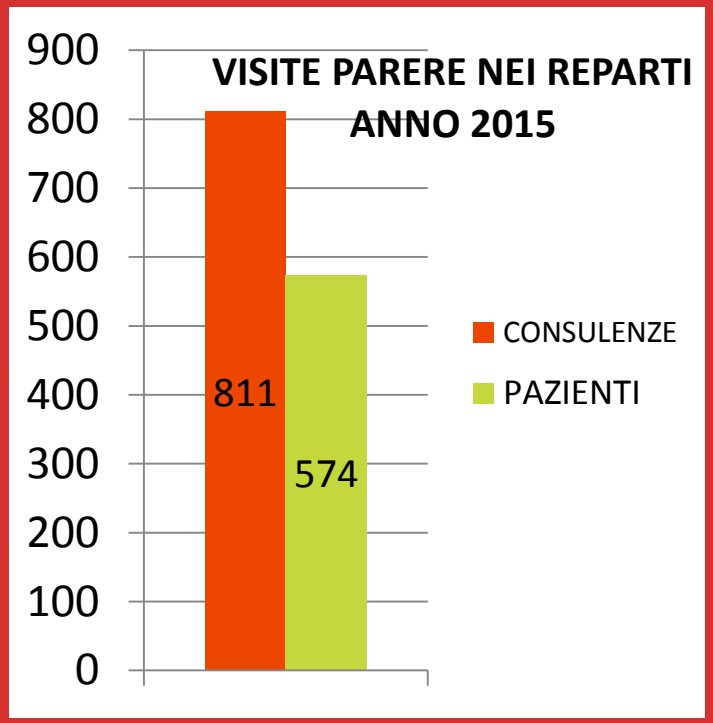


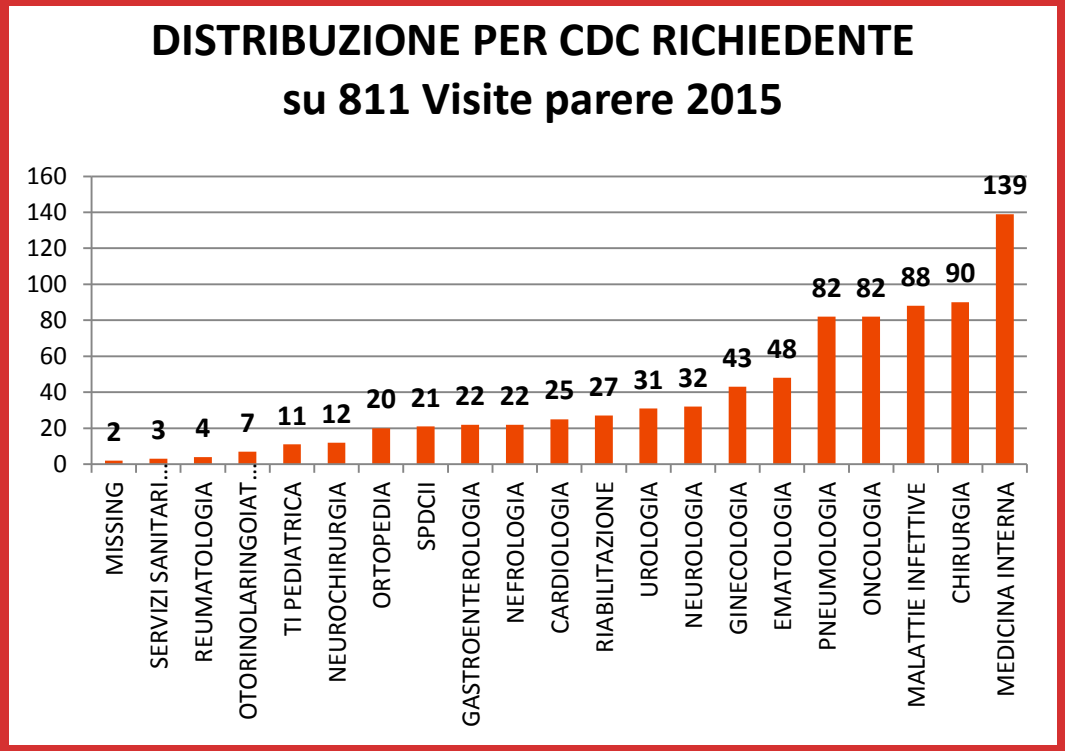
Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Bergamo

CONTINIUITA' TERAPEUTICA E ASSISTENZIALE NELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

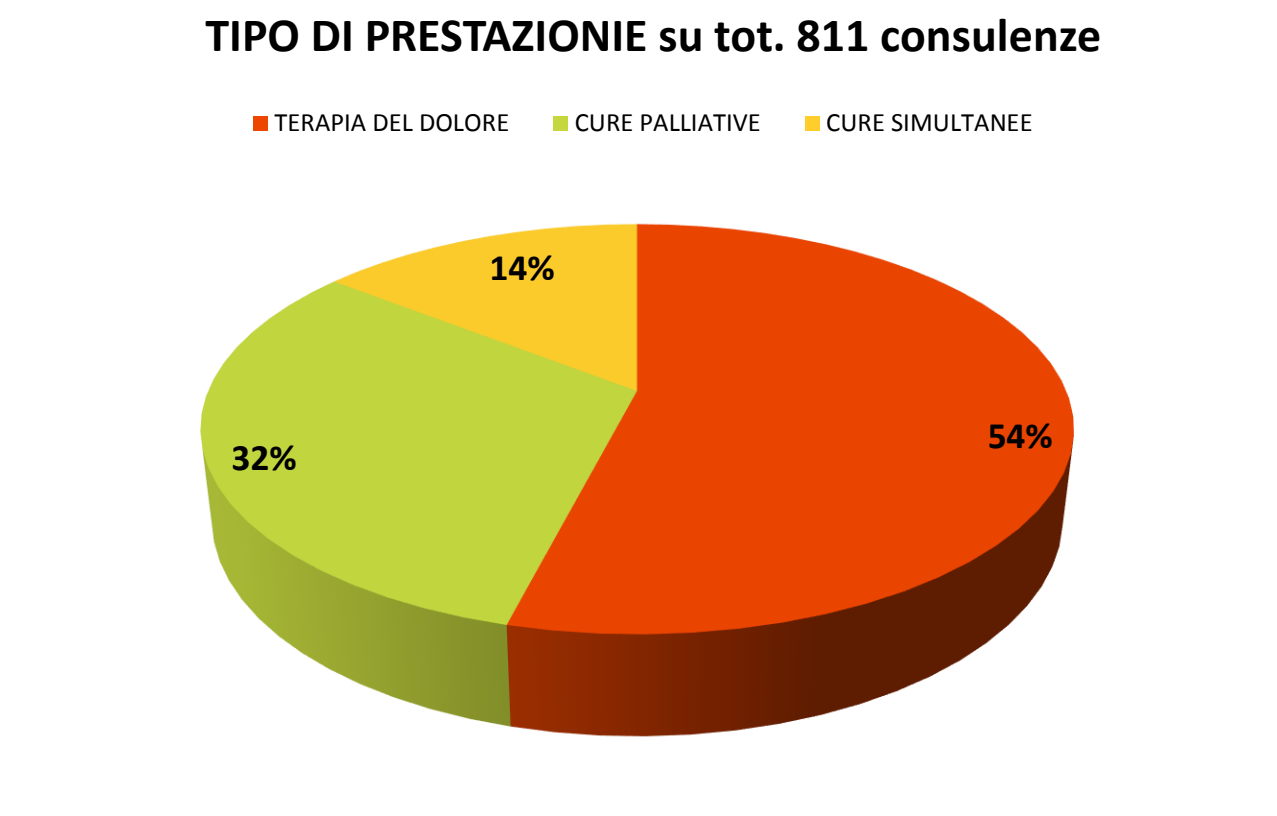
ASSOCIAZIONE CURE PALLIATIVE Onlus
Bergamo dal 1989

SITUAZIONE ATTUALE CONSULENZE NEI REPARTI





SITUAZIONE ATTUALE CONSULENZE NEI REPARTI



COME SI ACCEDE ALLE CP?

- Alle cure palliative **domiciliari** si accede per richiesta del medico di medicina generale o per richiesta da un reparto ospedaliero, dopo una valutazione congiunta del medico di medicina generale, del personale della Rete di Cure Palliative e del Servizio di Cure domiciliari.

- Agli **hospice** si accede, in seguito a segnalazione inviata dai famigliari o dai medici curanti, dopo valutazione e colloquio orientativo con gli specialisti (oggi esiste un numero unico a cui rivolgersi per fissare il colloquio nella sede prescelta)

Per facilitare l'accesso e il funzionamento della rete nascono i DIPARTIMENTI INTERPROVINCIALI DI CURE PALLIATIVE

- In attuazione alla Delibera Regionale….. anche a Bergamo viene istituito nel dicembre 2013 il DICP con lo scopo di coordinare e omogeneizzare l'accesso e la gestione delle cure palliative nella nostra provincia.

- Il DICP si è dato inizialmente tre obiettivi specifici:
  - **Messa in rete informatica degli Hospice**
  - **Formazione a più livelli per operatori di CP**
  - **Diffusione del modello delle Cure simultanee**

ATTIVITÀ DEL DICP 2014 (2015)

- Formazione continua in CP a tre livelli:
  - ***Convegni***
  - ***Corsi residenziali***
  - ***Approfondimento a livello universitario su modelli della cura***
- Stesura documento di indirizzo su CS
- Messa in rete degli Hospice
  - I fase di arruolamento ed invio a colloquio
  - Completamento della raccolta dati e messa in rete delle informazioni per facilitare il ricovero

PROSPETTIVE FUTURE

- Estensione del supporto SC a tutte le USC dell'HPG23 di Bg e ad altre cliniche private convenzionate.
- Valutazione dell'impatto economico dell'applicazione del modello organizzativo delle SC. Ipotesi di risparmio per il SSR.
- Riconoscimento dell'utilità socio-sanitaria delle SC e assegnazione di personale dedicato sia per i vari reparti ospedalieri sia per il territori.
- Estensione del modello organizzativo delle SC a livello regionale in completa attuazione del DGR 4610 del 2012.

CURE PALLIATIVE SIMULTANEE
(SIMULTANEOUS PALLIATIVE CARE):

Le cure palliative simultanee vengono attuate quando la malattia inguaribile è in fase avanzata ma non ancora in fase terminale e prendono in carico il malato e la famiglia in una fase in cui sono contestualmente praticate terapie finalizzate al controllo della malattia.

- Orientamento verso maggiore affinità dell'offerta di cura, con i bisogni del paziente
- Riduzione dei re-ricoveri evitabili
- Di fatto consulenza bio-etica interna alla struttura
- Rivalutazione della terapia in relazione alle esigenze della futura condizione di cura
- Prevedere possibili movimenti all'interno della rete di CP
- Relè tra figure professionali (psicologi, assistenti sociali, infermieri interni e CP)

PRECISAZIONI IN TERMINI DI DEFINIZIONI

- **CURE PALLIATIVE DI FINE VITA (END-OF-LIFE PALLIATIVE CARE):**

Sono costituite da una serie di interventi terapeutici e assistenziali finalizzati alla "cura attiva", totale di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. Fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi e in generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie.

- **CURE PALLIATIVE SIMULTANEE (SIMULTANEOUS PALLIATIVE CARE):**

Le cure palliative simultanee vengono attuate quando la malattia inguaribile è in fase avanzata ma non ancora in fase terminale e prendono in carico il malato e la famiglia in una fase in cui sono contestualmente praticate terapie finalizzate al controllo della malattia.

- *Da Glossario AGENAS (allegato 1)*

L'AIOM **già dal 2008, ha istituito una task force "cure palliative in oncologia"**, ritenendo che la *mission* dell'oncologia medica debba ispirarsi alla cultura del ***non abbandono*** e garantire ad ogni malato di cancro l'attenzione alla qualità della vita, la continuità terapeutico-assistenziale in tutte le fasi di malattia.

La nostra USC è certificata ***ESMO***: a testimoniare l'impegno per un lavoro di integrazione e condiviso.

Manca un documento ***SICP*** riguardo alle SC ?

Mancano criteri condivisi con altre società scientifiche ?

IL PROCESSO LEGISLATIVO

- ***Legge n.38 2010***
- « disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore» – G.U.n.65 del 19-3-2010

IL PROCESSO LEGISLATIVO

- ***Il Decreto Ministeriale del 28 marzo 2013***

Istituisce la disciplina in cure palliative rendendo evidente l'identificazione, anche in Italia, delle competenze specifiche del palliativista.

Sono state prodotte inoltre:

- ***38 pratiche essenziali (National Quality Form)***
- ***Core Competence (EAPC)***
- ***Core Curricula per ogni profilo professionale (SICP)***

GLI STANDARD

- ***Standard strutturali qualitativi e quantitativi***

- ***Articolo 5, Comma 3 dell ` Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012***

- ***Per Rete Locale di Cure Palliative*** si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, che soddisfa contemporaneamente i seguenti requisiti:

L'INTESA S-R DEL 25 LUGLIO 2012 DEFINISCE I TRE SETTING DI CURE PALLIATIVE

1) ***3 LIVELLI DI CP IN OSPEDALE***:

- **Ambulatoriale**
- **Consulenza al letto dei malati in tutti i reparti**
- **Gestione dei percorsi di dimissioni protette**

2) **HOSPICE (si inquadrano nei LEA territoriali)**

3) **CURE TERRITORIALI (UCP domiciliari che erogano CP di base e specialistiche)**

QUESTI TRE SETTING VANNO INTESI COME CONTENITORI DINAMICI ED ELASTICI

LE FIGURE CON ESPERIENZA IN CP (MEDICI, PSICOLOGI, INFERMIERI, VOLONTARI, ASSISTENTI SOCIALI) AFFIANCANO IL CLINICO DI REPARTO PER:

- Supporto nella gestione di sintomi connessi con la malattia e le cure stesse.
- Supporto nella comunicazione di diagnosi e prognosi e nel raccogliere le istanze di Pz. e famigliari
- Condividere scelte cliniche in fase avanzata in virtù dell'esperienza maturata sul territorio
- Riorientare la domanda di cura
- Conoscere precocemente orientamenti della famiglia e dei malati rispetto al fine vita...scelta del setting
- Prevenire eccessive frustrazioni da errati investimenti e aspettative
- Supporto al coordinamento tra figure professionali

PERCHÉ "EARLY PALLIATIVE CARE" NEI MALATI DI CANCRO?

- Indagine retrospettiva sul "timing" della segnalazione di malati di cancro all'ambulatorio di Cure Palliative
- 366 deceduti, 33% con segnalazione a C.P. almeno 3 mesi prima della morte. Questo gruppo di malati ha avuto, in modo statisticamente significativo, meno accessi in P.S., minori ricoveri in ospedale, minore mortalità in ospedale, minori ricoveri in ICU.
- Queste differenze sono risultate ancora più significative se i malati erano stati valutati dalle CP in ambulatorio rispetto a quelli valutati nel corso di un ricovero in ospedale.

Hui D., Sun Hyun Kim et al. "Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients" Cancer 2014;120:1743-1749

QUESITI DI FONDO

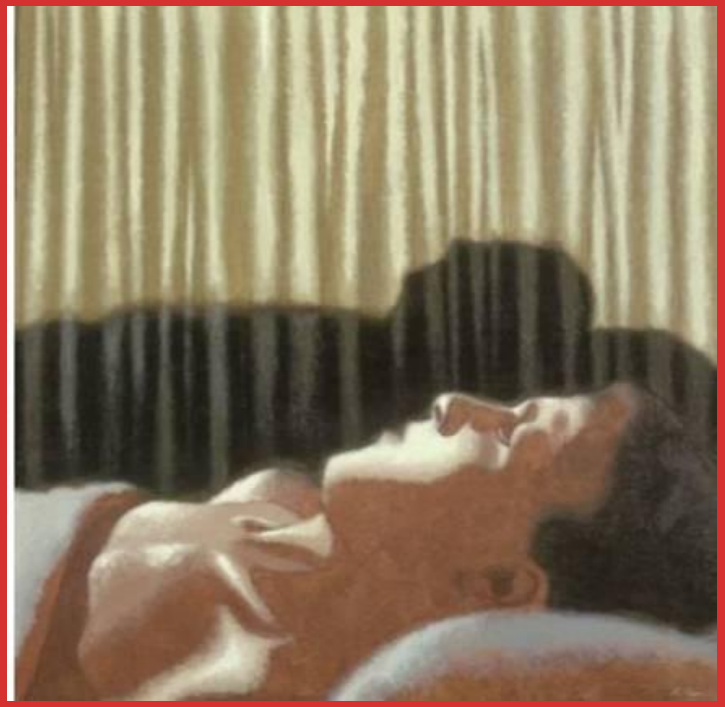
- Quale paziente oncologico giusto per le CP ?
- Quale paziente non oncologico giusto per le CP?
- Quali criteri di eleggibilità?
- Quali sistemi di controllo della qualità dei percorsi?

IDENTIFICAZIONE (PRECOCE) DEI PAZIENTI CONDIVISIONE DEI CRITERI

- **L'utilizzo di indicatori clinici di orientamento prognostico specifici per patologia** può facilitare la stima di quando i pazienti con malattia oncologica in fase avanzata si trovino orientativamente nell'ultimo anno di vita;

- congiuntamente al **giudizio del clinico tarato sul singolo paziente**, consentono di identificare con buona approssimazione i malati che si avvicinano alla fase finale della loro vita (ultimi 6-12 mesi).

PRINCIPALI SINTOMI DEL MALATO TERMINALE



- DOLORE
- DISPNEA
- NAUSEA/VOMITO
- STIPSI
- DELIRIUM
- FATIGUE /DEBOLEZZA
- DEPRESSIONE

GPAC guidelines: Palliative Care: part 2

GRAZIE PER L'ATTENZIONE