



CONVEGNO REGIONALE AIOM FRIULI VENEZIA GIULIA: SIMULTANEOUS CARE NELLA CURA DEI TUMORI: PERCORSI ED INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO

Modelli, Indicatori di Efficacia e Criticità della Rete.

Pordenone, 13 ottobre 2018

danila valenti

***Direttrice UO Complessa Rete delle Cure Palliative - AUSL di Bologna
Membro del Board of Directors - European Association of Palliative Care- Bruxelles-***



1. Definizione di Cure Palliative

Definizione delle Cure Palliative (Italiano)

*Le cure palliative sono la **cura attiva e globale** prestata al paziente **quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione**. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria.*

*Le cure palliative hanno carattere **interdisciplinare** e coinvolgono il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale. Provvedono una presa in carico del paziente che si preoccupi di garantire i bisogni più elementari **ovunque si trovi il paziente**, a casa, o in ospedale.*

Le cure palliative rispettano la vita e considerano il morire un processo naturale. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di preservare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine.



DOCUMENTO
DEL TAVOLO DI LAVORO AIOM-SICP

CURE PALLIATIVE PRECOCI e SIMULTANEE

2015

2015



INDICATORI MAGGIORI

Indicatori clinici di struttura

- Presenza strutturata di un team di consulenza palliativa per i pazienti ricoverati presso la struttura
- Presenza di un ambulatorio di cure palliative

Indicatori di processo clinico

- Presenza di un team interdisciplinare di cure palliative
- Screening clinico di routine dei sintomi nell'ambulatorio di oncologia
- Documentazione routinaria della pianificazione anticipata delle cure
- Invio precoce alle cure palliative

Indicatori di risultato clinico

- Proporzioni dei pazienti ambulatoriali che hanno avuto una valutazione del dolore in almeno una delle ultime due visite ambulatoriali prima del decesso.
- Proporzioni dei pazienti che hanno effettuato due o più accessi in Pronto Soccorso negli ultimi 30 giorni di vita
- Coerenza del luogo del decesso con le preferenze del paziente

Indicatori di formazione

- Formazione teorica e pratica in cure palliative nell'ambito della Scuola di specializzazione in oncologia
- Rotazione programmata degli specializzandi in oncologia presso le strutture della Rete di cure palliative
- Formazione professionale continua in cure palliative per gli oncologi medici

INDICATORI MINORI

Indicatori di processo clinico

- Sono presenti a livello istituzionale linee guida scritte per il trattamento dei sintomi
- Sono adottati a livello istituzionale criteri di segnalazione dei pazienti alle cure palliative
- Sono condivisi a livello istituzionale percorsi diagnostici terapeutici assistenziali per il malato oncologico in trattamento palliativo
- Il team di cure palliative fa parte del team multidisciplinare di patologia per la discussione di casi clinici
- E' possibile somministrare terapie antineoplastiche specifiche nei pazienti in cure palliative precoci e simultanee
- Proporzione dei pazienti con cancro avanzato che hanno documentata comunicazione della prognosi
- Disponibilità di consulenza palliativa per i pazienti ricoverati entro 24 ore dal momento della richiesta
- Disponibilità di consulenza palliativa per i pazienti ambulatoriali entro 24 ore dal momento della richiesta.

Indicatori di risultato clinico

- Proporzione di pazienti con cancro avanzato che sono valutati in consulenza di cure palliative prima della morte
- Proporzione di pazienti ambulatoriali che hanno una pianificazione dell'assistenza per il dolore documentata in almeno una delle due ultime visite ambulatoriali prima della morte
- Proporzione di pazienti ambulatoriali con valutazione della dispnea in almeno una delle due ultime visite ambulatoriali prima della morte
- Proporzione di pazienti ambulatoriali con impostazione del trattamento della dispnea in almeno una delle due ultime visite ambulatoriali prima della morte
- Proporzione di pazienti ambulatoriali segnalati alle Rete locale di Cure Palliative
- Proporzione di pazienti presi in carico dalla Rete locale di Cure Palliative entro 3 giorni dalla morte
- Proporzione di pazienti che effettuano chemioterapia nelle ultime due settimane di vita.
- Proporzione di pazienti che vengono ricoverati in terapia intensiva negli ultimi 30 giorni di vita.
- Proporzione di pazienti che hanno due o più ricoveri ospedalieri negli ultimi 30 giorni di vita.
- Proporzione di pazienti che muoiono in terapia intensiva.

Indicatori di formazione

- Formazione professionale continua in Oncologia per il medico palliativista
- Rotazione programmata in strutture di Oncologia degli studenti del Master di II livello di Alta Formazione e Qualificazione in Cure Palliative

Indicatori di ricerca

- Finanziamenti istituzionali per la ricerca in oncologia e cure palliative
- Pubblicazioni su riviste dotate di peer review in tema di cure palliative oncologiche
- Vengono effettuate ricerche in collaborazione tra oncologia e cure palliative

RACCOMANDAZIONE

Il tavolo di lavoro AIOM-SICP raccomanda i seguenti indicatori di integrazione tra cure palliative ed oncologia:

Indicatori di processo

- Presenza di equipe multidisciplinare specialistica di Consulenza Cure Palliative
- Presenza di ambulatorio specialistico di cure palliative

Indicatori di risultato

- Luogo del decesso coerente con la volontà del paziente
- Presenza del monitoraggio dei sintomi e della qualità della vita nelle 2 settimane prima del decesso
- Proporzioni di ricoveri negli ultimi 30 giorni di vita
- Proporzioni di accessi al pronto soccorso negli ultimi 30 giorni di vita
- Proporzioni dei pazienti avviati al percorso di Cure Palliative
- Proporzioni di pazienti deceduti in hospice o al domicilio
- Proporzioni di pazienti ricoverati in hospice 1 settimana prima del decesso

Indicatori di formazione

- Formazione teorico-pratica in cure palliative nell'ambito della Scuola di specializzazione in Oncologia
- Formazione continua in Cure Palliative per oncologi
- Formazione continua in Oncologia per medici palliativisti

Indicatori di ricerca

- Progetti di ricerca integrata tra Cure Palliative e Oncologia



EVIDENCE BASED PUBLIC HEALTH POLICY AND PRACTICE

Actual and preferred place of death Results from the Italian survey (ISDOC)

Monica Beccaro, Massimo Costantini, Paolo C. Bruzzi on behalf of the 'ISDOC Study Group

J Epidemiol

Downloaded from [je](#)

414

Data collection

The interviewer met the caregiver usually in their home, where they conducted a semi-structured interview using an adapted version of the views of informal carers—evaluation of services (VOICES) questionnaire.¹⁵ A specific section of the interview covered information on the actual and preferred place of death of cancer patients. More specifically, the questions asked to the caregiver are reported below.

- Where did the patient die?
- Did they ever say that there was a place they would like to die?
 - If yes, where was the place?
 - If no, where do you think that they would have wanted to die?

Table 3 Actual place of death for each preferred place of death of Italian patients deceased for cancer

Preferred place of death*	Actual place of death*						Total
	Home	Other home	Hospital	Hospice	Nursing home	Ambulance	
Home	65.9†	2.3	27.3	0.4	3.7	0.4	100
Other home	27.8	44.1†	24.5	–	3.6	–	100
Hospital	8.3	–	91.7†	–	–	–	100
Hospice	57.4	–	–	42.6†	–	–	100
Nursing home	–	–	4.1	–	95.9†	–	100
Ambulance	–	–	–	–	–	†	100



Come è nato il Progetto di Innovazione :

Fondo per la Modernizzazione 2010-2011-2012 della Regione Emilia Romagna –

Articolazione Area Tematica: A13)

Titolo del Progetto:

Sviluppo della Rete delle Cure palliative: integrazione ospedale – territorio attraverso equipe multidisciplinari e interprofessionali.

**Ci siamo dati come INDICATORE DI ESITO:
La riduzione dei decessi in Ospedale**



Consapevolezza del paziente dell'utilizzo di oppiacei

*11 Hospice nord e centro Italia
Colloquio ALL'INGRESSO in hospice*

Hanno aderito allo studio 11 hospice – Italia centro-nord.

102 pazienti + 102 caregivers

Hospice MariaTeresa Chiantore Seràgnoli di Bentivoglio (BO),

Hospice Madre teresa di Calcutta(Larino)

Hospice di Savignano s\R (FC)

Hospice V.Grassi di Forlimpopoli (FC)

Hospice Madonna dell'Uliveto (RE)

Hospice S.Domenico di Lugo (RA)

Hospice Via di Natale (Aviano)

Hospice Abbiategrasso

Hospice Orsa maggiore (Biella)

Hospice Garbagnate (MI)

Hospice Bellaria (BO)

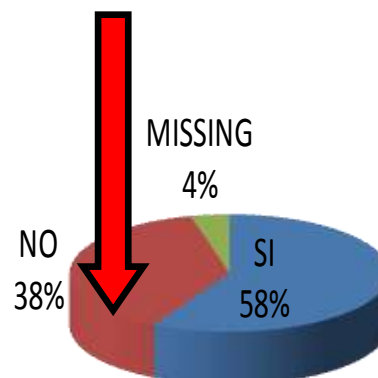


Consapevolezza della diagnosi

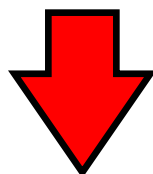
CONSAPEVOLEZZA DIAGNOSI



IL CARE GIVER E' D'ACCORDO NEL COMUNICARE LA DIAGNOSI

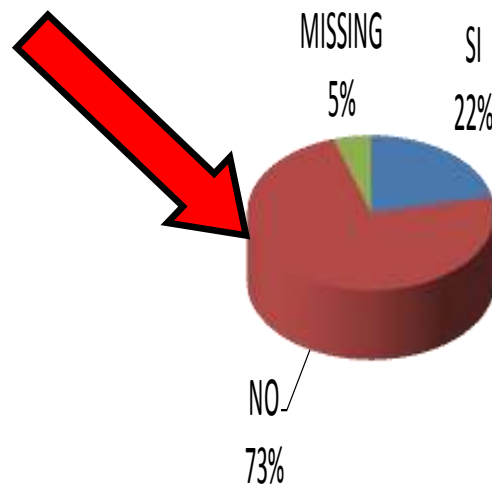


CONSAPEVOLEZZA PROGNOSI



IL CARE GIVER E' D'ACCORDO NEL COMUNICARE LA PROGNOSI

**I Familiari
non vanno colpevolizzati
non vanno assecondati
Vanno aiutati**





XX CONGRESSO NAZIONALE SICP

Società Italiana di Cure Palliative

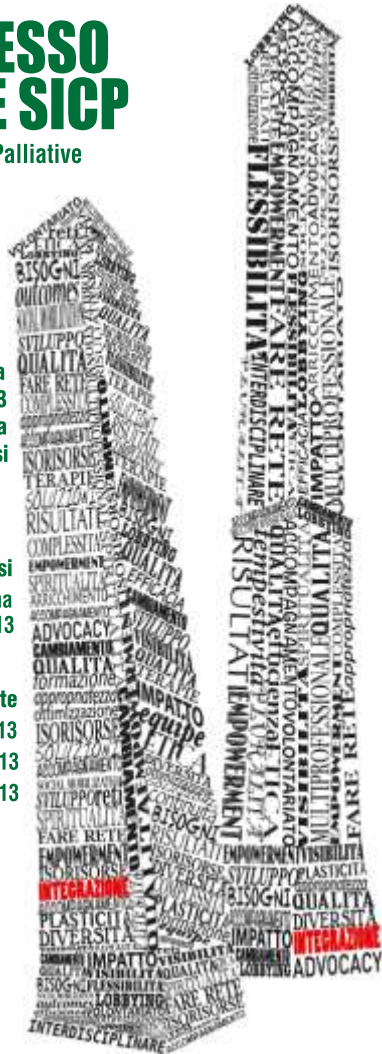
Bologna
27-30 ottobre 2013
Palazzo della Cultura
e dei Congressi

Corsi
Bologna
26-27 ottobre 2013

Convegni Satellite
Reggio Emilia, 24 ottobre 2013
Bentivoglio (BO), 25 ottobre 2013
Ravenna, 26 ottobre 2013



Società Italiana di Cure Palliative



OSTINAZIONE DIAGNOSTICA NEI PAZIENTI DECEDUTI NEGLI OSPEDALI anni 2008-2012

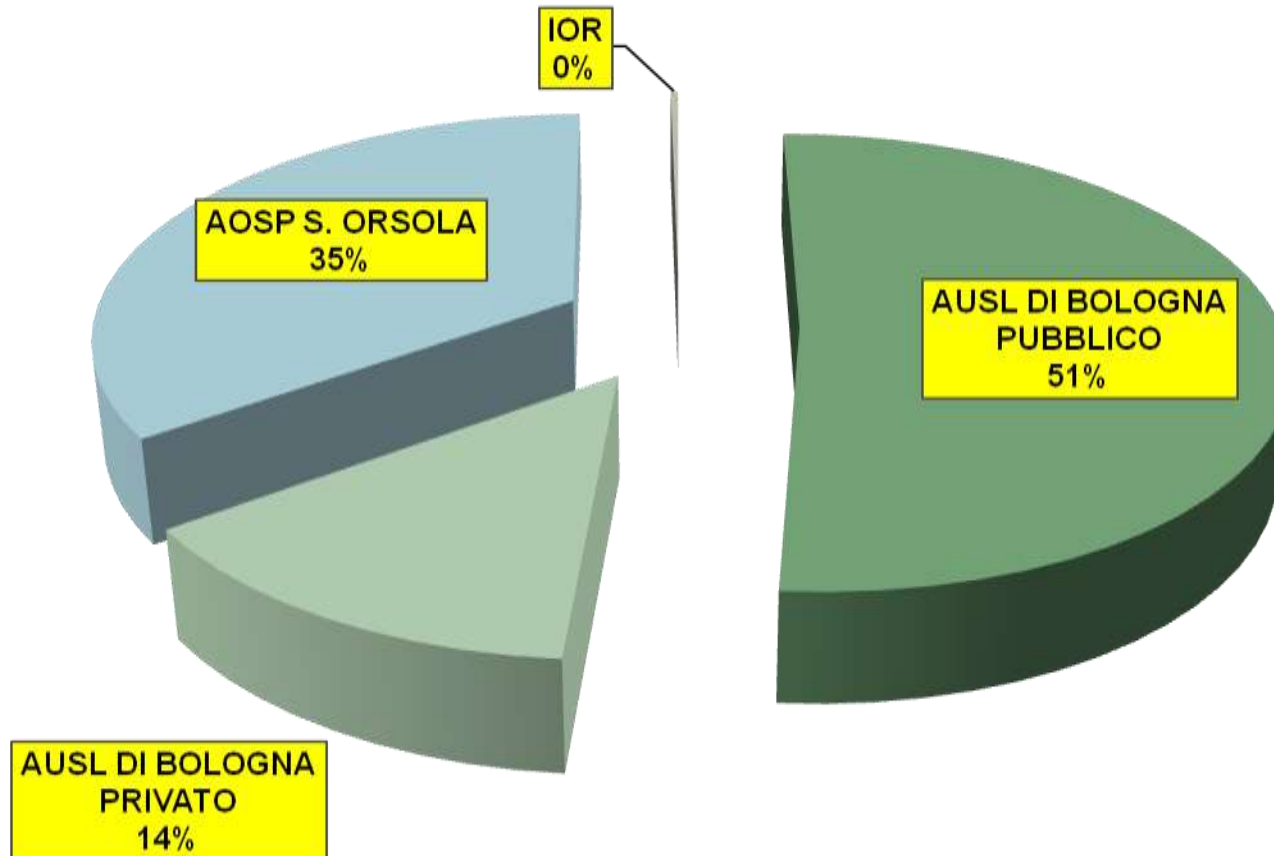
2013
Bologna

ilaria castaldini, isa protonotari,
fabrizio moggia, danila valenti

Anni 2008 – 2012 : **6.817** pazienti

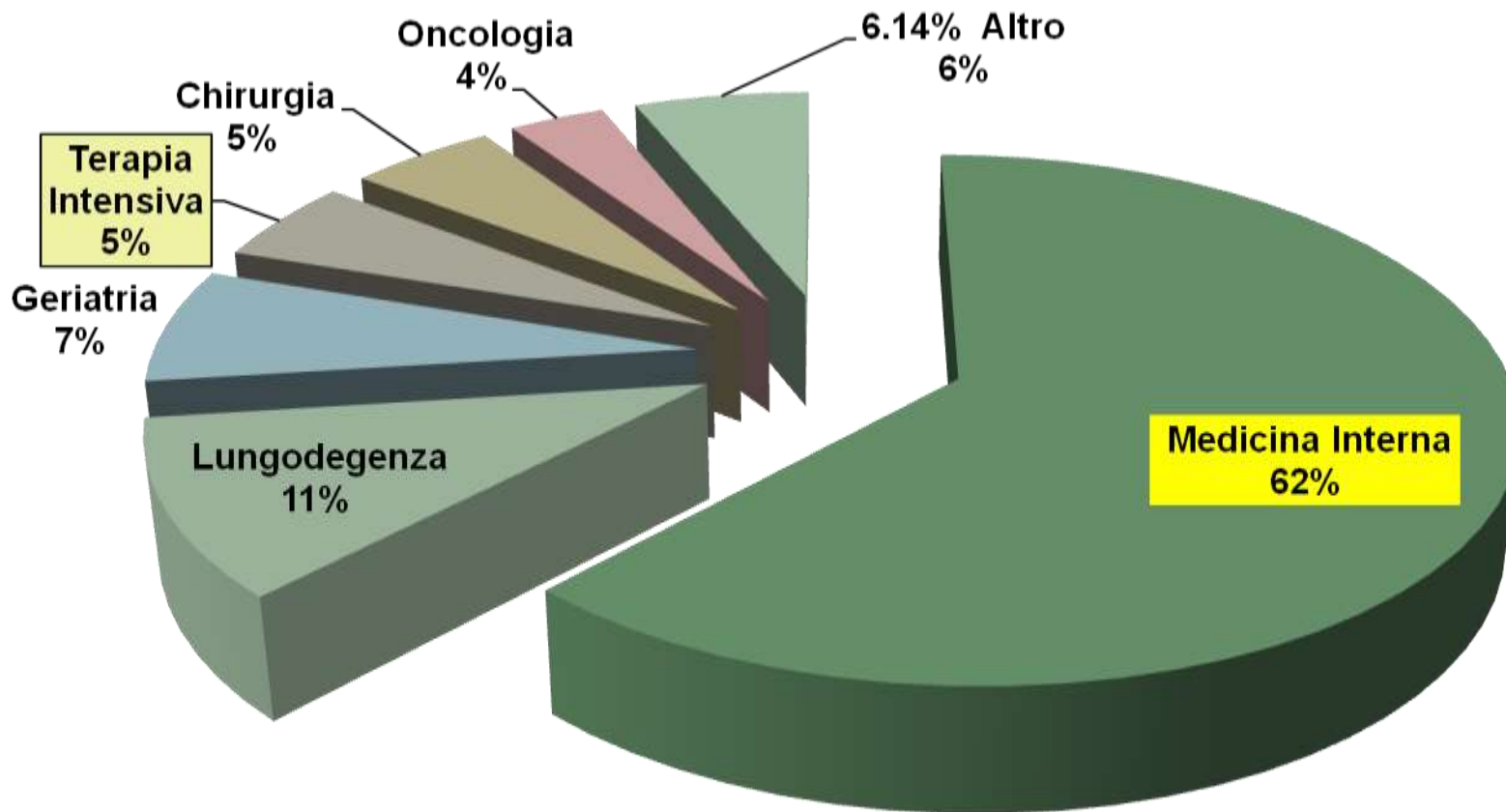
Deceduti per tumore negli ospedali pubblici e privati del territorio dell'Azienda USL di Bologna (Bologna e altri 50 comuni)

Pazienti deceduti per tumore negli ospedali pubblici e privati nel territorio AUSL di BO- anni 2008-2012



Anni 2008 – 2012

3.460 Deceduti per tumore nei 9 ospedali pubblici dell'Azienda USL di Bologna nel quinquennio 2008-2012



Anni 2008 – 2012

3.460 Deceduti nei 9 ospedali pubblici dell'Azienda USL di Bologna.

ESAMI LABORATORISTICI E STRUMENTALI eseguiti nel ricovero del decesso

Numero di pazienti 3.490

Giornate di degenza

Media 24,3

Mediana 14

Numero di ESAMI ESEGUITI a PAZIENTE ? :

L-LABORATORIO

81,7

D-DIAGNOSTICA

4,7

D1-DIAGNOSTICA CON RADIAZIONI

2,6

D2-DIAGNOSTICA SENZA RADIAZIONI

2,0

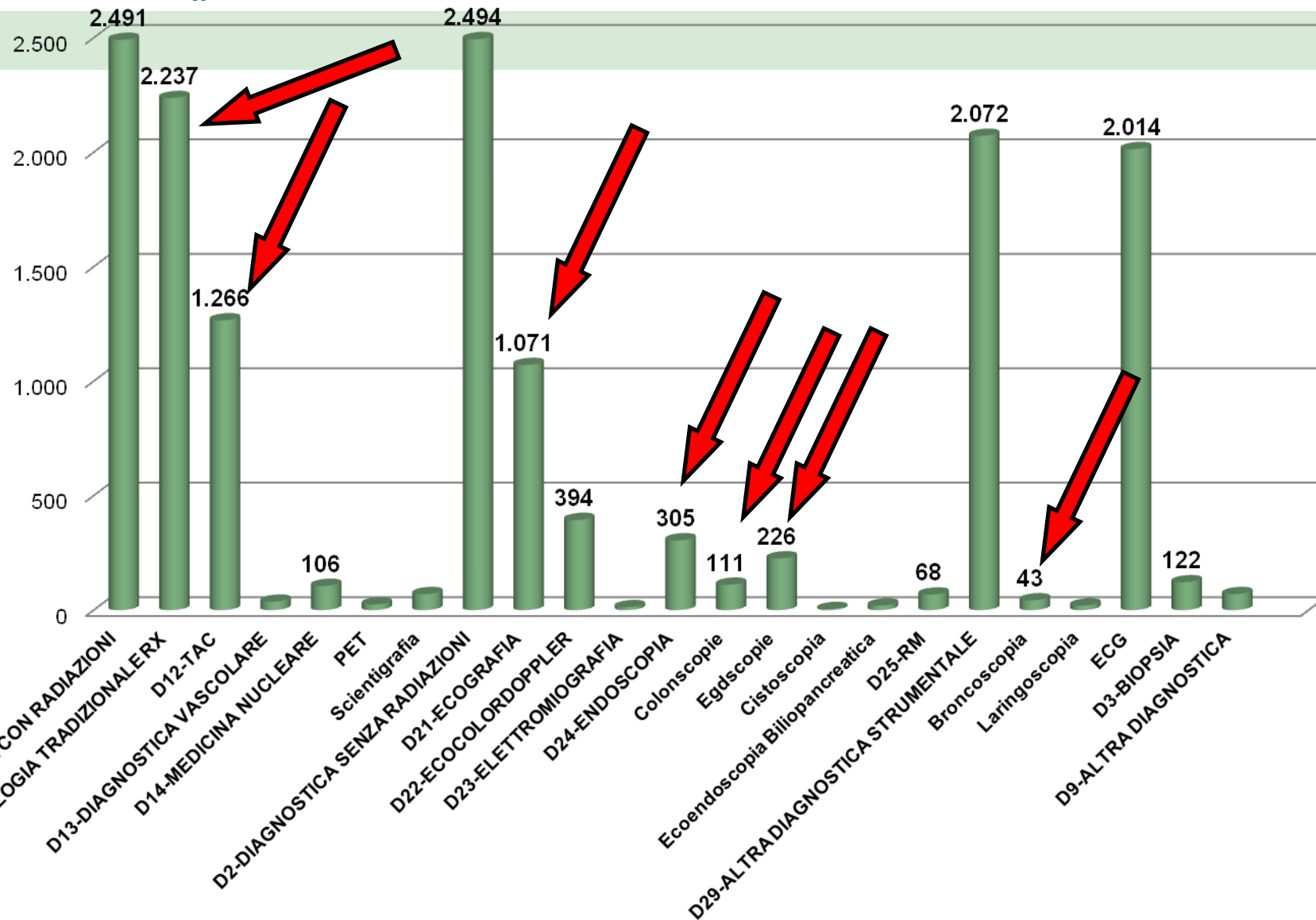
Anni 2008 – 2012

3.460 Deceduti nei 9 ospedali pubblici dell'Azienda USL di Bologna

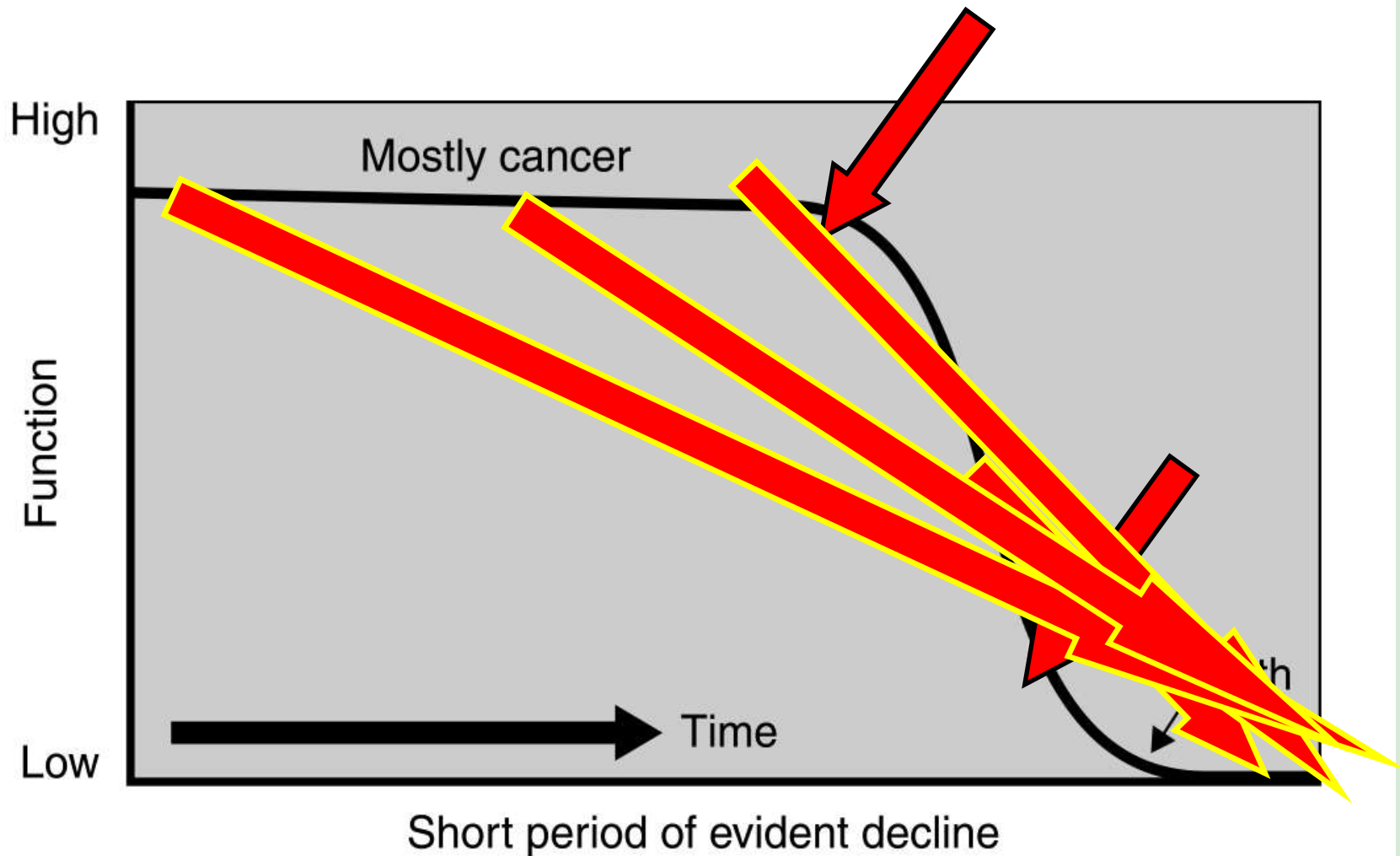
ESAMI STRUMENTALI eseguiti nel ricovero del decesso

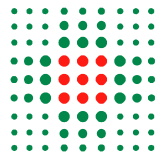
Direttore DATeR : dott. Fabrizio Moggia

fabrizio moggia, danila valenti



■ Esami strumentali





ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

Patients with metastatic non–small-cell lung cancer have a substantial symptom burden and may receive aggressive care at the end of life. We examined the effect of introducing palliative care early after diagnosis on patient-reported outcomes and end-of-life care among ambulatory patients with newly diagnosed disease.

METHODS

We randomly assigned patients with newly diagnosed metastatic non–small-cell lung cancer to receive either early palliative care integrated with standard oncology care or standard oncology care alone. Outcomes were assessed

From Massachusetts General Hospital, Boston (J.S.T., J.A.G., A.M., E.R.G., V.A.C.M.D., J.J., W.F.P., J.A.B.); the State University of New York, Buffalo (S.A.); Ad Palliative Medicine, Department of Anesthesiology, Columbia University Medical Center, New York (C.D.B.); and Yale University, New Haven, CT (T.J.L.). Address reprint requests to Dr. Temel at Massachusetts General Hospital, 55 Fruit St Yawkey 7B, Boston, MA 02114, or jtemel@partners.org.

N Engl J Med 2010;363:733–42.

© 2010 Massachusetts Medical Society.

N Engl J Med 363;8 August 19, 2010

...to early palliative care had a better quality of life than patients assigned to standard care (mean score on the FACT-L scale [in which scores range from 0 to 136, with higher scores indicating better quality of life], 98.0 vs. 91.5; $P=0.03$). In addition, fewer patients in the palliative care group than in the standard care group had depressive symptoms (16% vs. 38%, $P=0.01$). Despite the fact that fewer patients in the early palliative care group than in the standard care group received aggressive end-of-life care (33% vs. 54%, $P=0.05$), median survival was longer among patients receiving early palliative care (11.6 months vs. 8.9 months, $P=0.02$).

CONCLUSIONS

Among patients with metastatic non–small-cell lung cancer, early palliative care led to significant improvements in both quality of life and mood. As compared with patients receiving standard care, patients receiving early palliative care had less aggressive care at the end of life but longer survival. (Funded by an American Society of Clinical Oncology Career Development Award and philanthropic gifts; ClinicalTrials.gov number, NCT01038271.)

2017



Cochrane Database of Systematic Reviews

Early palliative care for adults with advanced cancer (Review)

Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, Hartmann M

Authors' conclusions

This systematic review of a small number of trials indicates that early palliative care interventions may have more beneficial effects on quality of life and symptom intensity among patients with advanced cancer than among those given usual/standard cancer care alone. Although we found only small effect sizes, these may be clinically relevant at an advanced disease stage with limited prognosis, at which time further decline in quality of life is very common. At this point, effects on mortality and depression are uncertain. We have to interpret current results with caution owing to very low to low certainty of current evidence and between-study differences regarding participant populations, interventions, and methods. Additional research now under way will present a clearer picture of the effect and specific indication of early palliative care. Upcoming results from several ongoing studies (N = 20) and studies awaiting assessment (N = 10) may increase the certainty of study results and may lead to improved decision making. In perspective, early palliative care is a newly emerging field, and well-conducted studies are needed to explicitly describe the components of early palliative care and control treatments, after blinding of participants and outcome assessors, and to report on possible adverse events.

Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, Hartmann M.
Early palliative care for adults with advanced cancer.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD011129.
DOI: 10.1002/14651858.CD011129.pub2.

www.cochranelibrary.com

ORIGINAL ARTICLE

Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer

Jane C. Weeks, M.D., Paul J. Catalano, Sc.D., Angel Cronin, M.S.,
Matthew D. Finkelman, Ph.D., Jennifer W. Mack, M.D., M.P.H.,
Nancy L. Keating, M.D., M.P.H., and Deborah Schrag, M.D., M.P.H.

ABSTRACT

From the Departments of Medical Oncology (J.C.W., A.C., D.S.), Biostatistics and Computational Biology (P.J.C.), and Pediatric Oncology (J.W.M.), Dana-Farber Cancer Institute, the Department of Public Health and Community Service, Tufts University School of Dental Medicine (M.D.F.), and the Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital, and the Department of Health Care Policy, Harvard Medical School (N.L.K.) — all in Boston. Address reprint requests to Dr. Weeks at the Dana-Farber Cancer Institute, 450 Brookline Ave., Boston, MA 02215, or at jane_weeks@dfci.harvard.edu.

N Engl J Med 2012;367:1616-25.

DOI: 10.1056/NEJMoa1204410

BACKGROUND

Chemotherapy for metastatic lung or colorectal cancer can prolong life by weeks or months and may provide palliation, but it is not curative.

METHODS

We studied 1193 patients participating in the Cancer Care Outcomes Research and Surveillance (CanCORS) study (a national, prospective, observational cohort study) who were alive 4 months after diagnosis and received chemotherapy for newly diagnosed metastatic (stage IV) lung or colorectal cancer. We sought to characterize the prevalence of the expectation that chemotherapy might be curative and to identify the clinical, sociodemographic, and health-system factors associated with this expectation. Data were obtained from a patient survey by professional interviewers in addition to a comprehensive review of medical records.

RESULTS

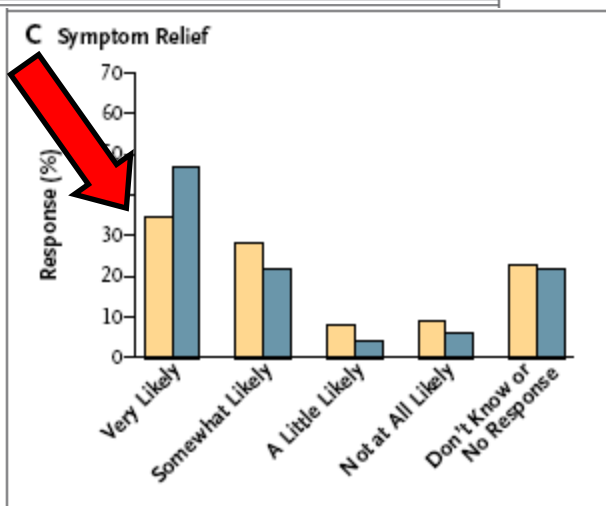
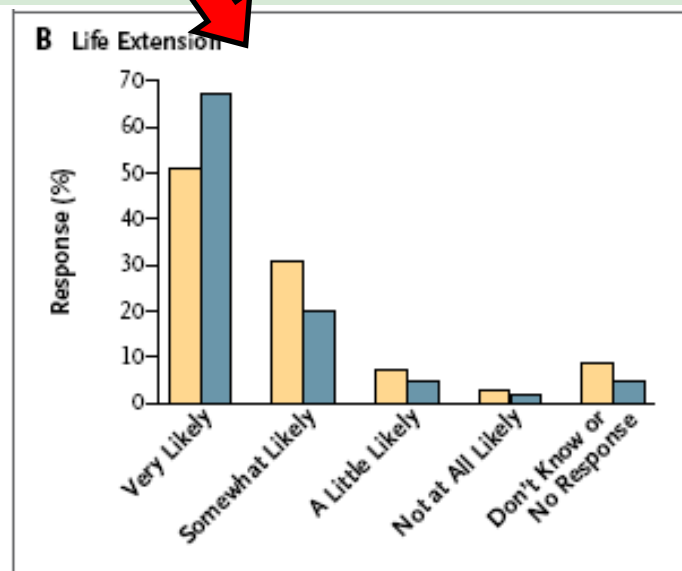
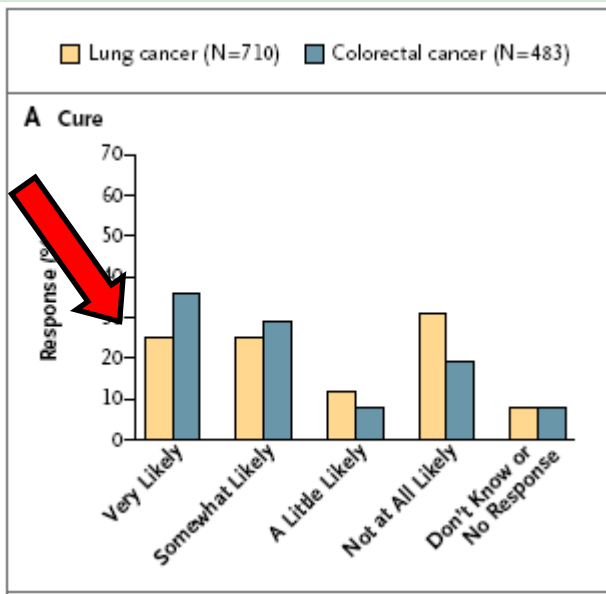


Figure 1. Responses to Questions about the Likelihood That Chemotherapy Will Have an Effect, According to the Type of Effect and Diagnosis.

Shown are the responses of patients with advanced lung or colorectal cancer to questions regarding whether chemotherapy will cure their disease (Panel A), extend their life (Panel B), or provide relief of symptoms (Panel C).



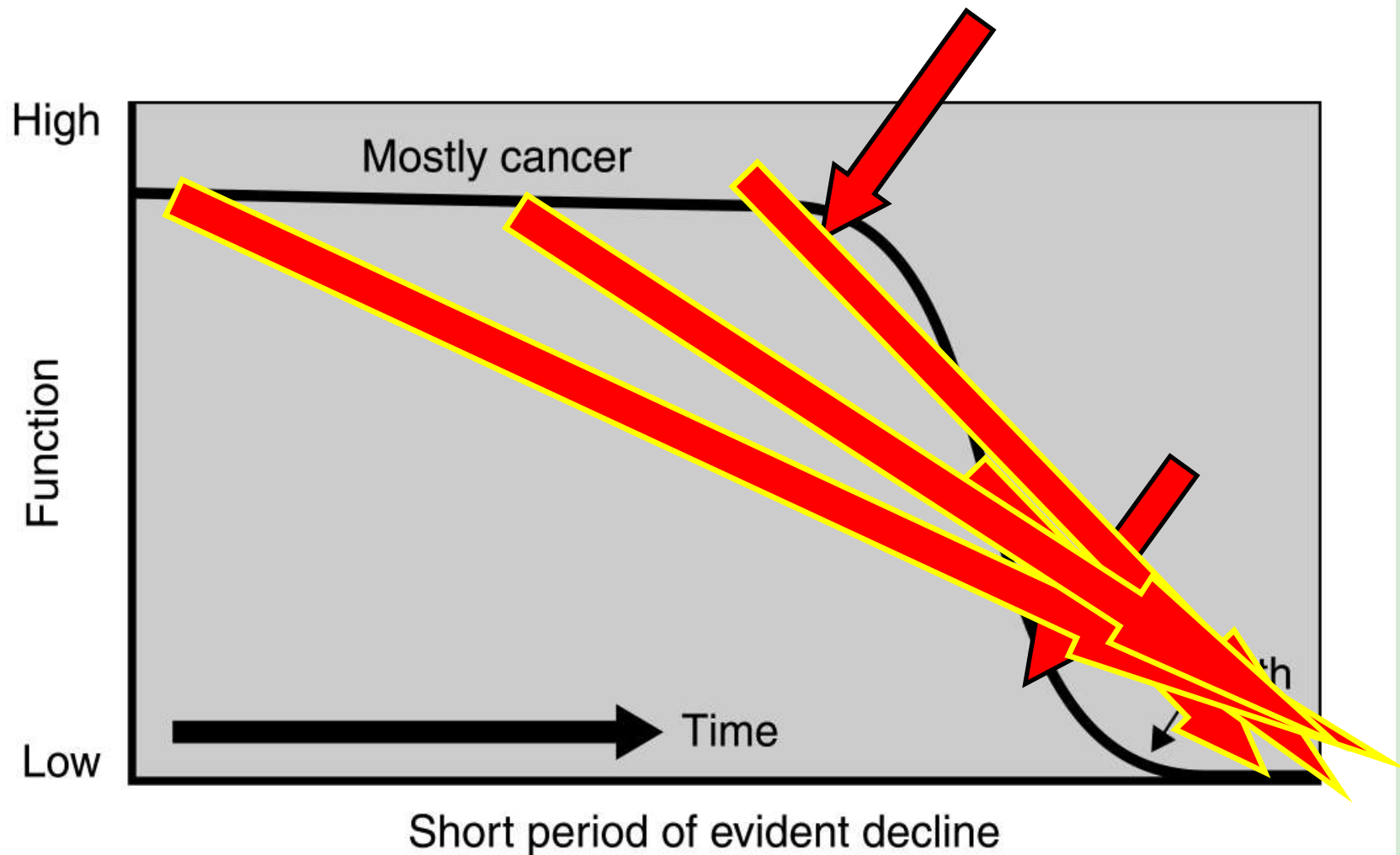
CONCLUSION

• Many patients receiving chemotherapy for incurable cancers may not understand that chemotherapy is unlikely to be curative, which could compromise their ability to make informed treatment decisions that are consonant with their preferences. Physicians may be able to improve patients' understanding, but this may come at cost of patients' satisfaction with them

“risposta alla terapia ...”

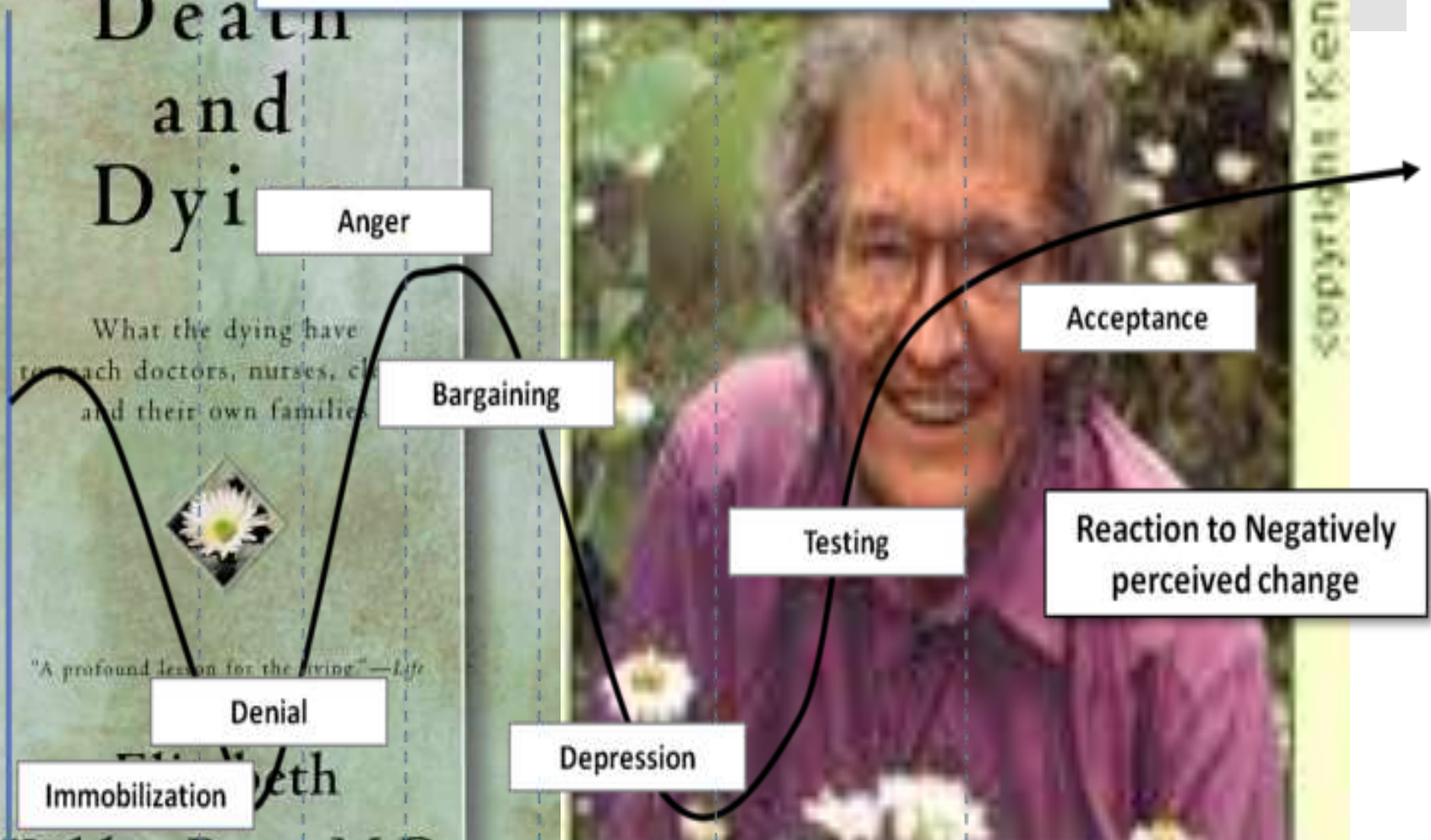
CONCLUSIONI

• La maggior parte dei malati che ricevono chemioterapia per un cancro inguaribile e non controllabile potrebbe non comprendere che sia inverosimile che la chemioterapia sia curativa, cosa che può compromettere la loro capacità di prendere decisioni consapevoli e informate in linea con quelle che sarebbero le loro preferenze. I medici dovrebbero essere capaci di migliorare la comprensione e la consapevolezza dei malati, ma questo può portare loro a piacere meno ai pazienti



emotional response / pessimism

Negatively Perceived Change



On
Death
and
Dying

What the dying have
to teach doctors, nurses, cl
and their own families.

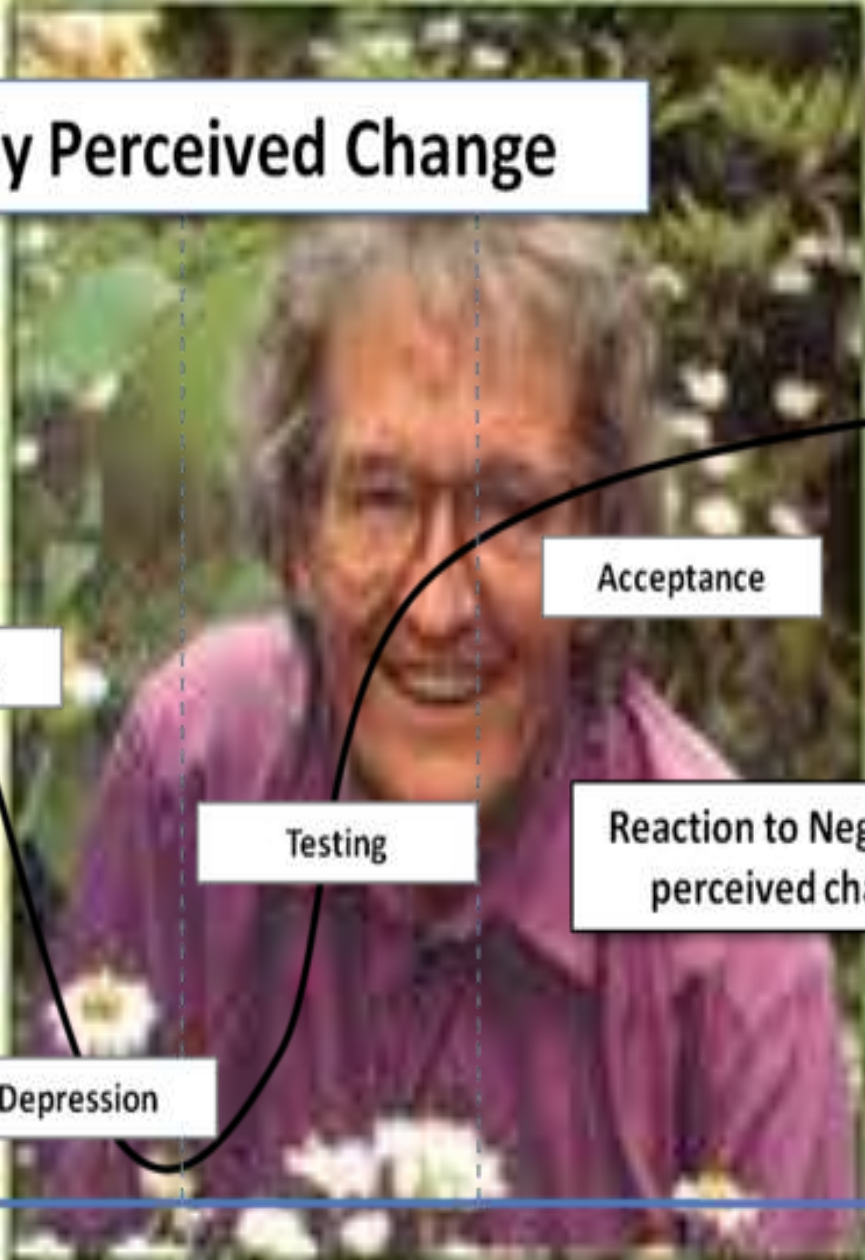


"A profound lesson for the living" —Life

Denial

Immobilization

Kubler-Ross, M.D.
Mel Aclaro
BusinessCasualBlog.com



Copyright Ken Ross

Acceptance

Testing

Reaction to Negatively
perceived change

Depression

July 8, 1926 - August 24, 2004

time

Creative commons / share-alike / attribution



Rete delle Cure Palliative

Responsabile : dott.ssa Danila Valenti

Responsabile DATER : dott. Fabrizio Moggia

Fabrizio moggia, danila valenti

fra

Autodeterminazione

e

Bisogno di sentirsi affidati

0 8 16 24 32 40 48 56 64 72 80 88 96 104 112 120 128 136 144 152 160 168 176 184 192 200 208 216 224 232 240 248 255

IL VALORE DELLE SCELTE

**Una responsabilità e una maturità
non solo individuale
ma anche sociale**

La responsabilità della consapevolezza



Principi generali dell'etica medica:

AUTONOMIA: rispetto per l'autodeterminazione del paziente,

che viene promossa e sostenuta

BENEFICIALITÀ: fare il bene del paziente

alla luce del SUO bene, nella definizione del quale il sanitario supporta la persona, senza alcuna deresponsabilizzazione e senza proiezioni

NON MALEFICIALITÀ: non fare il male del paziente

alla luce del SUO male, nella definizione del quale il sanitario supporta la persona, senza alcuna deresponsabilizzazione e senza proiezioni

GIUSTIZIA (DISTRIBUTIVA): promuovere un'equa distribuzione delle (limitate) risorse.

ONESTA' DELLA COMUNICAZIONE

Onestà non significa spietatezza nella comunicazione della diagnosi e della prognosi della malattia.

Onestà della comunicazione significa che
l'**obiettivo**
è il

**raggiungimento della massima
consapevolezza possibile**, in quel momento
della malattia e per quella persona.

QUANTO

il raggiungimento della massima
consapevolezza possibile,

in quel momento della malattia e per quella persona
è

obiettivo prioritario del nostro agire di
medici ?

Solo se la persona è consapevole può ESSERE
COMPETENTE e valutare la sua qualità di vita

Ma quanto anche noi familiari accettiamo che i
nostri familiari possano essere il più possibile
consapevoli?



Tab.4 Motivi per attivare il Servizio specialistico di Cure Palliative secondo la Mayo Clinic

1. **Aiuto nel trattamento dei sintomi complessi:** trattamento dei sintomi refrattari (es. dolore, dispnea, nausea), trattamenti farmacologici complessi in malati con breve aspettativa di vita (es. infusione con oppioidi, rotazione degli oppioidi, utilizzo di metadone), aiuto nell'affrontare situazioni complesse di sofferenza psicologica (ansia, depressione), spirituale, esistenziale, necessità di sedazione palliativa per sintomi altrimenti intrattabili
2. **Cura di malati ad elevata complessità durante il percorso di malattia:** pazienti con diagnosi recente di neoplasia metastatica e/o con difficile controllo dei sintomi, ripetuti ricoveri in ospedale per la stessa patologia in fase avanzata, ricovero in terapia intensiva per cancro metastatico, prolungati e ripetuti ricoveri in reparti di terapia intensiva
3. **Aiuto nei percorsi decisionali difficili e/o per definire gli obiettivi di cura:** discussione nei momenti di "passaggio" delle cure (es. da cure attive a cure palliative), discussione complesse relative agli obiettivi di cura, aiuto per la soluzione di conflitti relativi agli obiettivi o ai metodi trattamento, sia se questi riguardano la famiglia al proprio interno, la famiglia con l'equipe curante, le diverse equipe curanti, la ridefinizione della "speranza", in situazioni cliniche complesse, dilemmi etici
4. **Questioni che riguardano la pianificazione delle cure:** aiuto nelle discussioni sulla prognosi, se appropriate, pianificazione delle cure in una condizione di malattia in fase avanzata, discussione sul tema della idratazione e/o nutrizione artificiale, la valutazione di bisogni complessi, aiuto nella valutazione sulla appropriatezza per un ingresso in hospice

PRIMO LIVELLO della RETE CURE PALLIATIVE

Infermieri e medici dipendenti e convenzionati con funzione di facilitazione della raccolta dei bisogni e di attivazione del secondo livello

Infermieri e medici facilitatori Dip Medico, Oncologico e Cure Primarie

Centrale di Coordinamento della Rete delle Cure Palliative

Assicura la valutazione dei bisogni del malato e della famiglia

Avvia precocemente al percorso di CP adeguato ai bisogni

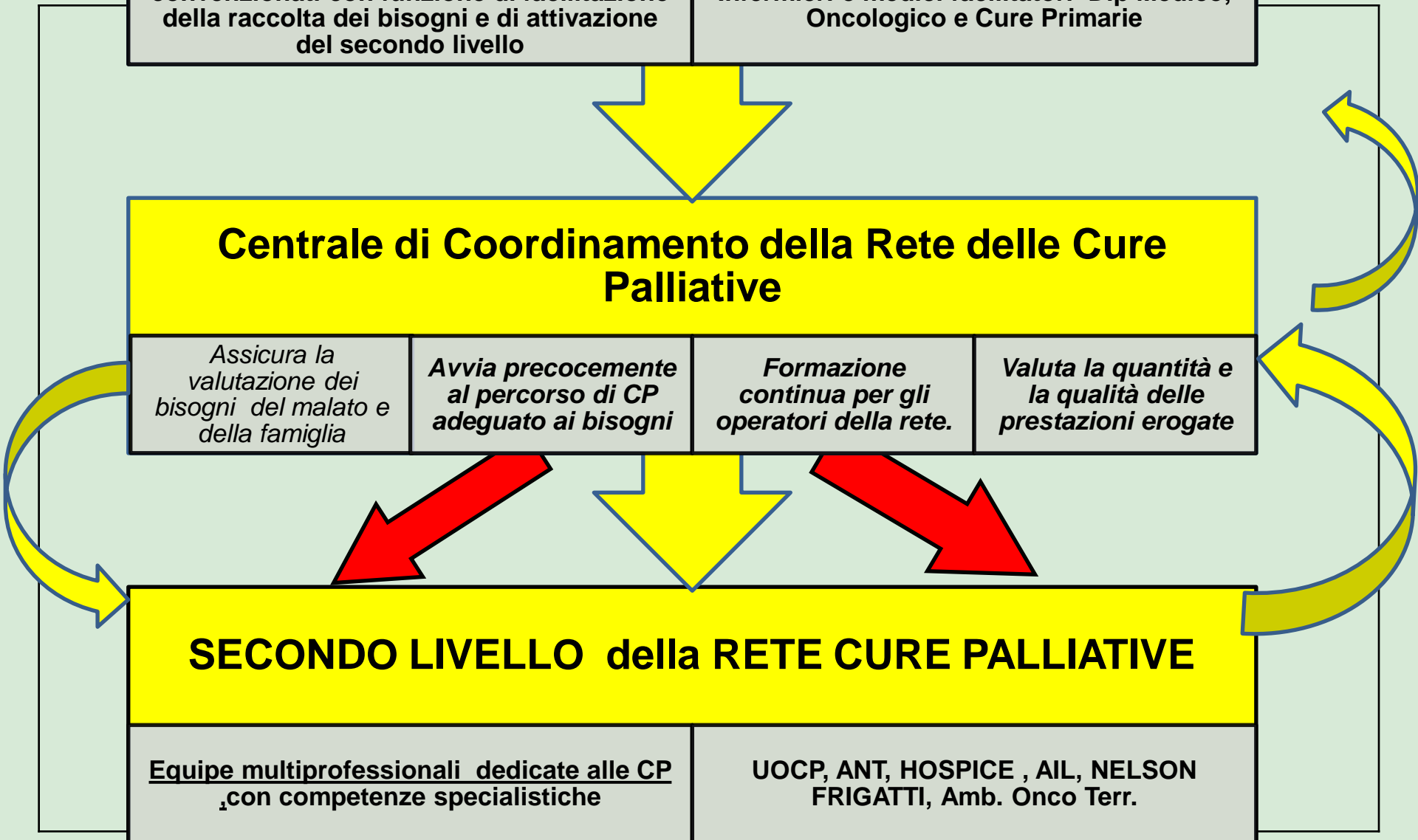
Formazione continua per gli operatori della rete.

Valuta la quantità e la qualità delle prestazioni erogate

SECONDO LIVELLO della RETE CURE PALLIATIVE

Equipe multiprofessionali dedicate alle CP
con competenze specialistiche

UOCP, ANT, HOSPICE , AIL, NELSON
FRIGATTI, Amb. Onco Terr.





PRIMO LIVELLO della Rete delle Cure Palliative 183 professionisti dei 9 ospedali aziendali e del territorio

Dipartimento	Infermieri	Ass. Sociali	Fisioterapis ti	Medici Specialisti	MMG	Totali
Oncologico	17	0	0	7	0	24
Medico	62	0	3	14	0	79
Cure Primarie	37	0	2	14	7	60
DASS	7	7	0	0	0	14
Emergenza	4	0	0	0	0	4
IRCCS	2	0	0	0	0	2
Totali	129	7	5	35	7	183

PERCORSO FORMATIVO

I Livello della Rete delle Cure Palliative: corso di 12 ore (3 giorni) a piccoli gruppi (max 25 discenti)

- 2 edizioni nel mese di aprile e maggio 2013, 2 edizioni nei mesi di novembre e dicembre 2013, 2 nel 2014, 2 nel 2015 , 1 nel 2016

PERCORSO FORMATIVO

per i MMG In collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie

per i 600 (598) MMG a piccoli gruppi (max 25 discenti) attraverso i 41 Nuclei di Medicina Generale – 20 aprile, 11 maggio e 18 maggio 2013 – 24 INCONTRI

Altre edizioni in AUSL nel 2017

2017 : 2 edizioni presso L'Azienda Ospedaliera Universitaria S.Orsola –Malpighi – da programmarne altre 4 nel 2018

2018 : Tutti i Mercoledì pomeriggio : FORMAZIONE di 1 livello per formare il personale dei 9 presidi ospedalieri dell'AUSL di Bologna

Dipartimento	Infermieri	Ass. Sociali	Fisioterapis ti	Medici Specialisti	MMG	Totali
Oncologico	17	0	0	7	0	24
Medico	62	0	3	14	0	79
Cure Primarie	37	0	2	14	7	60
DASS	7	7	0	0	0	14
Emergenza	4	0	0	0	0	4
IRCCS	2	0	0	0	0	2
Totali	129	7	5	35	7	183

Percorso Formativo I livello

- Evoluzione e filosofia delle cure palliative
- I bisogni del paziente e caregiver
- Gestione della relazione con il care-giver del paziente
- Simultaneous palliative care
- Presentazione della Rete della cure palliative nei diversi nodi: la rete di 1 e 2 livello
- Modalità di attivazione dei diversi livelli e modulistica relativa:
 - Ambulatori
 - Consulenze




UOC Rete delle Cure Palliative (SC)
Direttore dott.ssa Danila Valenti
Direttore DATER : dott. Fabrizio Moggia

MODULO UNICO DI ATTIVAZIONE :

- Ambulatori
- Consulenze
- Colloquio famigliari
- Ricovero Hospice

GALILEO
MY SANITA'
LOG80
(SOLE)

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna		Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
MODULO DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE RETE CURE PALLIATIVE (Ambulatori/Consulenze/Hospice)		PROCEDURA AZIENDALE P043AUSLBO Mod 01 Allegato 3	

Al Responsabile
della Rete delle Cure Palliative
dell'Azienda AUSL di BOLOGNA
Dottoressa Danila Valenti
curepalliative.rete@ausl.bologna.it
Fax : 0514966150; Tel : 0516225652

Sig./ra.....
nato/a a il
residente in Via.....
Tel..... Cell..... AUSL di appartenenza.....
con diagnosi.....
condizioni attuali.....

Attualmente ricoverato/a presso l'Ospedale.....
di..... Reparto..... dal.....
 Attualmente assistito presso il proprio domicilio
 Già seguito dal Servizio Ambulatoriale di Cure Palliative:.....

Cognome, nome, n° telefono e grado di parentela del familiare
da contattare e informato della richiesta:

-
- VISITA DI PRESA IN CARICO AMBULATORIALE - preferenza:.....
 COLLOQUIO CON I FAMILIARI CONSULENZA DOMICILIO/REPARTO
 RICOVERO IN HOSPICE Il paziente avrà verosimilmente bisogno dell'Hospice

Inviare documentazione clinica: fax 0514966150 E-Mail: curepalliative.rete@ausl.bologna.it

Il Medico proponente (firma leggibile e timbro)

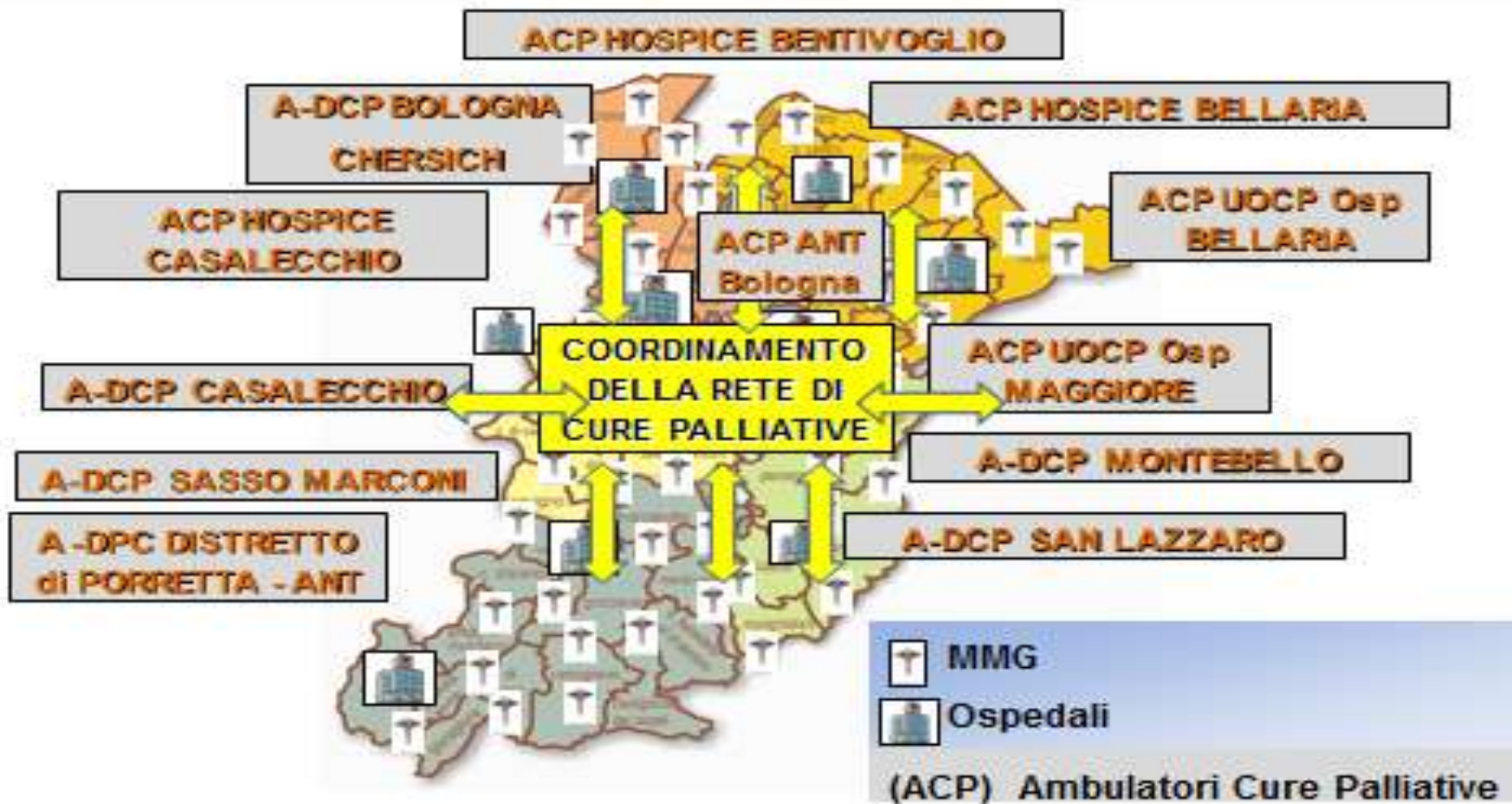
Dottor.....
Tel..... Cell.....

Richiesta inviata in data.....



La Rete delle Cure Palliative

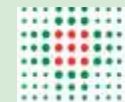
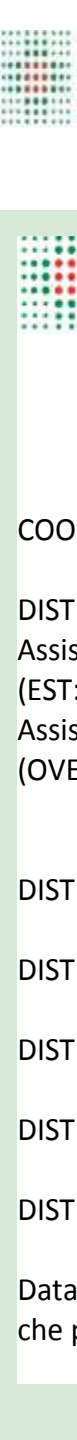
AUSL di Bologna



DISPONIBILITA' AMBULATORI CURE PALLIATIVE

DISTRETTO	SEDE	INDIRIZZO	TELEFONO	EQUIPE RIFERIMENTO (Medico, Infermiere, Fisioterapista, Psicologo)	ASSISTENTE SOCIALE	GIORNI RICEVIMENTO	ORARIO	NUMERO DISPONIBILITA'
BOLOGNA	Coordinamento Rete Cure Palliative	Ospedale Bellaria Pad. B - piano 3 Via Altura, 5 Bologna	0514966149	D. Valenti (M) Moggia, Bottazzi (I) A. Zito (P)	Pedriani Laura	Dal lunedì Al venerdì	8.30 -12.00	2 prime visite al giorno
	Rete Cure Palliative	Ospedale Maggiore Ala lunga - piano 7 L.go B. Nigrisoli, 2 Bologna	0514966149	D. Valenti (M) Moggia, Bottazzi (I)	Loretta Tognacci	mercoledì	9.00 -13.00	2 prime visite
	UO Cure Primarie San Donato					mercoledì	9,30-11,30	4 ore settimanali
CASALECCHIO	Hospice Casalecchio Fondazione Seràgnoli	Distretto di Casalecchio Via Cimarosa, 5/2 Casalecchio di Reno BO	0518909611	S. Mezzanotte (I) Fisioter. di turno Psicologo di turno		Martedì	9,30 - 12,30	
	AUSL Casalecchio	Poliambulatori Via Garibaldi,17 Casalecchio di Reno BO	051596708	S. Giordani, (M) S. Guglielmi (M) Psicologo di turno	Fiorenza Righi	mercoledì venerdì	11-13 12,30-13,30	Da definire in base al bisogno espresso
PIANURA EST	Hospice Bentivoglio Fondazione Seràgnoli	Via G. Marconi, 43 Bentivoglio	0518909611	Berzioli, Giovannini, Moroni; Possenti (M) S. Mezzanotte (I) Fisioter. di turno Psicologo di turno	Sara Taddia (EST) Gianluca Brozzi (OVEST)	Mercoledì	8,30 - 13,00 14,30 - 16,00	
PORRETTA	Fondazione ANT	Ospedale Costa Via O. Zagnoni 5 Porretta Terme BO	053420913 3355774273 3483148151	Fortuzzi (M) Personale inf. Ass. domiciliare	Barbara Niccoli	I e III Mercoledì	12.30 - 15.30	3
SAN LAZZARO DI SAVENA	AUSL S. Lazzaro	Poliambulatorio Via della Repubblica, 11 San Lazzaro di Savena BO	0516224361	C. Giuliotti (M)	Silvia Bacilieri	martedì (previo accordo telefonico)	14,30 - 16,30	2 ore settimanali

Informatizzazione della cartella clinica
Informatizzazione



ELENCO OPERATORI SOCIO SANITARI ASSISTENTI SOCIALI PER 1^ LIVELLO CURE PALLIATIVE E DI RIFERIMENTO PER INDIVIDUAZIONE DELL'OPERATORE DI 2^ LIVELLO

COORDINATORE DELLA RETE SOCIO-SANITARIA: Giovanna Manai, tel.: 051596910; g.manai@ausl.bologna.it

DISTRETTO DI BOLOGNA :

Assistente Sociale : Laura Pedrini c/o Ospedale Bellaria tel.: 05106225417 (int.: 35417) laura.pedrini@ausl.bologna.it
(EST: S. Stefano, Savena, S. Vitale - S. Donato).

Assistente Sociale : Loretta Tognacci: c/o Ospedale Maggiore tel. 051 6478679 ; l.tognacci@ausl.bologna.it
(OVEST: Borgo Reno , Porto Saragozza, Navile,).

DISTRETTO PIANURA EST: Assistente Sociale: Sara Taddia : tel 051 6662617 - s.taddia@ausl.bo.it;

DISTRETTO DI CASALECCHIO DI RENO: Assistente Sociale: Fiorenza Righi tel.: 051596910; f.righi@ausl.bologna.it;

DISTRETTO SAN LAZZARO: Assistente Sociale : Silvia Bacilieri tel.: 051 6224299 s.bacilieri@ausl.bologna.it;

DISTRETTO PIANURA OVEST: Assistente Sociale: Gianluca Brozzi tel.:051 6813409 gianluca.brozzi@ausl.bologna.it;

DISTRETTO PORRETTA: Assistente Sociale: Barbara Niccoli tel.: 053420900; b.niccoli@ausl.bologna.it.

Data la complessità dell'organizzazione dei Servizi Sociali nel territorio provinciale si ritiene opportuno che l'individuazione dell'Assistente Sociale, che potrà diventare referente del caso per l'ambito sociale e socio-sanitario, debba essere effettuata dall'operatore di 1^ livello.

COSA SI FA?

L'Equipe Multidisciplinare che opera nell'Ambulatorio di Cure Palliative Precoci :

- 1) assicura la **presa in carico globale sia del malato che della famiglia**, con **il controllo del dolore, degli altri sintomi disturbanti, il supporto alle problematiche psicologiche sociali e spirituali**
- 2) garantisce la **Prima Visita Multidisciplinare** (medico palliativista e infermiere palliativista).
- 3) garantisce l'attivazione delle altre professionalità dell'equipe di Cure Palliative (psicologo, fisiatra, fisioterapista, nutrizionista, etcc)
- 4) garantisce la **valutazione della consapevolezza della diagnosi e della prognosi** del paziente e della famiglia
- 5) supporta il percorso di comunicazione della diagnosi e della prognosi
- 6) **supporta il paziente , la famiglia e il medico nei processi decisionali**
- 7) garantisce **i contatti telefonici programmati necessari nella titolazione dei farmaci** per il controllo del dolore e degli altri sintomi, i contatti telefonici per il supporto psico-relazionale ,
- 8) garantisce e programma i controlli clinici e/o i contatti successivi
- 9) garantisce **i colloqui con la famiglia** per allineare le informazioni e per valutare i bisogni psicologico-relazionali dei familiari.
- 10) garantisce il supporto relazionale e se necessario psicologico (attivando lo psicologo dell'equipe di cure palliative) al care giver e agli altri familiari.
- 11) **contribuisce a contenere il ricorso a terapie inappropriate e ad approcci di ostinazione diagnostica e terapeutica negli ultimi mesi di vita**
- 12) assicura **l'accompagnamento del paziente e della famiglia nell'accettazione della fase avanzata di malattia finalizzato al raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per il malato e per la famiglia;**
- 13) registra gli interventi, le valutazioni relative alla consapevolezza e l'evoluzione delle stesse nel corso della malattia;
- 14) garantisce **contatti e confronti telefonici e via mail periodici con l'MMG, il Medico e l'Infermiere segnalanti e con il Centro di Coordinamento della Rete della Cure Palliative dell'AUSL di Bologna;**
- 15) garantisce la continuità delle cure (**confrontandosi con l'MMG per attivare la modalità più adeguata di assistenza domiciliare) e valuta l'inserimento in pre-lista per l'Hospice;**

Percorso di Cure Palliative

Paziente Oncologico in fase metastatica di malattia

Dip. Oncologico
Amb./DH/Deg.

Dip. Medico
Amb./DH/Deg.

Altri Dipartimenti
Amb. Spec. Osped./Terr.

Domicilio
MMG/P.CAP/Famiglia

Modulo unico di
attivazione

Centrale di Coordinamento della Rete delle Cure Palliative

Performance
Status
80/50

Performance
Status
80/20

Performance
Status
<50

Ambulatorio Cure
Palliative Precoci

Consulenza
Ospedaliera

Assistenza
Domiciliare

Inserimento in
PRE LISTA
Hospice

Hospice

Decesso



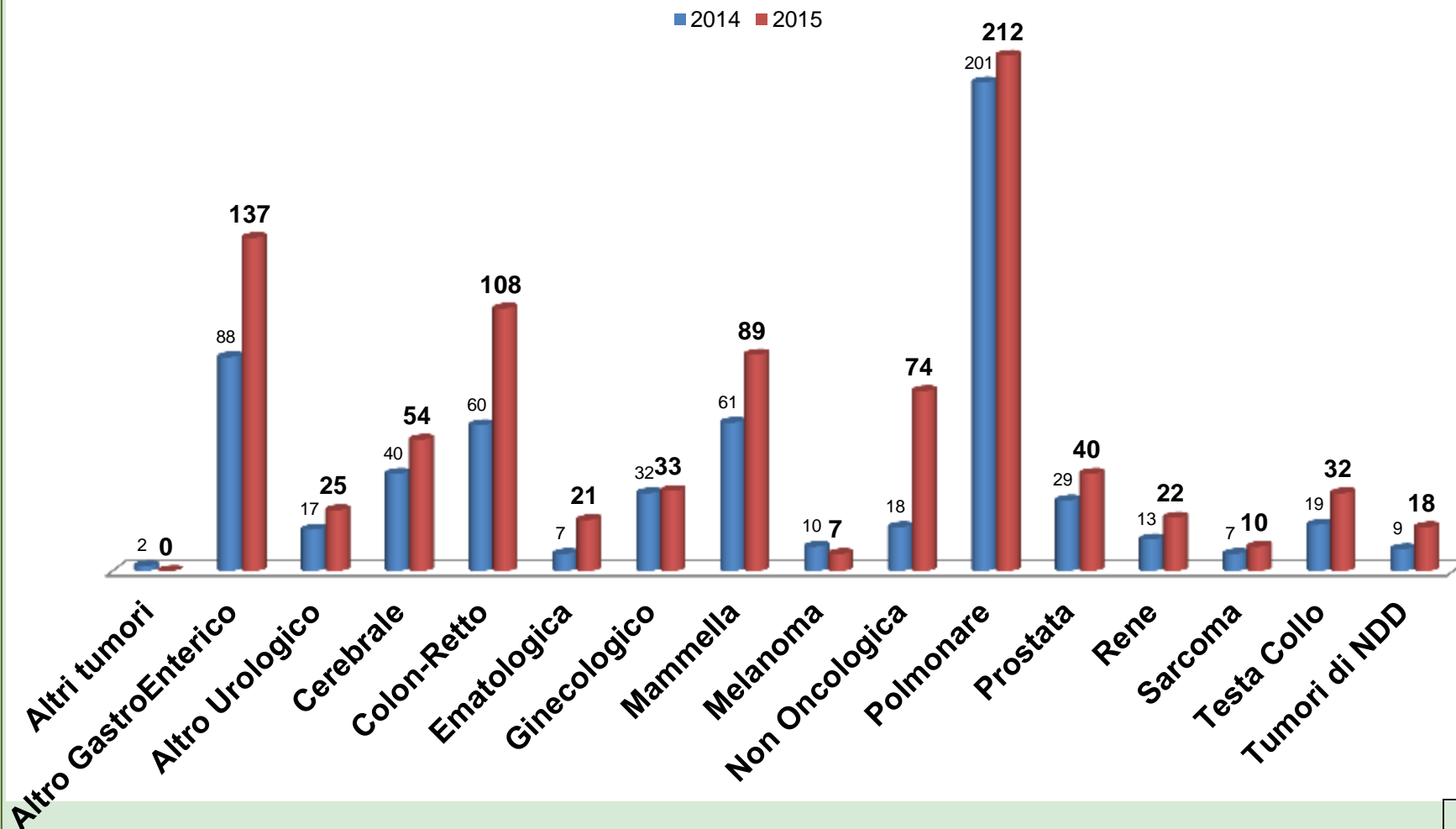
TREND DI PRESE IN CARICO





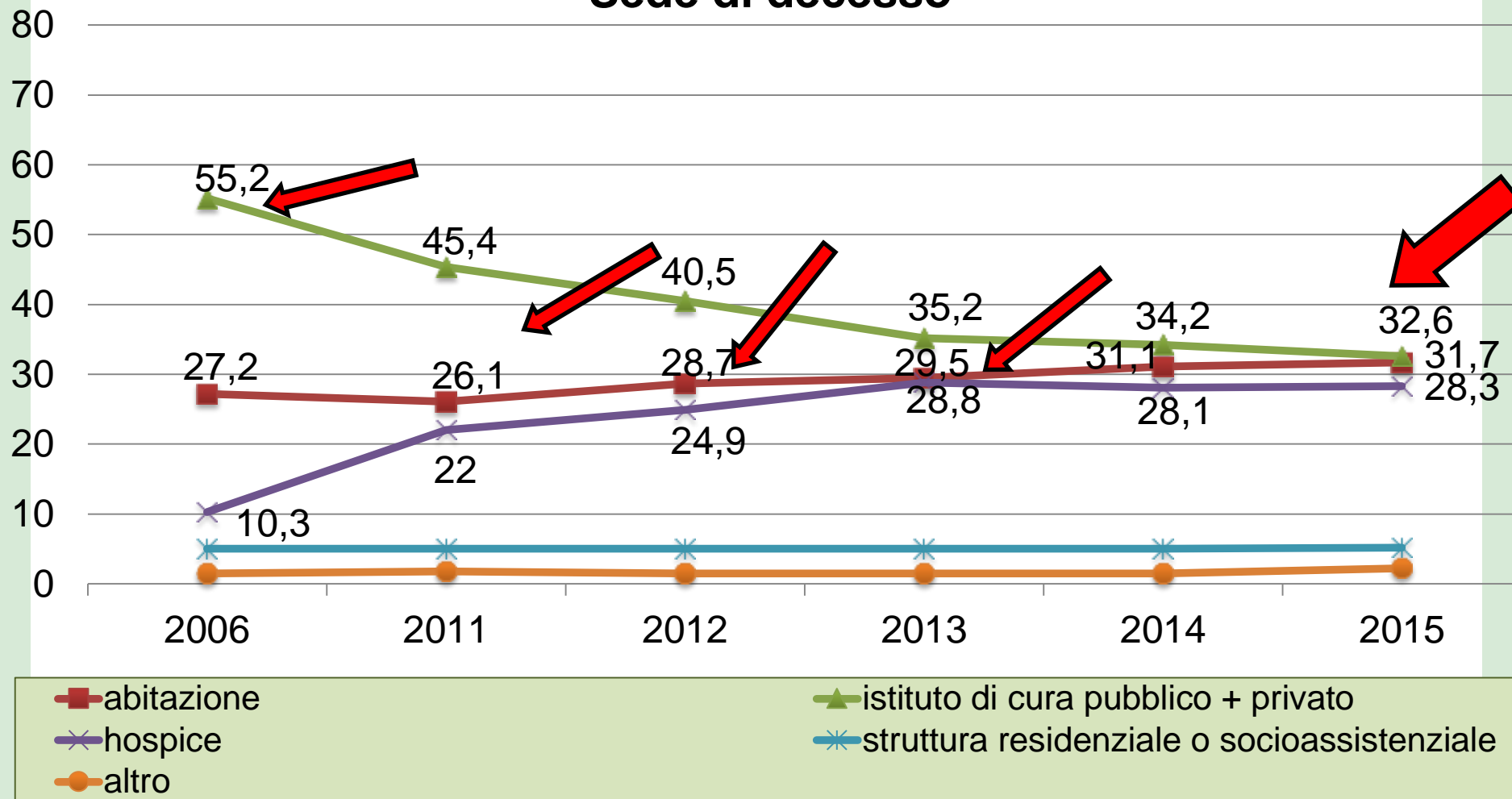
Rappresentazione delle diagnosi principali comparate per anno, 2014 e 2015 :
862 Pazienti nel 2014 e **883** Pazienti nel 2015 (di cui **ONCOLOGICI 751**)

TIPOLOGIA PATOLOGIE PREVALENTI 2014 - 2015



Andamento dal 2006 al 2015 della sede di decesso dei
2996 pazienti oncologici - AUSL di BOLOGNA

Sede di decesso



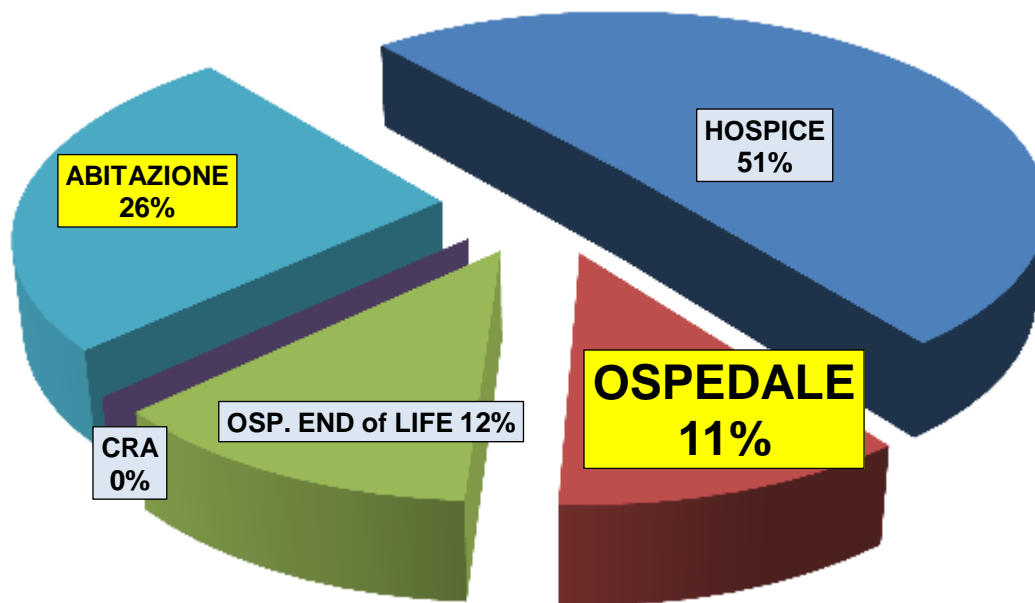
.....dal 2011 al 2015 i decessi in ospedale si sono ridotti dal 45,4 % al 32,6 % .



Attività dell'anno 2015: 883 Pazienti e Famiglie presi in carico
Sede di decesso dei 410 pazienti deceduti al 31/12/2015 degli 883 Presi in carico

SEDE di DECESSO al 31 dicembre 2015

■ Hospice ■ Ospedale ■ Osp. EoL ■ CRA ■ Abitazione



AGGIORNAMENTO ANNUALE
ASSISTENZA DOMICILIARE PER TIPOLOGIA E CLASSI DI ETÀ
PAZIENTI, ACCESSI E PRESTAZIONI PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA
SOLO CASI ONCOLOGICI

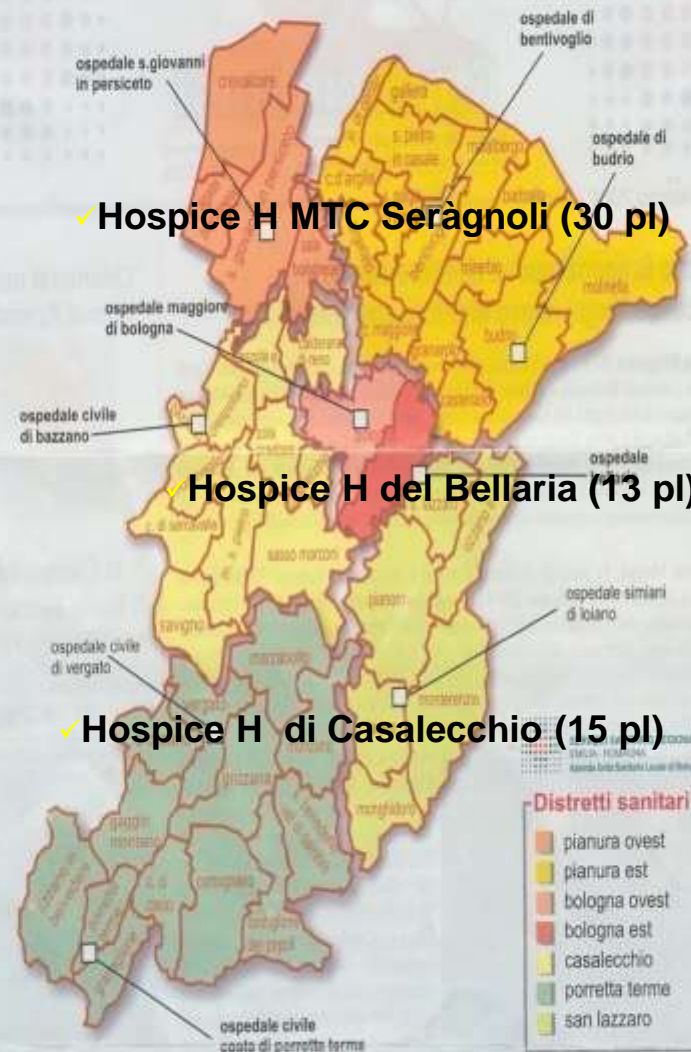
(Inoltre vengono elaborati e sono stati considerati i controlli con almeno un accesso medico, i TAD infermieristici occasionali con almeno un accesso infermieristico e i TAD infermieristici continuativi con almeno 2 accessi infermieristici. I controlli di tipo medico sono stati appagati in base al NCP per medico, quelli infermieristici in base al SID di presa in carico)

Tumori

ADE	Anno 2014	Anno 2014					Anno 2015						
		numero pazienti	numero accessi medici	media accessi medici	numero accessi inferm.	media accessi inferm.	numero pazienti	numero accessi medici	media accessi medici	numero accessi inferm.	media accessi inferm.		
ADE.1	<65	5	56	11,20	4	1,20	8	36	4,50	37	4,62		
	65 - 74	7	143	20,43	51	7,29	121	9	305	25,42	115	12,70	
	>74	17	263	15,47	99	5,82	178	26	348	13,42	226	8,69	
ADE.2	<65	36	734	20,41	571	15,22	2.040	20	338	16,90	215	10,75	
	65 - 74	42	803	19,12	551	13,12	1.562	37	692	18,64	581	15,70	
	>74	305	2.375	22,64	1.794	16,70	3.668	99	1.807	18,25	1.437	14,52	
ADE.3	<65	54	874	16,19	1.401	25,94	4.941	52	888	17,08	1.291	24,83	
	65 - 74	74	1.629	21,89	1.128	15,24	2.444	53	887	16,73	889	16,11	
	>74	385	1.211	20,11	2.269	13,76	4.447	125	2.267	18,14	2.339	18,71	
Totale ADE		489	18.191	20,42	7.827	15,68	18.289	436	7.372	17,14	7.127	16,57	
ADP - ADI	<65	12	133	11,08	34	2,83	73	21	200	9,59	67	4,41	
	65 - 74	34	596	17,53	274	8,38	688	69	804	11,63	354	6,00	
	>74	259	1.614	14,66	1.398	5,56	2.294	259	1.671	14,17	1.294	5,00	
ADI	<65	4	137	34,25	3	0,75	3	4	16,00	0	0,00		
	65 - 74	6	138	23,00	10	1,11	12	4	74	18,50	11	1,83	
	>74	66	975	16,25	43	0,75	35	49	656	13,45	38	0,70	
Totale ADP - ADI		268	3.635	15,27	1.758	4,76	3.225	298	5.486	13,71	1.794	4,51	
ANT	<65	398	6.575	16,56	6.894	17,30	18.371	467	6.872	14,72	7.189	15,39	
	65 - 74	459	8.549	18,60	6.962	19,92	13.295	520	9.288	17,85	9.343	17,97	
	>74	752	14.348	19,07	12.786	16,98	18.808	741	13.152	17,75	13.104	17,60	
Totale ANT		1.609	29.472	18,50	26.644	17,58	42.474	1.728	29.304	16,96	29.636	17,15	
INF	CONTINUATIVA	<65	42	0	0,00	734	17,48	1.689	81	0	0,00	1.581	19,52
		65 - 74	47	0	0,00	576	12,26	1.345	61	0	0,00	838	13,74
		>74	96	0	0,00	1.396	15,51	3.895	94	0	0,00	1.892	13,22
	OCASIONALE	<65	9	0	0,00	12	1,33	15	18	0	0,00	24	1,33
		65 - 74	18	0	0,00	51	2,83	84	23	0	0,00	36	1,57
		>74	46	0	0,00	138	2,17	151	45	1	0,02	54	1,20
Totale INF		252	0	0,00	2.809	11,38	6.379	322	1	0,00	3.588	11,14	
Totale aziendale		2.712	45.288	16,70	41.896	15,15	71.287	2.878	42.133	14,64	42.345	14,64	

Equipe dedicate e guardia h 24 insieme al Terzo settore

I distretti dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

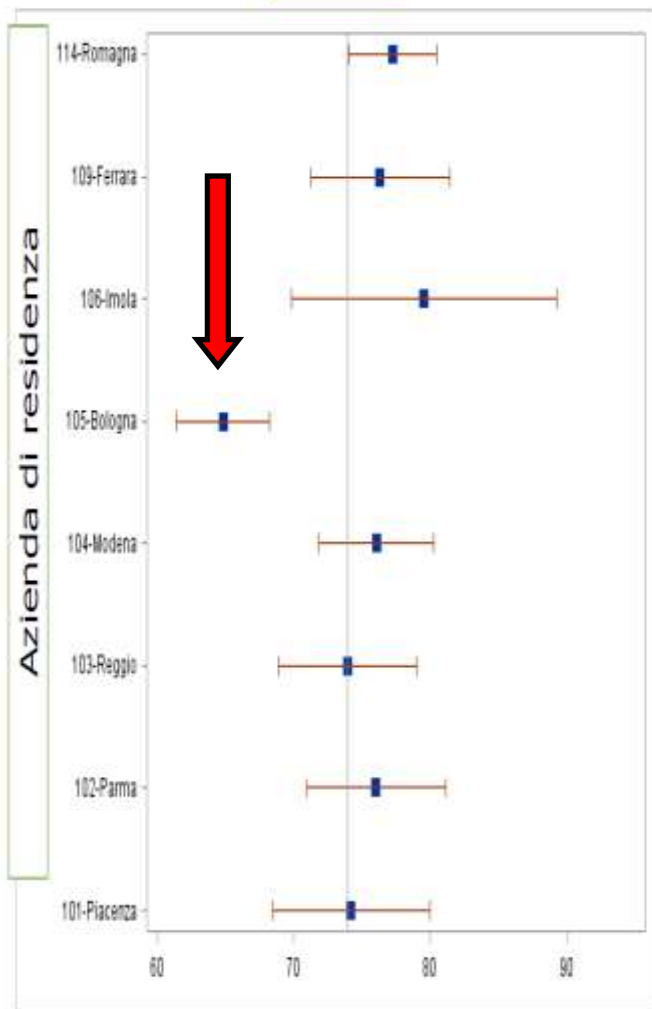


Rete di Hospice sviluppata

per azienda di residenza

RER 74%

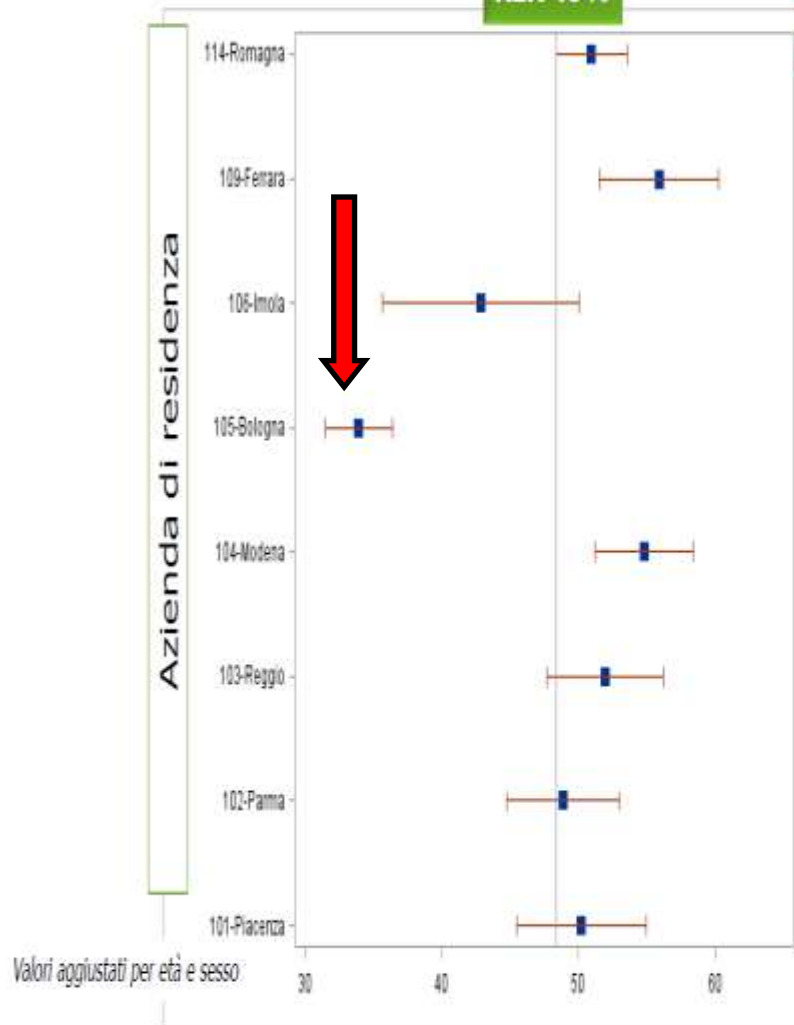
Anno 2015



tassi standardizzati per sesso ed età

RER 48%

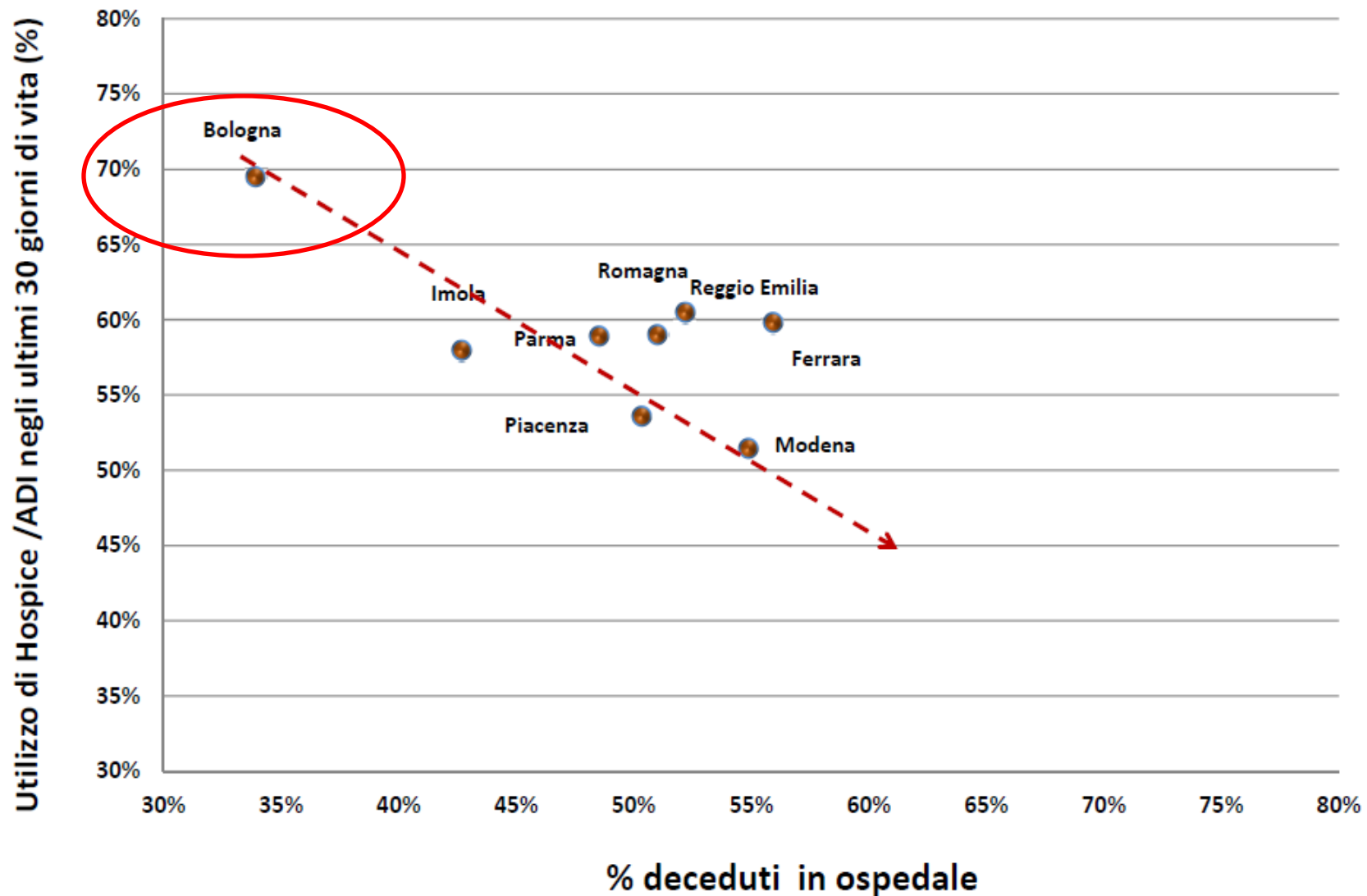
Anno 2015



Valori aggiustati per età e sesso

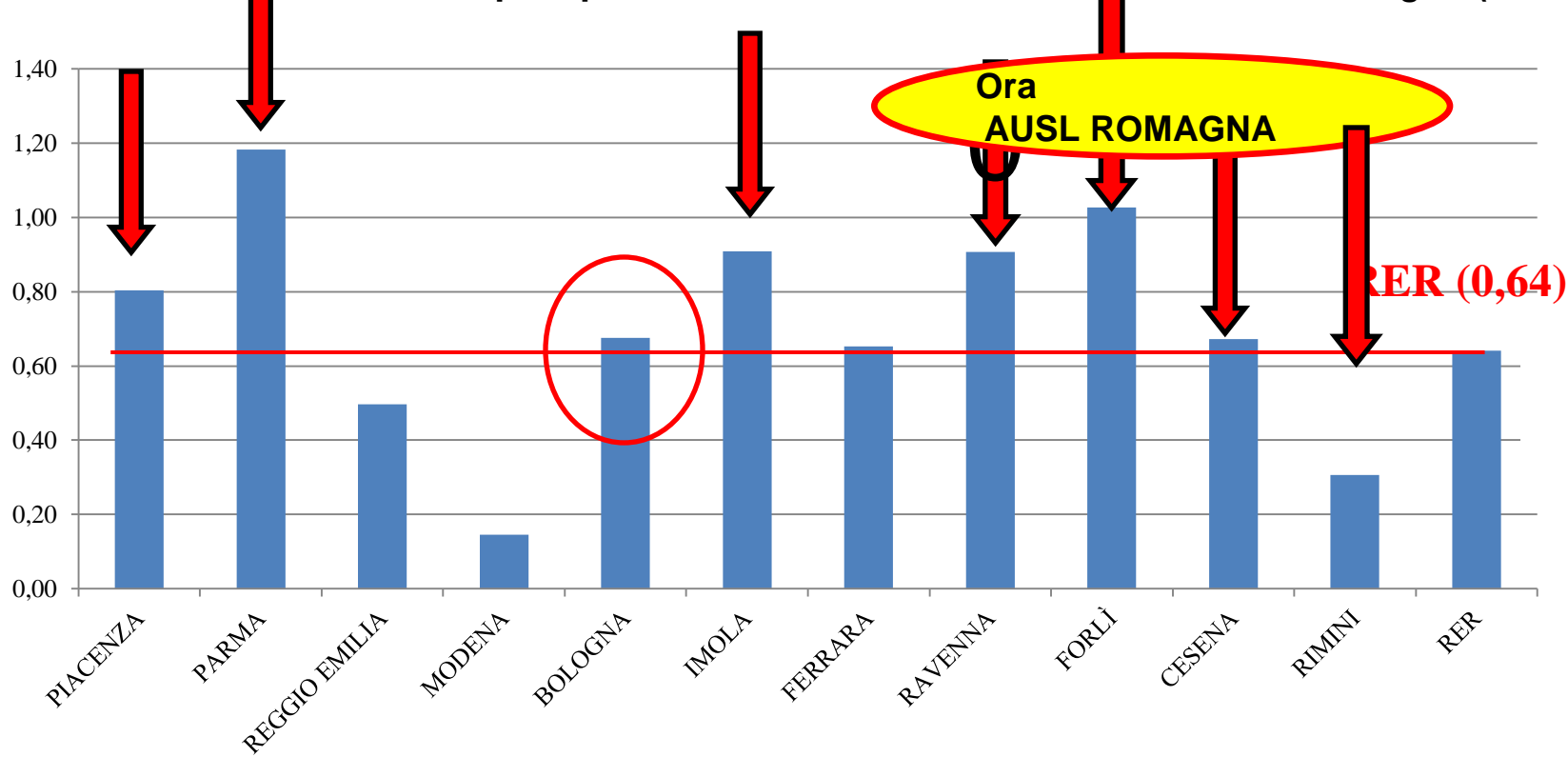
Bologna ha la % di decessi intra-ricovero significativamente più bassa
mentre Modena e Ferrara la più elevata

Variabilità del rapporto tra uso di Hospice e ADI nell'ultimo mese di vita e decesso ospedaliero nelle aziende di residenza dei pazienti





Dotazioni di PL di hospice per 10.000 abitanti nelle ASL dell'Emilia Romagna (2013)



Fonte: Modello Ministeriale: STS11 - Tipo Assistenza: S12 - Assistenza ai malati terminali

OECE2018 ONCOLOGY DAYS

Supportive and Palliative Care Working Group Session

June 20th

IBB Andersia Hotel

Room Ibiza

A survey of palliative care services in OECE certified Centres

The meeting aims to present, discuss and launch a survey on how supportive and palliative care is organised in all the OECE certified Centres, standardising the approaches at European level.

The survey will be the basis on which to realise a reference document for cancer patients and European cancer Centres/Institutes on a common view of supportive and palliative care.

15.00-15.20 OECE Supportive and Palliative Care working group: objectives and future working plan

Tiina Saarto

15.20-15.40 Mission of the Palliative Care Services in the OECE Members.
A survey of the present status of Palliative Care in OECE certified Cancer Centres

Tiina Saarto

15.40-16.20 Discussion

16.20-17.20 European network of Oncology and Palliative Care Services:
a shared vision of modern palliative care of cancer patients

16.20-16.35 *Matti Aapro - ECCO (to be confirmed)*

16.35-16.50 *Stein Kaasa - ESMO*

16.50-17.05 *Daniela Valenti - EAPC*

17.05-17.20 Discussion

17.20-17.40 A common research program of the OECE Institutes and research collaboration between European Oncology and Palliative Care Organisations

Stein Kaasa

17.40-18.00 Discussion and conclusion

POZNAŃ 2018 GENERAL ASSEMBLY, SPECIALIZED CONFERENCES AND RELATED EVENTS

Poznań, Poland

June 19th - 22nd 2018

40th
ANNIVERSARY
OECE



PUNTI di FORZA

- 2) REGIONE RER che ha PROMOSSO gli Ambulatori di CPP
- 3) ONCOLOGIE MOLTO COLLABORATIVE

PUNTI

- 1. Insufficiente analisi dei Pazienti che decedono in ospedale (il 60% non era in possesso dell'esenzione 048 ; verosimile cut off sotto il quale non è possibile scendere)
- 2. Insufficiente analisi delle chemioterapie

AREE di MIGLIORAMENTO

- 1. MIGLIORAMENTO della "PRECOCITA'
- 2. Migliore definizione dei ruoli (Oncologo – Palliativista)
- 3. **Contatti sistematici** dei palliativisti con Oncologi/MMG
- 4. **Maggiore omogeneizzazione** delle modalità di

CRITICITA'

- 3. Partecipare a tutti i **Meeting multidisciplinari di Patologia Oncologica** (e chiarire sul campo la definizione dell'aggettivo **palliativo** : *veramente utile per migliorare la QoL*

CONDIVISIONE della STRATEGIA COMUNICATIVA



SOLIDA ORGANIZZAZIONE con Intelligenza di Rete

CENTRALE OPERATIVA di COORDINAMENTO, con un responsabile con RUOLO e strumenti di COORDINAMENTO

Sviluppo integrato delle Cure Palliative di Base (con formazione sistematica) e Cure Palliative Specialistiche Dedicare

Sviluppo integrato con il Terzo Settore, risorsa notevolissima e imprescindibile, che va tuttavia governata

Obiettivi chiari, concordati e coinvolgenti tutti i nodi della Rete per potere fare valutazioni di efficacia

Riferimento H 24 per le Cure Palliative

GAP di CALMAN

SOSTENERE
UNA
SPERANZA

Calman's GAP



NON ALIMENTARE
UN ILLUSIONE