



REGIONE DEL VENETO

L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA: DALLO IOV AL TERRITORIO

Leonardo Trentin

Piano Oncol Nazionale 2011-2013 e
Intesa Conferenza Stato-Regioni 30/10/2014
Documento di indirizzo (PDTA e Reti) 2014-2016

... presa in carico globale sin dall'inizio ... approccio multidisciplinare...con inserimento precoce delle cure palliative per il controllo dei sintomi...

...il modello delle cure simultanee è il più accreditato per la QoL e la sopravvivenza

...assicurare continuità assistenziale tra H, Cure primarie e cure palliative

...risultati ottimali con approccio multidisciplinare (oncologia ... cure palliative ... psiconcologia ... scienze infermieristiche)

RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

Conferenza Stato/Regioni 25.07.2012

Aggregazione funzionale integrata di attività di Cure Palliative in “3H” per la consulenza di cure palliative al fine di:

- Controllare i sintomi
- Ottimizzare i PDTA
- Identificare il setting appropriato
- Garantire la continuità assistenziale

DGR 553 30.04.2018

«Percorso Integrato di Cura a
supporto dello sviluppo della rete di
cure palliative»

PERCHE' PROCEDURE INTEGRATE A LIVELLO REGIONALE

- NOTEVOLE DISOMOGENEITA' TRA LE AULSS DEL VENETO NELLA GESTIONE DEI PERCORSI DI CP E I CONSEGUENTI RISULTATI CONSEGUITI
- LE EVIDENZE SCIENTIFICHE RICONOSCONO L'UTILITA' DELL'APPROCCIO PALLIATIVO, SPECIE SE LA PRESA IN CARICO AVVIENE NELLE FASI PRECOCI DELLA MALATTIA EVOLUTIVA

Criteri per l'accesso alle cure simultanee

MALATTIA AVANZATA NON TERMINALE

TRATTAMENTI ANTITUMORALI IN ATTO

INDICE DI KARNOFSKY ≥ 50

PRESENZA DI SINTOMI COMPLESSI

NECESSITA' DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE

DISTRESS PSICOLOGICO

SISTEMA EPIDEMIOLOGICO REGIONE VENETO

Nel 2009-2010 il 65% dei pazienti oncologici sono deceduti in ospedale con provvedimenti diagnostici e terapeutici di costo “aggiuntivo”

70% dei pazienti neoplastici sono stati ricoverati in ospedale nell'ultimo mese

I programmi di cure simultanee necessitano della presenza di Palliativisti nei Dipartimenti Oncologici per una continuità di cura intra- ed extraospedaliera integrata con l'attivazione dell'assistenza primaria

Applicazione e monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in Cure Palliative nei vari ambiti assistenziali
Coordinamento Terapia del Dolore e Cure Palliative Regione Veneto 2012

Il Nucleo di Cure Palliative, coinvolgendo UU.OO.

Ospedaliere e Distrettuali, promuove la realizzazione dei PDTA in Cure Palliative e definisce le modalità con cui il malato viene assistito nella rete dei servizi.

La realizzazione dei *PDTA* richiede la definizione:

1. delle caratteristiche dei malati;
2. della successione delle azioni che compongono il *PDTA*;
3. delle competenze, dei ruoli e dei compiti degli operatori;
4. dei percorsi di audit finalizzati a coadiuvare i processi di miglioramento.

RETE CURE PALLIATIVE

MMG, Ospedale,
Strutture residenziali,
Utente

COT
UOCP

AMBULATORIO
DI CURE

UVMD - PAI

Paziente a
bassa intensità

Paziente oncologico
in fase avanzata
In terapia antitumorale

Cure Palliative
di base (MMG)

Paziente a
Elevata intensità

Cure Palliative
Simultanee con
Oncologo, UCP e MMG

Ambulatorio
e domicilio

Cure Palliative
specialistiche
(UCP e NCP)

Ambulatorio
e domicilio

Domicilio e
Hospice

Documento di sviluppo Cure Palliat
e lotta al Dolore 2015
Coordinamento Regione Veneto

Cure Palliative: un approccio terapeutico ed assistenziale finalizzato al controllo dei sintomi, per migliorare la qualità della vita del malato

Simultaneous care: rappresenta un modello organizzativo in ogni fase della malattia per garantire la continuità di cura

Tre scenari in continuità

Cure palliative di base: MMG, infermieri e la consulenza del NCP

Cure palliative simultanee: malati in fase avanzata di malattia, condizione clinica complessa per sintomi difficili, distress psicologico, necessità di nutrizione artificiale o riabilitazione. Modalità integrata di presa in carico ad opera dell'U.O. di Oncologia, dell'UCP e del MMG, attivazione di ambulatorio di cure simultanee per la valutazione dei bisogni, la condivisione con il malato degli obiettivi e la pianificazione di cura. Il setting assistenziale può essere ambulatoriale o domiciliare

Cure di fine vita: accompagnamento del malato e famiglia nelle ultime settimane, ultimi mesi di vita, attraverso il controllo del dolore e dei sintomi, il supporto psicologico, sociale e spirituale. NCP con i MMG e il volontariato. I setting assistenziali preferenziali sono il domicilio e l'Hospice

Programma di lavoro IOV- ULSS 16

Ottimizzare il percorso di cura del malato “fragile” con:

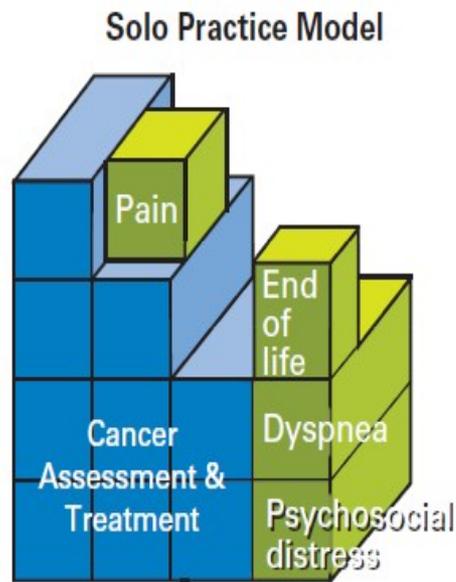
1. la segnalazione al MMG,
2. l'attivazione distrettuale dei Nuclei di Cure Palliative (NCP),
3. la presa in carico territoriale (domiciliari o residenziali) con percorsi “preferenziali” sulla base della segnalazione dei medici dello IOV
4. flusso informativo (MMG, NCP, IOV) per aggiornare rapido mutamento delle condizioni cliniche indotto dall'evolversi della malattia

Migliorare le cure, razionalizzare i costi
(principio di giustizia)

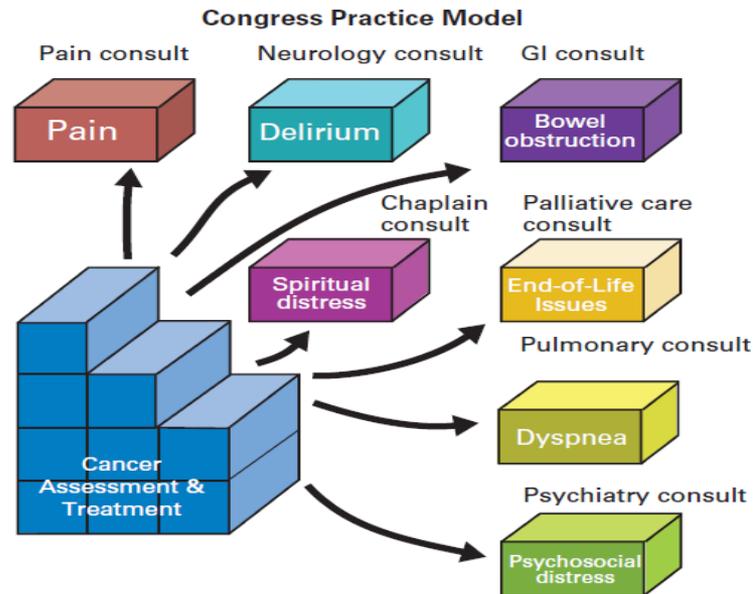
**Non effettuare trattamenti oncologici nei
pazienti con tumori solidi con le seguenti
Caratteristiche**

- basso PS (ECOG >3);
- nessun beneficio da precedenti trattamenti E-B.M.;
- non siano arruolabili in studi clinici;
- non vi sia una forte evidenza che sostenga clinicamente un ulteriore trattamento anti-cancro.

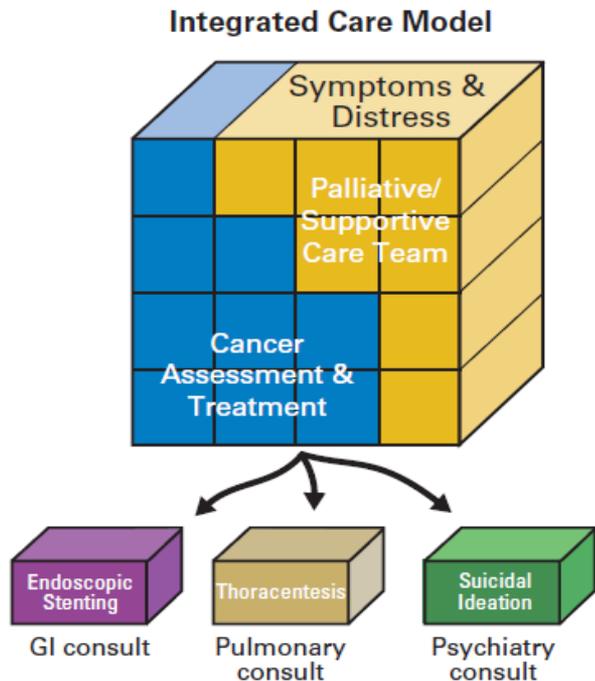
A



B



C



A. L'oncologo cerca di prendersi cura di tutti gli aspetti relativi al paziente

B. L'oncologo si concentra su valutazione e trattamento del cancro e si riferisce a diversi specialisti per altri problemi del paziente

C. L'oncologo collabora a stretto contatto con il team interdisciplinare di cure palliative per fornire la cura completa del cancro

I malati da avviare ad un programma di cure simultanee rispondono ai seguenti criteri

1. Malattia avanzata, non terminale
2. Terapie antitumorali in corso
3. Necessità di ricevere cure continuative
4. Presenza di quadri clinici complessi, quali:

Dolore Disfagia Fistolizzazione tracheo-esofagea Dispnea

“Torace congelato” “Pelvi congelata” Carcinomatosi meningeae, peritoneale

Occlusione vie digerenti Sindrome epatorenale con ascite

Trombizzazione grossi vasi arti, linfostasi con edema e trasudato

Deficit neurologici centrali e periferici

Fratture Colonizzazione cutanea Denutrizione Distress psicologico

Ambulatorio di cure simultanee nel Dipartimento Oncologico

medico palliativista, oncologo medico, nutrizionista
clinico, psicologo, infermiere case manager

OBIETTIVI:

- facilitare il graduale passaggio dalle terapie attive alle cure palliative, presa in carico a domicilio con il più appropriato setting di cura per i malati in fase avanzata-terminale di malattia**
- evidenziare i bisogni del paziente
- condividere gli strumenti per una corretta valutazione del dolore e degli altri sintomi
- condividere all'interno della rete le informazioni sul paziente e le successive decisioni

**La decisione di sospendere le terapie antitumorali è una competenza dell'oncologo

Termometro del Distress

“disagio per problemi fisici con punteggio ≥ 4 ”

Il paziente viene avviato al palliativista:

- Rilevazione del dolore NRS**
- Performance Status (Karnofsky/ECOG)**
- ESAS**
- PaP score**
- SVAMA sanitaria**

PERFORMANCE STATUS DI KARNOFSKY

Attività lavorativa	ATTIVITA' QUOTIDIANE	CURA PERSONALE	sintomi supporto sanitario	
 Completa	 Completa	 Completa	Nessuno	100
Lieve difficoltà	Lieve difficoltà a camminare	Completa	Segni /sintomi "minori" (*1) ± calo ponderale ≤ 5% ± calo energie	90
Difficoltà Lieve grave	Difficoltà lieve moderata a camminare o/o guidare	Lieve difficoltà	"Alcuni" (*2) segni/sintomi ± calo ponderale ≤ 10% ± moderata ↓ energia	80
Inabile	Difficoltà moderata (si muove prevalentemente a casa)	Moderata difficoltà	"Alcuni" segni/sintomi ± grave ↓ energia	70
	Grave difficoltà a camminare e guidare	Difficoltà Moderata grave	Segni/sintomi "maggiori" (*3) ± grave calo ponderale > 10%	60
	Alzato per più 50% ore del giorno	Grave difficoltà	Supporto sanitario frequente (paziente ambulatoriale)	50
	A letto per più 50% ore del giorno	Limitata cura di sé	Assistenza sanitaria straordinaria (per frequenza e tipo di interventi)	40
	Inabile	Inabile	Indicazione al ricovero o ospedalizzazione a domicilio Supporto Sanitario molto intenso	30
			Grave compromissione di una o più funzioni	20
			Rapida progressione processi biologici mortali	10
			Morto	0

Per ogni sotto-area del Karnofsky Performance Status apporre una crocetta in matita.
Assegnare il livello complessivo in base a criterio maggioritario, tenendo conto della valenza maggiore (priorità) di "attività quotidiane" e "cura personale".

Edmonton Symptom Assessment Score

Dolore	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggiore dolore possibile
Stanchezza	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore stanchezza possibile
Nausea	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore nausea possibile
Depressione	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore depressione possibile
Ansia	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore ansia possibile
Sonnolenza	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore sonnolenza possibile
Mancanza di appetito	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore inappetenza possibile
Malessere	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggiore malessere possibile
Difficoltà a respirare	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore difficoltà a respirare possibile
Altro	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggiore possibile

Cognome e nome del paziente _____

Data di compilazione _____

- Compilato da me stesso o da me dettato a qualcuno
- Compilato da un medico o un infermiere
- Compilato da un familiare

Motivo della compilazione da parte del medico, o dell'infermiere o del familiare:

- rifiuto del paziente
- problemi fisici/cognitivi gravi del paziente
- problemi organizzativi
- altro motivo (specificare) _____

CASE MANAGER: out- ed inpatient

- Collegamento informatico IOV/territorio con piattaforma in Galileo
- Segnalazione x UVMD
- Flusso informativo con schede di valutazione concordate e bisogni da soddisfare
- Verifica informatica a 7 gg

COMITATO REGIONALE VENETO DI BIOETICA

“Appropriatezza delle cure per i pazienti oncologici in fase avanzata
malattia”

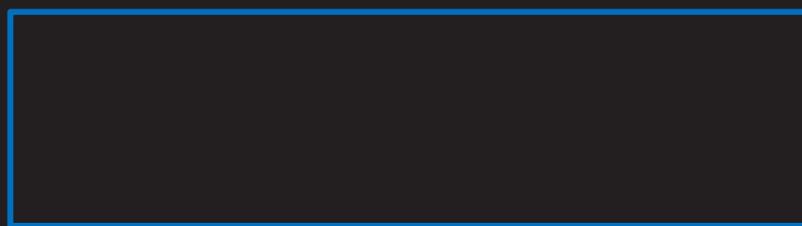
La continuità assistenziale richiede:

- omogeneità di protocolli e procedure
- precoce attivazione della rete di cure palliative (cure simult)
- condivisione dei criteri di selezione per attività multidisciplinare
- integrazione ospedale-territorio
- rispetto delle singole competenze
- indicatori di valutazione

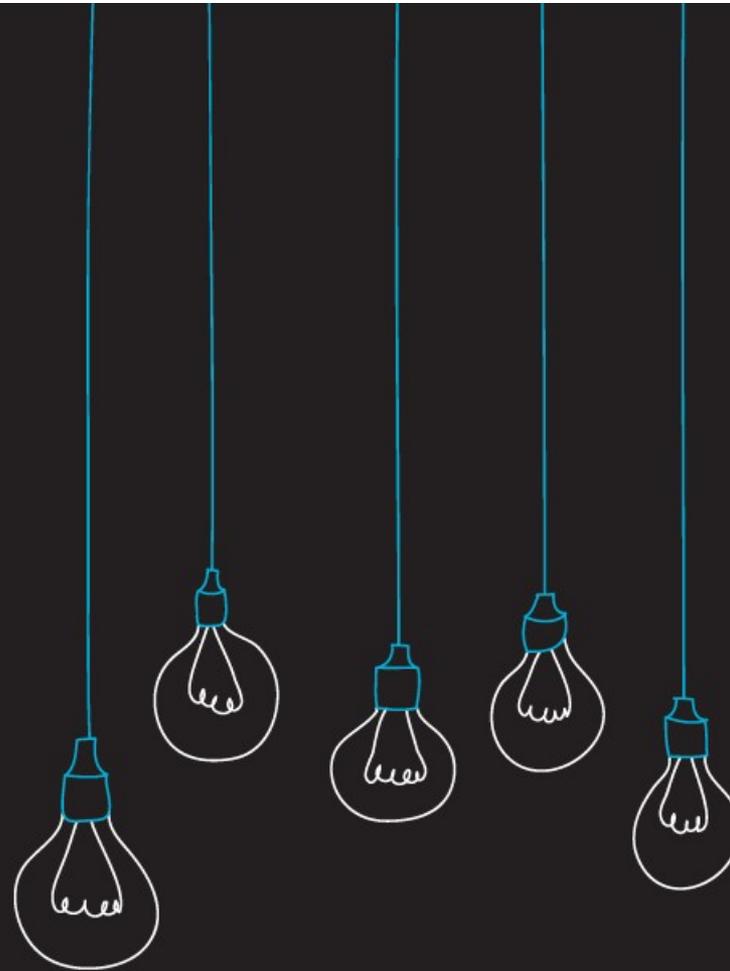
TAKE HOME MESSAGE

I pazienti che accedono precocemente ad un programma di cure palliative vanno incontro potenzialmente a minori costi e migliori risultati clinici: messaggio convincente per sanitari, amministratori e cittadinanza

N ENGL J MED, 369; 24, 2013



SEGNALAZIONI
Area Omogenea
Degenze
- anno 2017



elaborazione dei dati

Fonti delle informazioni:

- Cartelle informatizzate *Oncosys*
- Piattaforma informatica “*Extranet ULSS16*” (in condivisione con COT Padova e Distretti ex-ULSS16; permette collegamento ad anagrafe regionale)

Elaborazione dei dati mediante uso di:

- Foglio di calcolo *Excel*
- Elaboratore statistico *R-Project*

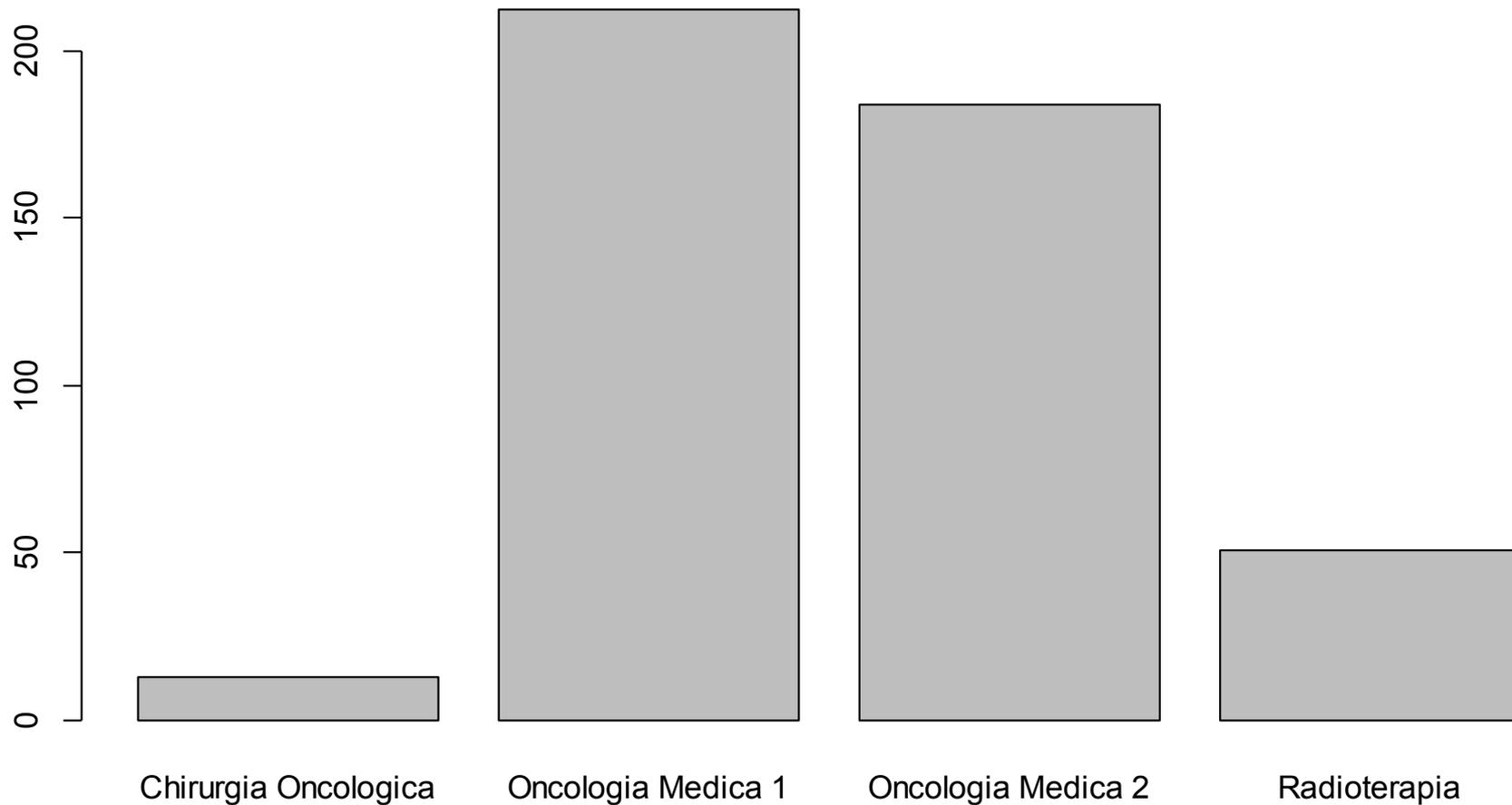
Anno 2017 → inviate alla COT **460 segnalazioni** dai reparti di degenza (su un **totale di 556 segnalazioni**, comprendendo quelle inviate dagli ambulatori di Cure Palliative e Cure Simultanee)

NOTA: alcuni pazienti sono stati **segnalati più di una volta**, in ricoveri differenti

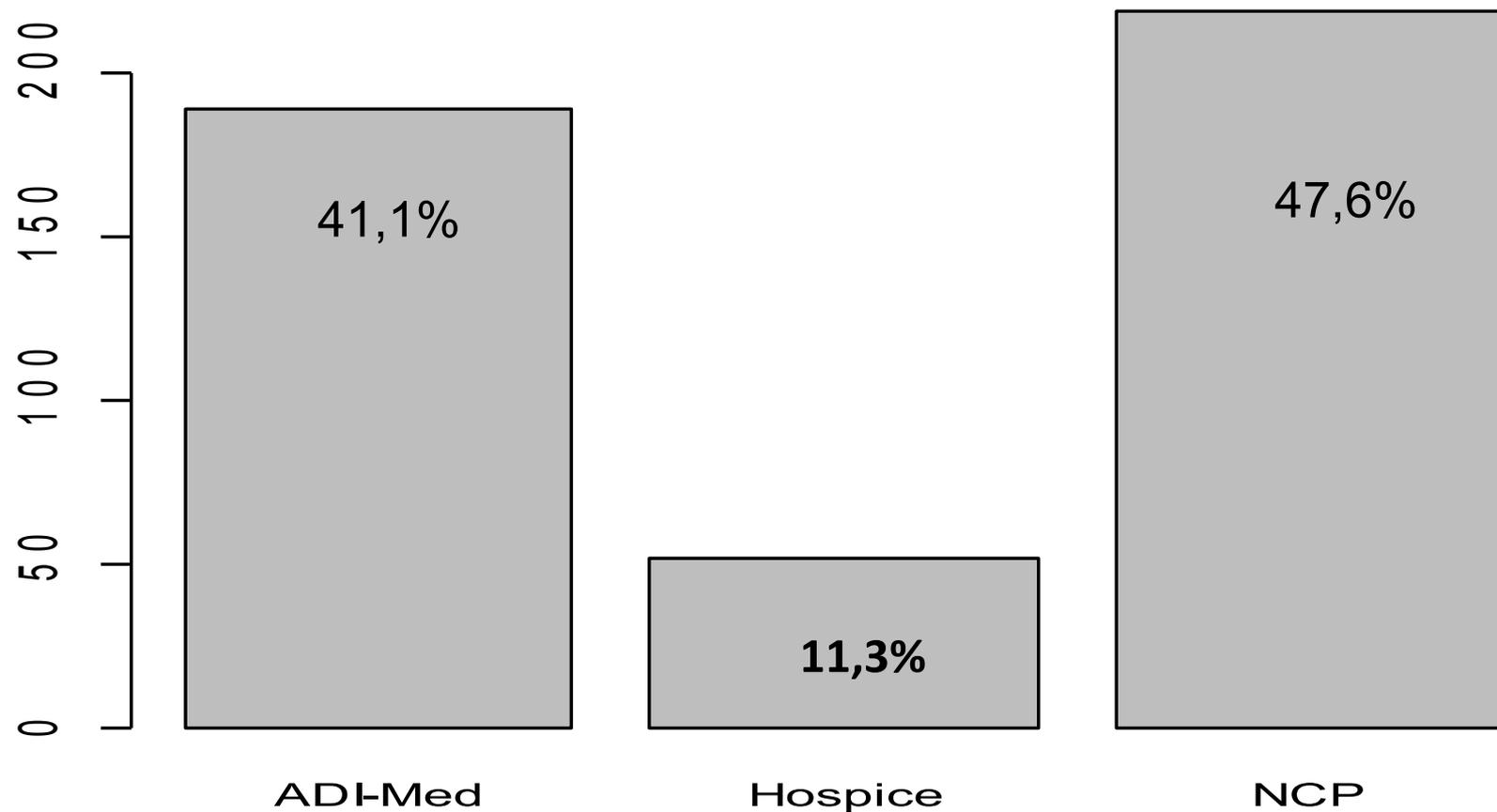
MOTIVI:

- Risegnalazioni di pazienti con servizi già attivi (per pronta ripresa in carico territoriale alla dimissione)
- Risegnalazione di pazienti per peggioramento delle condizioni cliniche e richiesta di implementazione dei servizi (es. attivazione NCP su ADI-Med, ingresso in hospice)
- Risegnalazioni di pazienti per i quali non era stato attivato alcun servizio alla precedente segnalazione

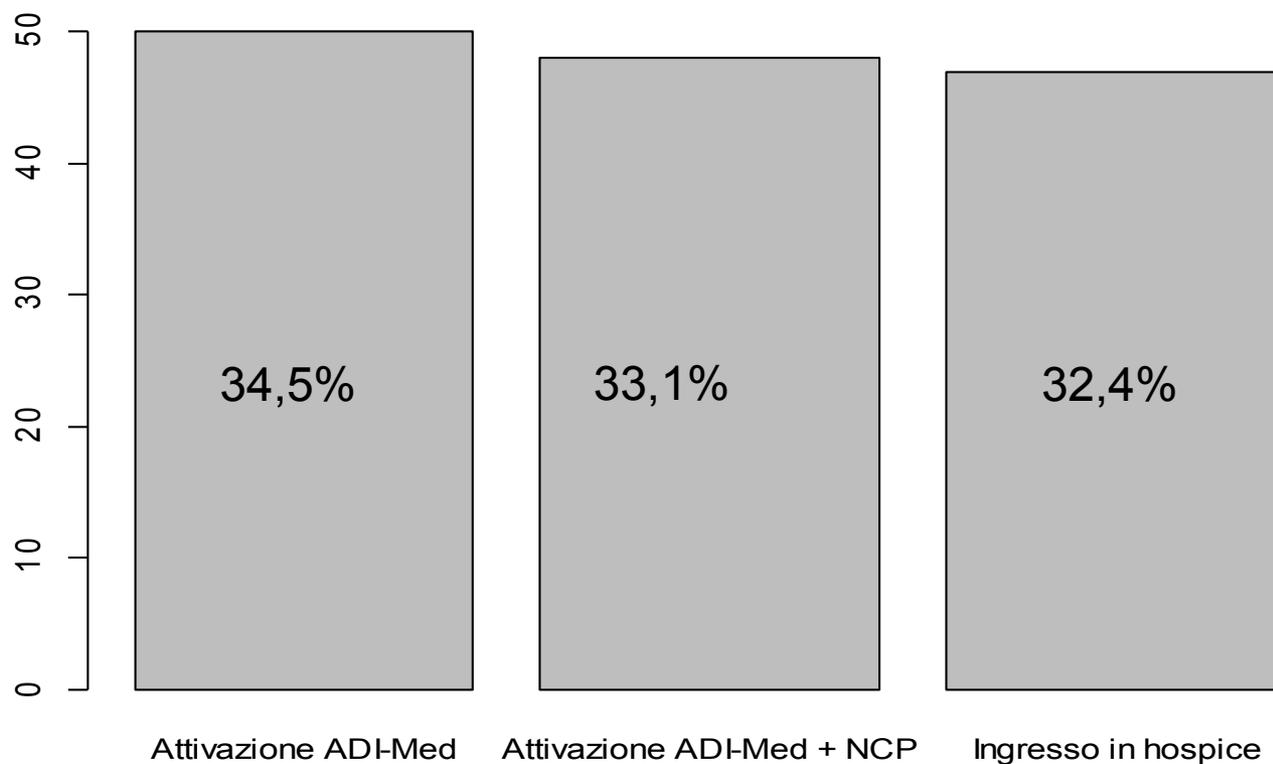
PROVENIENZA delle RICHIESTE per i pazienti segnalati:



RICHIESTE di ATTIVAZIONE per i pazienti segnalati:

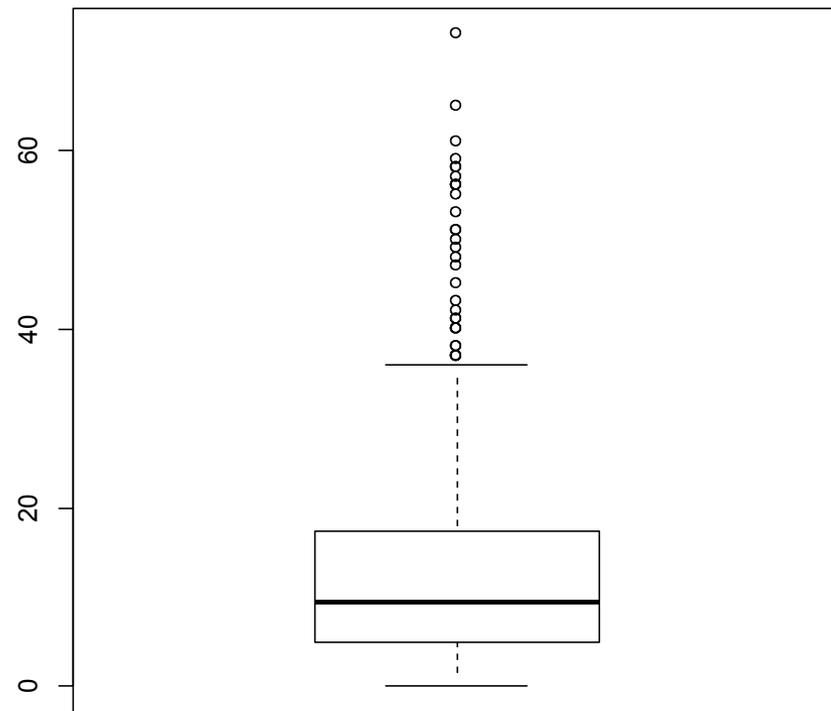
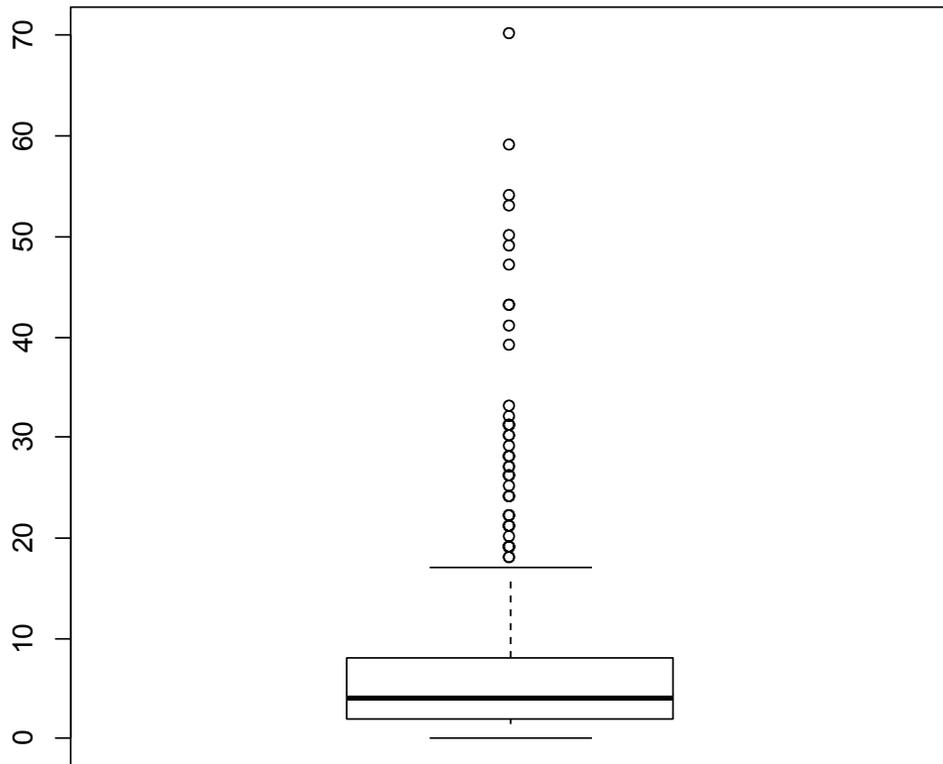


DECISIONI in UVMD per i 145 pazienti di cui sono reperibili i verbali (ex-ULSS 16):



DURATA dei RICOVERI (dei pazienti segnalati):

- Media: 13,7 giorni
- Mediana: 9,5 giorni
- Min: 0 giorni
- Max: 73 giorni



TEMPO tra RICOVERO e RICHIESTA di SEGNALAZIONE:

- Media: 7,3 giorni
- Mediana: 4 giorni
- Min: 0 giorni
- Max : 70 giorni



TEMPO tra COMPLETAMENTO SEGNALAZIONE e SVOLGIMENTO UVMD:

- Non determinabile / non eseguita
in 325 casi su 460

→ Nei rimanenti 135 pz con
verbale UVMD:

- Media: 14,2 giorni
- Mediana: 13 giorni
- Min: 0 giorni
- Max : 69 giorni