

LE CURE PALLIATIVE NELLA REALTA' DELLA ULSS 6

Dott.ssa Daniela Rinaldi

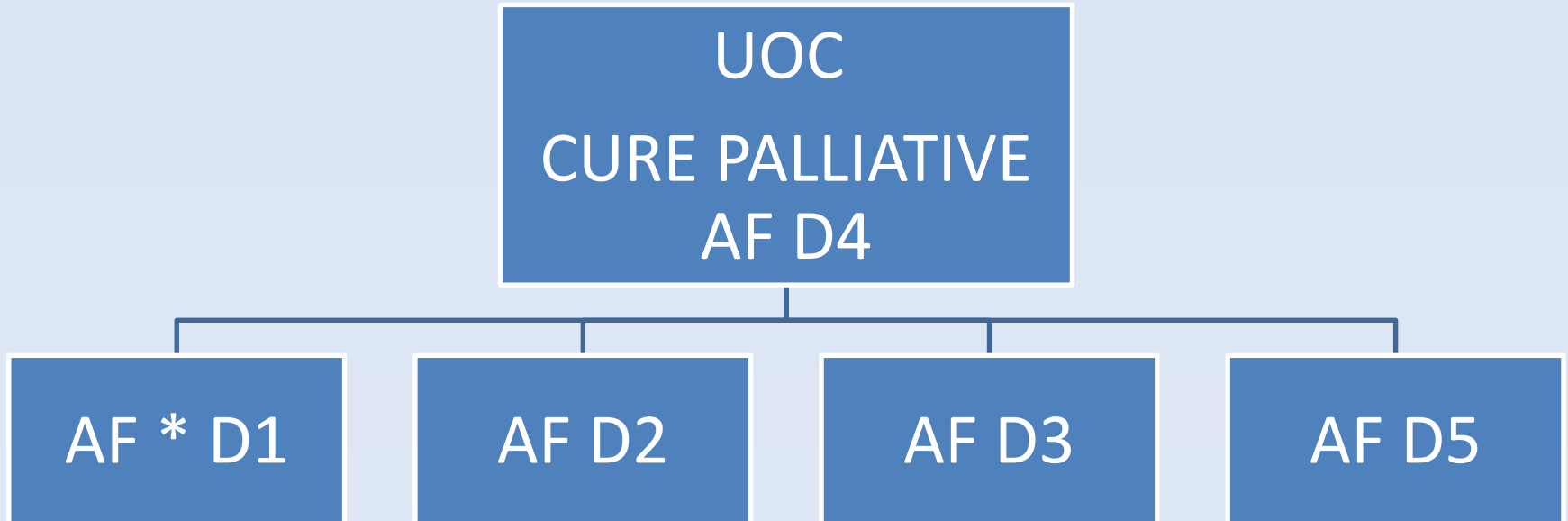
Dott. Cataldo M. Mastromauro

UOC Cure Palliative ULSS 6

PADOVA 14 11 2019



ORGANIZZAZIONE CURE PALLIATIVE



Obiettivi UOC CP

GARANTIRE UGUALE **ACCESSO** AL SETTING DI CP
PIU' ADEGUATO

- Domicilio
- Hospice
- Ospedale
- Ambulatorio
- Ospedale comunita'/centri servizi anziani

COMPITI DELLA UOC CP

- COORDINARE I NUCLEI DI CURE PALLIATIVE
- GOVERNARE I PERCORSI ASSISTENZIALI
- MISURARE GLI ESITI DELL'ASSISTENZA
- GARANTIRE ADEGUATA PRESCRIZIONE
OPPIOIDI

I BISOGNI DI CURE PALLIATIVE LA NUMEROSITA'

I bisogni di CP in Europa per anno

- **560** malati adulti ogni **100.000** abitanti
- **60%** affetti da patologie **non oncologiche**



WPCA-WHO Global Atlas of Palliative care at the end of life" 2014

I bisogni di CP in Italia per anno

- Prevalenza

524.000-733.000

1-1.4% (popolazione adulta)

- Incidenza

446.000-543.000

69-84% (di tutti i morti)





COSA E' IL SISTEMA ACG?

ACG = **Adjusted Clinical Groups**

E' UN SISTEMA USATO PER IL RISK ADJUSTMENT: OVVERO PER IDENTIFICARE SOGGETTI CONFRONTABILI DAL PUNTO DI VISTA DEL "RISCHIO" (DI OSPEDALIZZAZIONE, DI MORTE, DI CONSUMO DI RISORSE....)

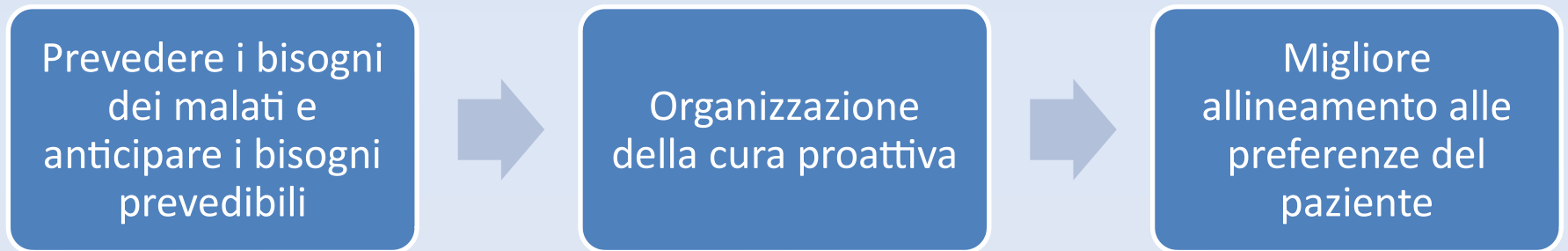
E' UN GROUPER: UN SISTEMA CHE IDENTIFICA "RAGGRUPPAMENTI" DI PAZIENTI IN UNA POPOLAZIONE

Sviluppato
dall'Università Johns
Hopkins di Baltimora
(USA)

La piramide del rischio: il case-mix della popolazione



I BISOGNI DI CURE PALLIATIVE L'IDENTIFICAZIONE



L'efficacia della identificazione precoce

- Miglioramento della qualità di vita e sintomi
- Migliore appropriatezza degli interventi sanitari
- Riduzione dei costi

Temel , NEJM 2010

Greer JCO 2012

MacNamara , J pall med 2013

STRUMENTI DI SCREENING

NEC.PAL

Necesidades Paliativas - Spagna (Catalogna) - 2015

4 parti

- domanda sorprendente;
- scelta/riciesta di Cure Palliative (da parte del paziente o del principale caregiver) o bisogno (identificato dal medico);
- indicatori generali di gravità e progressione;
- indicatori di gravità e progressione specifici per patologia

A CHI SOMMINISTRARE NEC PAL?

- Cancro, broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattia cardiaca cronica, malattia neurologica cronica, grave insufficienza renale cronica, demenza
- paziente geriatrico che, anche se non affetto da una delle malattie precedenti, si trova in una situazione di fragilità particolarmente marcata;

Flowchart per l'identificazione del paziente con malattia in fase palliativa

Passo 1 – Domanda a sorpresa per i curanti: saresti sorpreso se il paziente morisse nei prossimi mesi, settimane o giorni?

Passo 2 – È presente almeno uno degli indicatori generali di declino?

- A. Diminuzione stato generale (Indice di Barthel ≤ 25 e/o PPS $\leq 60\%$) e/o perdita di due o più ADL (Katz index) nonostante una presa a carico adeguata
- B. Co-morbidity importanti, responsabili e predittive di mortalità e/o morbilità (Charlson Comorbidity Index)
- C. Malattia avanzata e/o diminuita risposta ai trattamenti eziologici
- D. Perdita di peso maggiore del 10 % negli ultimi 6 mesi, con valori di albumina ≤ 2.5 g/dl
- E. Ripetuti ricoveri ospedalieri in urgenza nell'ultimo anno dovuti alla patologia evolutiva
- F. Marker di fragilità severa (es ulcere da decubito in stadio III-IV, disfagia, cadute ripetute, delirium)

Passo 3 – Sono presenti gli indicatori specifici legati alla patologia di base?

A. Malattia tumorale

- 1. Malattia metastatica con scarsa risposta alle terapie eziologiche e/o progressione in corso o in assenza di terapia eziologica
- 2. Fattori prognostici specifici: PPS e/o Karnofsky Performance Scale, PaP Score
- 3. Declino dello stato generale (Karnofsky, PPS, ADL) e/o delle abilità funzionali
- 4. Sintomi e sofferenza persistenti

B. BPCO Presenza di con due o più dei criteri seguenti:

- 1. Malattia considerata come severa (FEV1 $\leq 30\%$ della predetta)
- 2. Ospedalizzazioni ricorrenti (al massimo tre negli ultimi due mesi dovuti alla COPD), necessità di una terapia con ossigeno a lungo termine
- 3. Dispnea grado 4-5 (MRC Dyspnoea scale) (dispnea dopo 100 metri in piano o paziente confinato in casa)
- 4. Segni e sintomi di scompenso dx
- 5. Combinazione di altri fattori quali anoressia e infezioni da germi resistenti
- 6. Più di sei settimane di terapia con corticosteroidi sistemici per la COPD negli ultimi sei mesi

C. Malattia cardiologica Presenza di con due o più dei criteri seguenti:

- 1. NYHA 3-4 (dispnea a riposo o al minimo sforzo)
- 2. Paziente ritenuto dal team essere nell'ultimo anno di vita (v. "domanda a sorpresa")
- 3. Ospedalizzazioni ripetute per sintomi da scompenso cardiaco
- 4. Sintomi complessi fisici o psicologici nonostante la terapia migliore tollerata
- 5. Malattia valvolare severa o coronaropatia inoperabile
- 6. Insufficienza renale GFR $\leq 30\%$
- 7. FE $\leq 30\%$
- 8. Iperensione polmonare severa

D. Malattia renale

(Stadio 4 -5 della insuff. renale cronica con due o più dei seguenti indicatori:

- 1. Pazienti che scelgono l'opzione di non iniziare la dialisi, sospendere la dialisi o che non optano per la dialisi se il trapianto è rigettato
- 2. Pazienti con sintomi fisici o psicologici persistenti nonostante la dialisi ottimale tollerata
- 3. Insufficienza renale sintomatica (es. nausea, vomito, anoressia, prurito, riduzione dello stato funzionale, sovraccarico idrico intrattabile)

E. Malattia del motoneurone (SLA)

Presenza di uno o più criteri seguenti:

- 1. Diminuita capacità vitale ($\leq 60\%$ di quella predetta, usando una spirometria standard)
- 2. Primo episodio di polmonite da aspirazione
- 3. Sintomi e segni predittivi d'insufficienza respiratoria o necessità di ventilazione assistita
- 4. Declino rapido delle funzioni motorie (ultimi 2-3 mesi in due o più regioni del corpo)
- 5. Perdita di peso richiedente una nutrizione artificiale
- 6. Difficoltà di comunicazione
- 7. Complessità di gestione globale per la famiglia

F. Sclerosi multipla

- 1. Sintomi complessi, importanti con complicanze mediche
- 2. Disfagia e/o diminuito stato nutrizionale
- 3. Difficoltà della comunicazione (ad. es. disartria con stanchezza)
- 4. Deterioramento cognitivo importante

G. Parkinson

1. Regime farmacologico meno efficace o con complessità in aumento
2. Ridotta indipendenza, bisogni e aiuto nelle attività della vita quotidiana (indice di Katz ≤ 3)
3. Segni neuro- psichiatrici (depressione, allucinazioni e psicosi, disturbi del sonno, demenza)
4. Problemi della deglutizione che condizionano uno stato di malnutrizione o polmoniti da aspirazione
5. Simili configurazioni alla fragilità (v. sotto)

J. Stroke non traumatico

Acuto:

1. Coma con assenza di risposte del tronco, verbali ed al dolore
2. Secondo prognosi da definire dallo specialista (se gravità minore)
 - ➔ **Stroke emorragico:** stroke di grandi dimensioni, infratentoriale: 20 ml, sopratentoriale 50 ml, estensione intraventricolare, shift della linea mediana di 1.5 cm o idrocefalo ostruttivo non trattabile chirurgicamente).
 - ➔ **Stroke ischemico:** infarto sovratentoriale con estensione sovra e sottocorticale, infarti biemisferici estesi, occlusione della arteria basilare o bilaterale della arteria vertebrale

Cronico:

3. Perdita di peso, polmonite da aspirazione, disturbi della deglutizione,
4. Karnofsky < 50%
5. Complicazioni internistiche ripetute (polmoniti, ulcere da decubito, febbre recidivante, infezioni delle vie urinarie)
6. Deficit cognitivo / demenza post stroke

H. Demenza pazienti classificati CDR (3)-4-5 con

1. elevata dipendenza nelle BADL
2. deambulazione impossibile o possibile solo con importante assistenza capacità di comprensione, riconoscimento nonché verbale e di linguaggio alterate

I. Fragilità Multiple comorbidità e deterioramento importante nelle ADL e:

1. Stato funzionale generale in deterioramento (Indice di Barthel, Karnofsky)
2. Combinazione di almeno tre dei seguenti sintomi:
 - a) Debolezza
 - b) Velocità di marcia rallentata
 - c) Importante perdita di peso
 - d) Affaticabilità
 - e) Diminuita attività fisica
 - f) Depressione

K. Co-fattori

I pazienti possono presentare uno o più dei seguenti fattori aggravanti:

1. Perdita di peso progressivo
2. Decubiti stadio 3-4
3. Disturbi della deglutizione
4. Stati febbrili / broncoaspirazioni recidivanti

Pazienti mediamente in carico ad un MMG con 1500 Assistiti/anno:

- pazienti oncologici: n.38 (diagnosi < 5 anni – n.5 con dolore trattati 3°WHS)
- - - - pazienti con insufficienza d'organo n. 54 (5 Insuff.Cardiacca + 39 BPCO)
- pazienti con malattie degenerative neurologiche n. 27 (Demenze)



BASI NORMATIVE:

- Legge 38/2010: legge fondante
- DPCM n 65 2017, art 23 : nuovi LEA
- ALLEGATO A DGR nr. 553 del 30 aprile 2018

PROGETTI ASSISTENZIALI:

CP BASE

CP SPECIALISTICHE

CP SIMULTANEE

L'ATTUALE OFFERTA DELLE CP NELLA ULSS 6

	NCP	HOSPICE
DISTRETTO 1	1 MEDICO TP (CONDIVISO AL 50% CON LE CURE PRIMARIE) + 4 MMG PICP	2 HOSPICE CONVENZIONATI 23 PL
DISTRETTO 2	1 MEDICO TP (DA AGOSTO 2019) +2 MMG PICP	NO
DISTRETTO 3	1 MEDICO TP + 1 MEDICO SAI	NO
DISTRETTO 4	2 MEDICI TP (incluso il DIRETTORE) + 3 MMG PICP	2 HOSPICE CONVENZIONATI 12 PL
DISTRETTO 5	2 MEDICI TP (IL 1° NELL'HOSPICE DI MONTAGNANA, IL 2° DA AGOSTO 2019 SUL TERRITORIO) + 1 MMG PICP	1 HOSPICE DELL'AZIENDA PL 8

PIPC: particolare interesse nelle cure palliative

CARATTERISTICHE DELL'ASSISTENZA

FORTE INTEGRAZIONE CON LE CURE PRIMARIE E I MMG

- PUAD: informazione, accoglimento richieste, attivazione prestazioni
- Attività territoriale con strumenti condivisi in tutta l'azienda (segnalazione dalle UO, UVMD, assistenza, lista hospice)
- SIAD : presenza infermieristica continuativa
- COT e CENTRALE ADI: coordinamento tra i diversi setting di cura, gestione liste hospice

COSA VIENE CHIESTO ALLA UO CP?

INDICATORI DI RISULTATO

INDICATORI	OBIETTIVO REGIONALE	2017	2018	2019 1° semestre
% PAZ INTERCETTATI DALLA RETE	>55%	53% (23% HSP 28% ADI)	51% (28% HSP 23% ADI)	23% (15% HSP 8% ADI)
% PAZ ONCOLOGICI DECEDUTI IN OSPEDALE	<20%	36,4%	37,2%	33,2%

OBIETTIVI PROSSIMI

- ottimizzare l'organizzazione → omogenizzazione tra vari distretti
- Cruscotto aziendale delle CP (paz in linea, monitoraggio in tempo reale dei flussi assistenziali)
- Cartella clinica informatica condivisa
- modalità di distribuzione dei farmaci uniformata
- Formazione condivisa con MMG/infermieri/medici CA su tematiche organizzative/cliniche/etiche
- Procedure cliniche standardizzate



GRAZIE PER L'ATTENZIONE