

# Conferenza Programmatica Regionale per l'Oncologia

Perugia 30 Ottobre 2007

## Assistenza domiciliare, quale modello

Manlio Lucentini\*, Federico Paoletti\*\*

\* Serv. Cure Palliative, AUSL 2

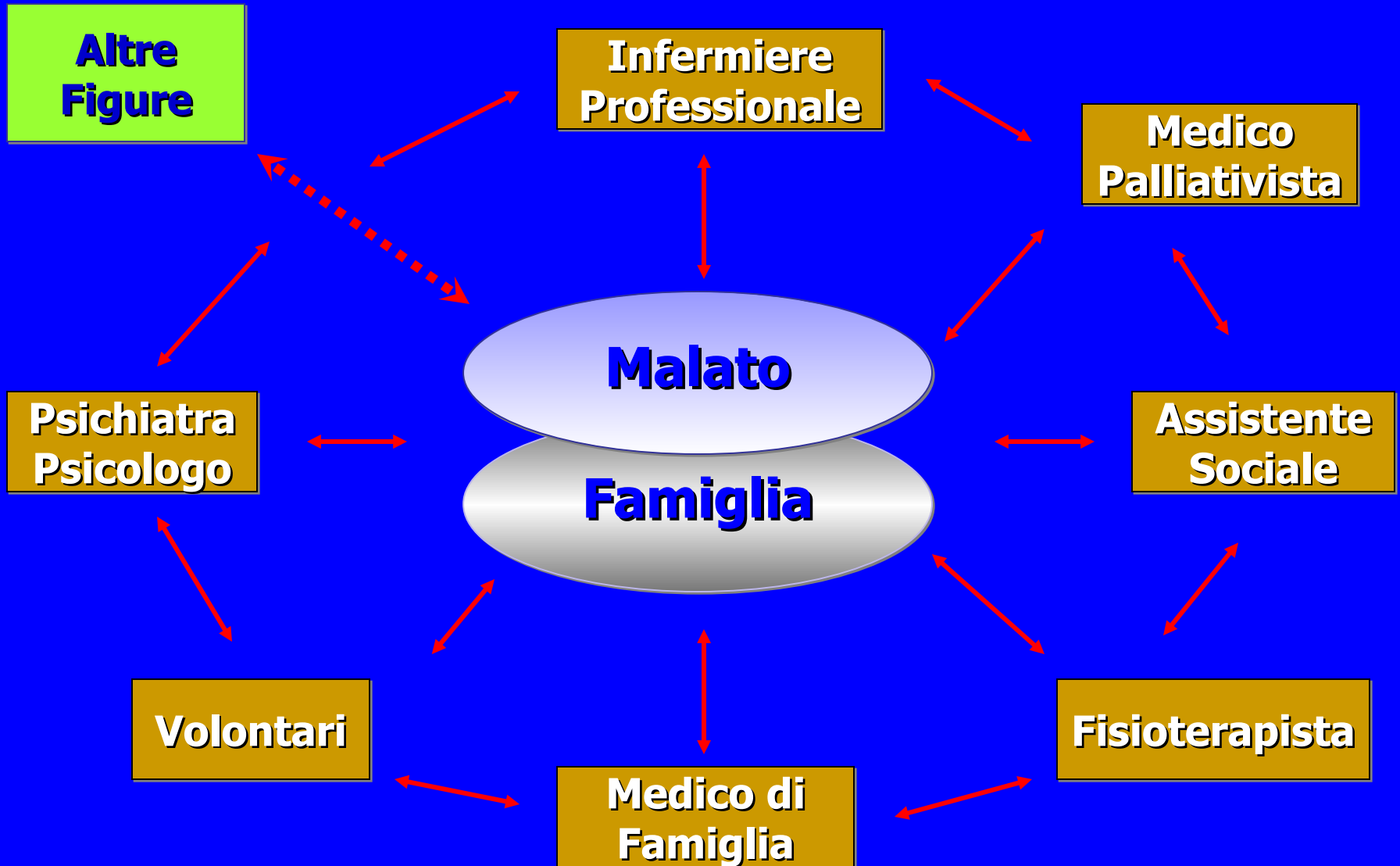
\*\* Associazione CON NOI



# Le Cure Palliative (O.M.S. 2002)

- **Piano di cura** appropriato ai malati affetti da patologie croniche evolutive in fase terminale, centrato sui **bisogni del malato e della famiglia**
- Attuato da un'**équipe** interdisciplinare
- Obiettivo principale è il miglioramento della **qualità di vita**, attraverso
  - Controllo dei sintomi fisici e psichici
  - Controllo dei problemi spirituali, relazionali e sociali
- Il piano di cura prevede **l'assistenza al lutto**

# Equipe Cure Palliative



# Malati che necessitano di un programma di Cure Palliative In Italia

- **A domicilio**

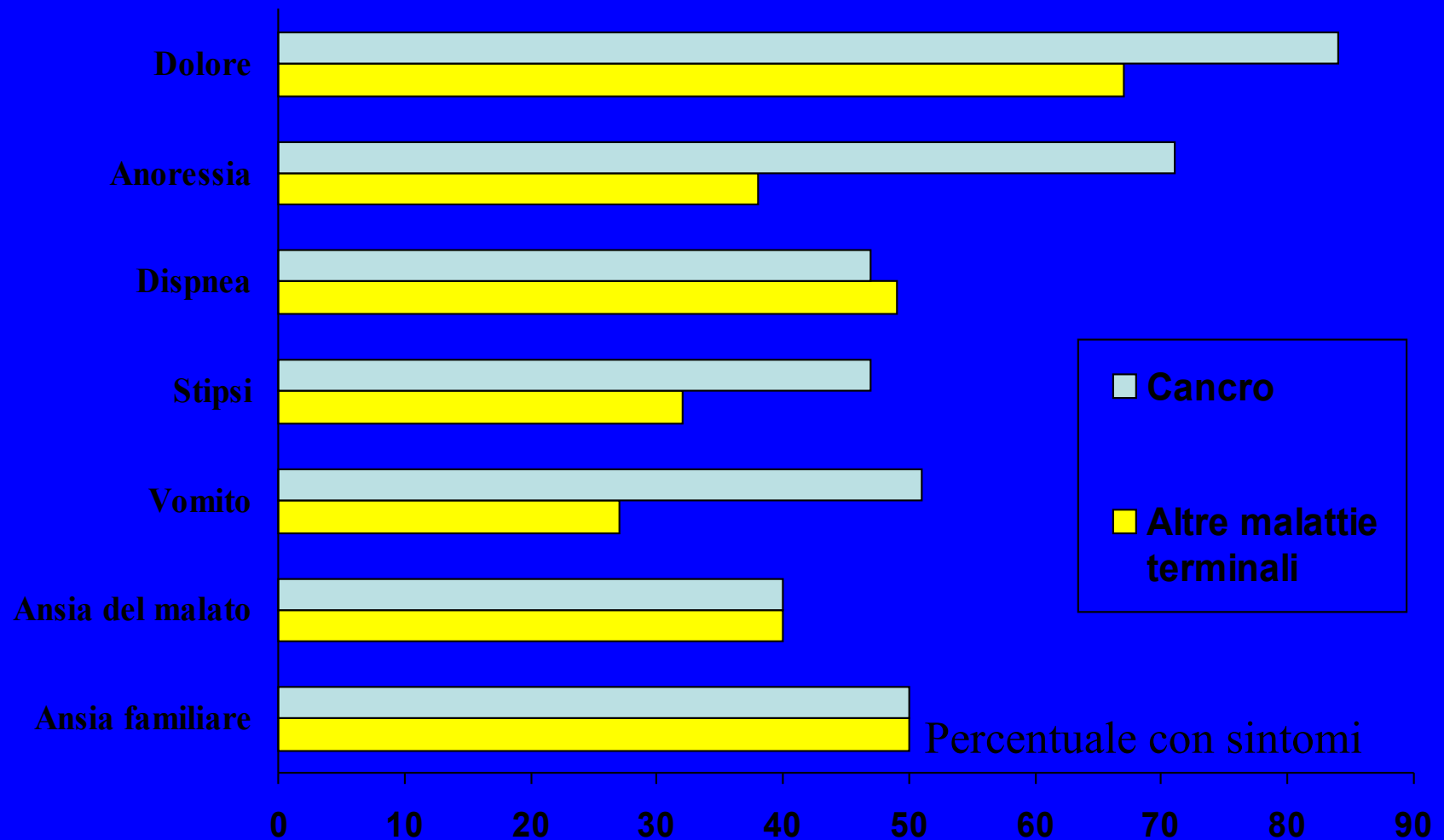
- **Stima minima**      **182.000**
- **Stima massima**    **243.000**

- **In Hospice**

- **Stima minima**      **51.000**
- **Stima massima**    **72.000**

*Dati Ministero della Salute: Comitato Nazionale sulle Cure Palliative*

# Prevalenza dei sintomi nell'ultimo anno di vita (malati oncologici e non-oncologici)



*Fonte: Higginson I. Epidemiologically based needs assessment for palliative and terminal care, Radcliffe Medical Press 1997*

# In Umbria

## Domanda di Cure Palliative

- » **2784** decessi per tumore
- » **2500** malati attraversano una fase terminale
- » **1750** Domanda annuale di cure palliative



**570**  
**Malati oncologici**  
**Terminali in Umbria**

**Dati Commissione Regionale per le Cure Palliative**

# Cure palliative in Umbria

AUSL	SERV CP	ASSOC. FORNISCE PERSONALE	ASS. GESTISCE IN PROPRIO	CONVEN- ZIONE
n. 1	Serv.CP	AELC Gubbio		SI
	Serv CP	SPES Gualdo		NO
n. 2	Serv CP	CON NOI		SI
			AUCC	SI
n. 3	Serv CP	AGLAIA		NO
n. 4	Serv CP			
			AUCC	?
			ALNCC	NO

## Personale fornito dalle Associazioni alle AUSL nella Provincia di PG - 2004

	Ore settimanali	Incidenza %
Medici	94	51
Infermieri	215	47
Fisioterapisti	18	100
Psichiatri	10	100
Psicologi	38	77
Assist. sociali	10	83
<b>Totale ore sett.</b>	<b>385</b>	<b>52,4</b>

# Collaborazioni Associazioni – AUSL (Prov. PG) 2004

Numero malati seguiti	537
Numero accessi domic.	12.612
Numero prestazioni	49.800
Continuità assistenziale	Disponibilità 24/24
Spesa sostenuta da: AGLAIA, AELC, CON NOI, SPES	<b>Euro 393.200</b>

# Copertura dei bisogni di cure palliative

Miccinesi, Cancer Causes..2003:

Firenze

25% (2001)

Congresso SICP Piemonte 2004:

Piemonte

16% (2002)

AUSL n.12 – Biella 49 %

AUSL n.15 – Cuneo 51%

Federazione Umbra per le Cure Palliative:

Umbria

31% (2002)

Ministero della Salute - Studio ISDOC:

AUSL n.2

46%\* (2003)

Regione Umbria – Progetto Organiz. CP (2005)

AUSL n.2

Distr. Perugino 34%

Distr. Assisano 57%

Distr. MVT 11%

Distr. Trasimeno 6%

# Elementi di criticità

- **disomogeneità dell'assistenza specialistica per le cure palliative sul territorio**
- **attivazione diretta dell'assistenza specialistica, genera difficoltà di integrazione con i servizi di assistenza domiciliare territoriale**
- **difficoltà dei MMG di identificare gli interlocutori**
- **volontariato percepito come sostitutivo del servizio pubblico**
- **mancanza di collegamenti tra ospedale e territorio**

# Normative nazionali sulle C.P.

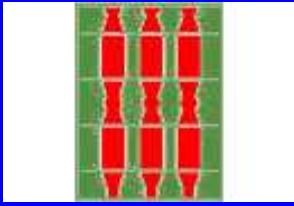
- La Legge n. 39 del 26/2/1999: interventi assistenziali per l'assistenza ai malati terminali;
- Il DM del 28 sett 1999 “Programma nazionale per la realizzazione di strutture palliative”
- P.S.N. 2006-2008: “Rete assistenziale di cure palliative”

## PSN 2006-2008, cap 3.10:

*“... offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati ai bisogni del malato e della famiglia [...]*

*La rete assistenziale [...] nel quale la persona malata e la sua famiglia possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede privilegiata [...], e le strutture di degenza specificatamente dedicate al soggiorno dei malati non assistibili presso la propria abitazione. La rete deve offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata [...]*

*La rete di cure palliative deve essere articolabile sulla base delle scelte regionali”.*



# Normative Regionali

**P.S.R. 2003/2005:** ...obiettivo generale del triennio il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata [...] Progetto cure palliative

**DGR n.111/2000** “Progetto Regionale per la rete di cure palliative”

**DGR 06.10.2004 n 1481**,Linee Guida alle Aziende Sanitarie: “ *...Le cure palliative si caratterizzano per un intervento di assistenza multidisciplinare in equipe; [...] Aspetti diagnostici e terapeutici sono di competenza del MMG e, in casi definiti, del medico palliativista...*”

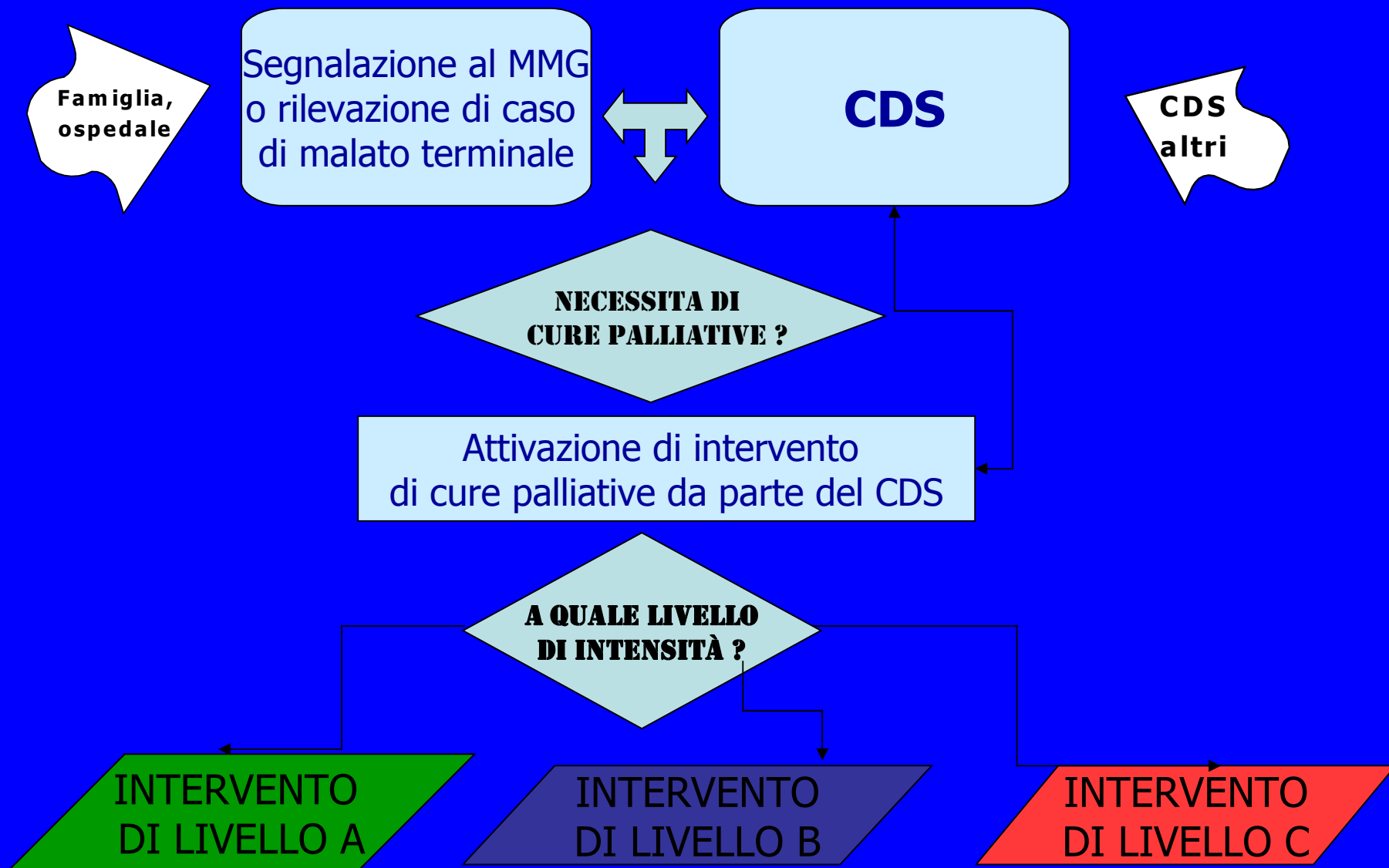
# Per sviluppare e migliorare le CP:

- ✓ sistema a rete, con **ruolo organizzativo del Distretto**, quale:
  - **porta d'accesso** della domanda di assistenza
  - **soggetto che organizza e coordina le attività**
  
- ✓ **potenziamento del ruolo specifico dei servizi interdistrettuali di cure palliative (UO Cure Palliative):**
  - supporto metodologico nella programmazione,
  - verifica e valutazione delle attività
  - percorsi di formazione ed aggiornamento professionale
  
- ✓ **valorizzazione del concorso delle associazioni di volontariato**, nell'ambito di una rete collaborativa, governata dall'azienda sanitaria.
  
- ✓ **formazione congiunta di tutti gli attori del sistema,**
  
- ✓ **la comunicazione e informazione**, anche come fattore facilitante il lavoro di rete.

# Obiettivi a breve termine per lo sviluppo della rete

- **identificazione nei CdS di infermieri referenti**, motivati e formati,
- **la programmazione di riunioni periodiche** programmate, a livello di CdS, sui casi e sui problemi organizzativi e di supporto all'équipe
- **maggiore integrazione del privato convenzionato** nel sistema, con la partecipazione dei professionisti alle riunioni periodiche
- **formazione congiunta** dei professionisti aziendali e del privato convenzionato sul tema delle cure di fine vita, anche nell'ambito delle riunioni periodiche
- Utilizzo di **strumenti comuni di documentazione clinica** da parte di tutti i professionisti che operano a livello domiciliare

# Segnalazione ed attivazione



# INTERVENTO DI LIVELLO A

**LIVELLO A:**  
MMG  
INFERMIERI CDS

**I^ VISITA**

Il livello A  
è appropriato ?

no

sì

Piano di cura  
ed assistenza A

Erogazione  
assistenza

Verifiche ed  
ev. revisioni piano

il piano è efficace ?  
il livello è appropriato ?

no

Altro  
livello

o

Hospice

sì

# INTERVENTO DI LIVELLO B

**LIVELLO B:  
MMG + INFER. CDS  
+ SUPPORTO  
SI CP**

**I^a VISITA CONGIUNTA**

Il livello B  
è appropriato ?

**no**

**sì**

Piano di cura  
ed assistenza B

Erogazione  
assistenza

Verifiche ed  
ev. revisioni piano

il piano è efficace ?  
il livello è appropriato ?

**no**

Altro  
livello

o

Hospice

**si**

# INTERVENTO DI LIVELLO C

**LIVELLO C:  
SI CP E MMG  
S. INF. CDS**

**1^ VISITA CONGIUNTA**

Il livello C  
è appropriato ?

no

si

Piano di cura  
ed assistenza C

Erogazione  
assistenza

Verifiche ed  
ev. revisioni piano

Altro  
livello

o

Hospice

il piano è efficace ?  
il livello è appropriato ?

no

si

# Progetto: C.P. Funzionamento organizzativo e percorsi di assistenza



REGIONE UMBRIA  
GIUNTA REGIONALE  
DIREZIONE REGIONALE SANITÀ E SERVIZI SOCIALI

SERVIZIO II - PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA DELL'ASSISTENZA DI BASE ED  
OSPEDALIERA E OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO  
SEZIONE III - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Finanziato dalla Regione  
Umbria



Unità Sanitaria  
Locale 2  
Dell'Umbria

Realizzato da AUSL 2  
dell'Umbria



Consulenza *Studio Come*,  
Roma

# Indicatori numerici di Qualità

INDICATORI	CRITERI
<b>Chiamate al 118 negli ultimi 30 gg di vita dei pazienti assistiti</b>	Le Cure Palliative sono in grado di garantire una continuità assistenziale, contenendo a domicilio anche le situazioni di urgenza
<b>Accessi al Pronto Soccorso negli ultimi 30 gg di vita dei pazienti assistiti</b>	
<b>Giornate di ricovero negli ultimi 30 gg di vita dei pazienti assistiti</b>	Le Cure Palliative sono in grado di ridurre i giorni di degenza impropri, durante l'assistenza
<b>Consumo di oppiacei negli ultimi 30 gg di vita dei pazienti assistiti</b>	Il consumo di oppiacei oltre ad essere indicatore di un buon controllo del dolore è, secondo l'OMS, un indicatore di "attenzione" ai problemi del malato terminale.
<b>Ricoveri nelle 48 h precedenti il decesso</b>	Le Cure Palliative permettono ai malati di essere curati a casa fino alla morte, assicurando una migliore qualità del morire.
<b>Luogo del decesso</b>	

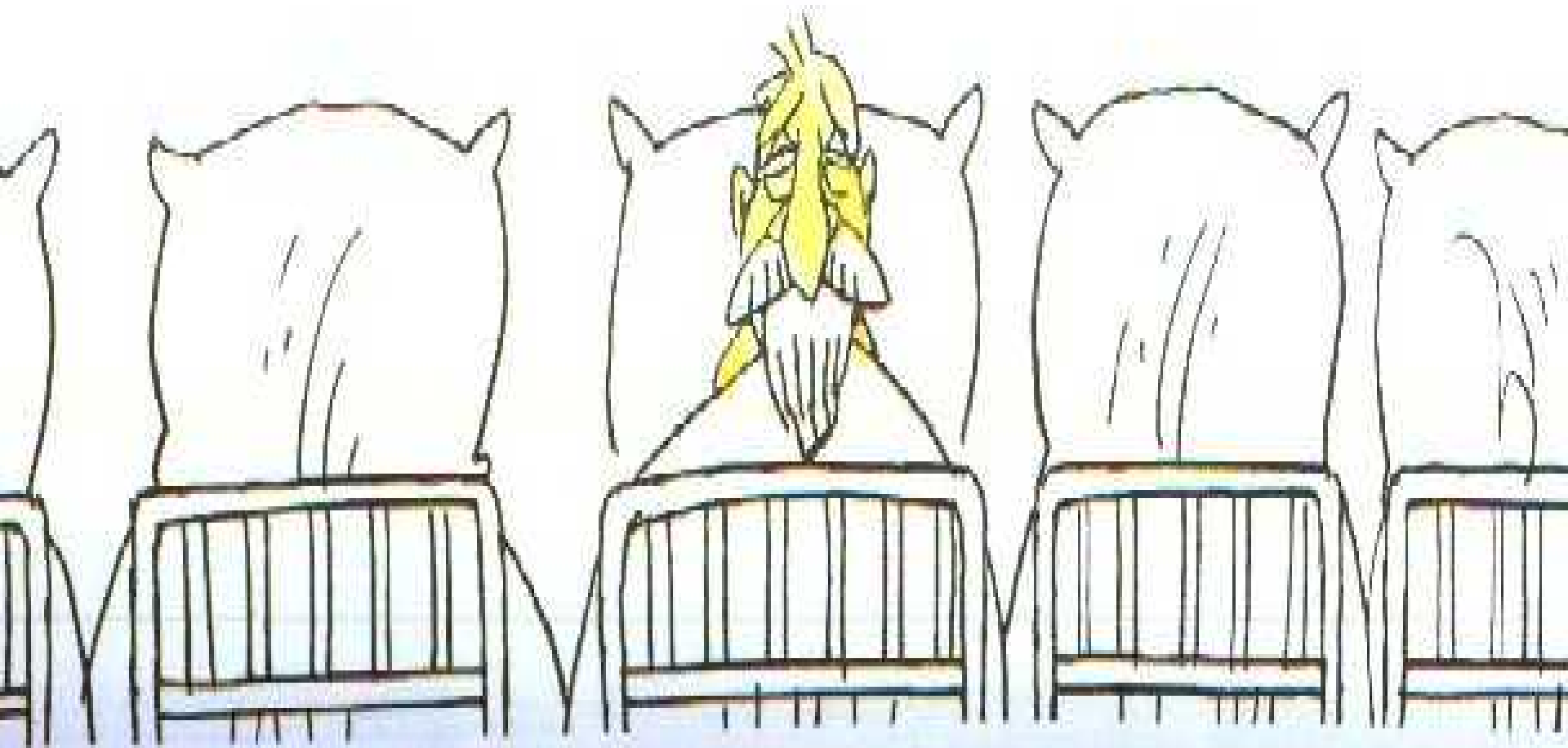


# Preferenze sul luogo di cura e di morte

- I programmatori sanitari dovrebbero prevedere il rispetto dei desideri dei malati riguardanti il luogo in cui preferiscono essere curati e morire
- ... se il luogo del decesso è quello prescelto (solitamente il domicilio), valutarlo come un indicatore significativo di successo del programma di cure palliative

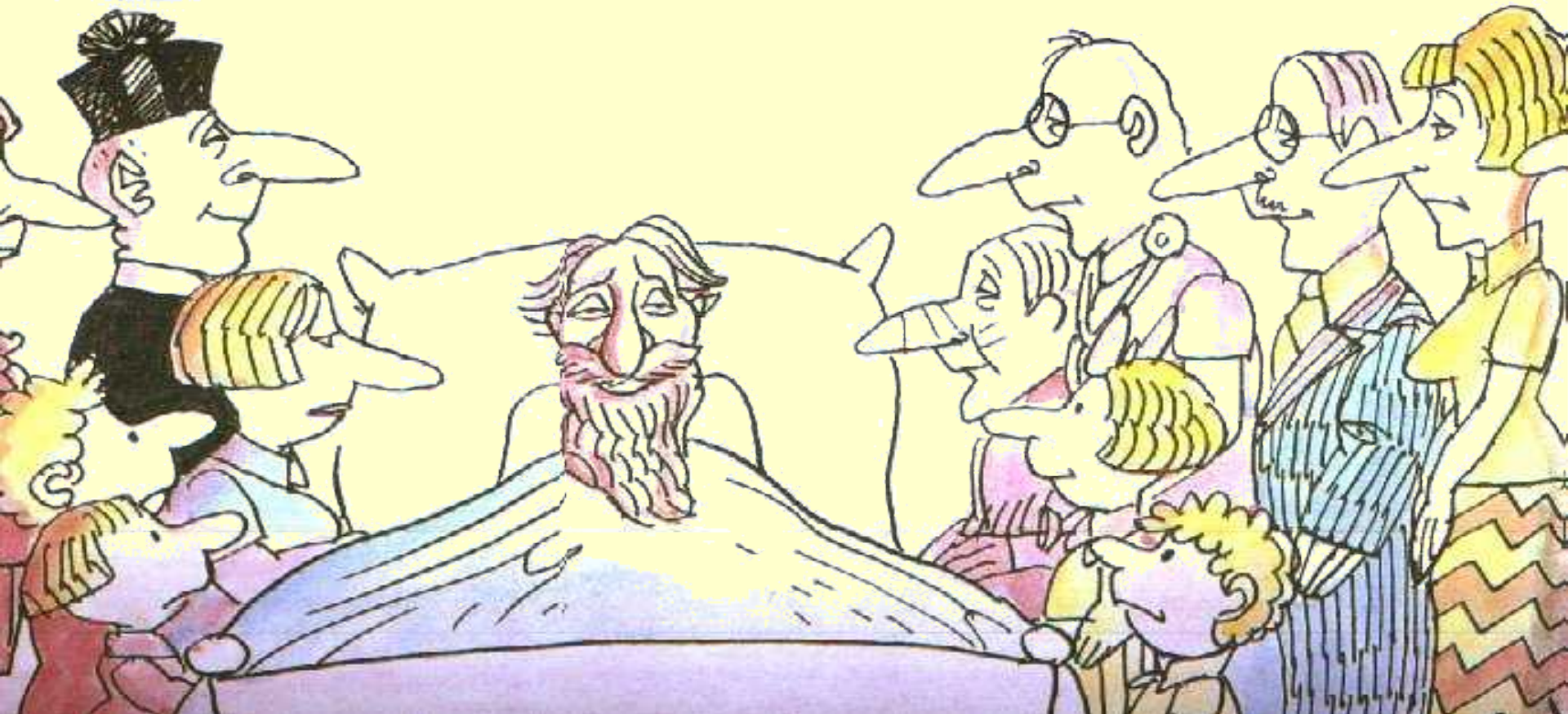
# Preferenze sul luogo di cura e di morte

- In Italia solamente il 50% dei malati muore a domicilio
- Secondo dati recenti la quasi totalità dei malati desidererebbe morire a casa
- Soltanto uno su tre riesce a morire dove desidera



***Solo  
un malato su tre  
riesce a morire  
dove desidera***

# Cure di fine vita a casa



# Hospice AUSL n.2

## inaugurazione 7 Dicembre 2007

