



IRCCS

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Sacro Cuore - Don Calabria
Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato
Regione Veneto



Incontri di aggiornamento del Dipartimento Oncologico

Responsabile Scientifico:
DOTT.SSA STEFANIA GORI

Mercoledì 10 aprile
Mercoledì 15 maggio
Martedì 18 giugno
2019

SEDE: "Centro Formazione e Solidarietà"

IRCCS Sacro Cuore - Don Calabria
Via Don Angelo Sempreboni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (VR)



Il ruolo delle cure palliative sul territorio

Ezio Trivellato

COSA VOGLIAMO FARE ?

- Assistere pazienti con patologie trattabili a domicilio evitando ricoveri impropri
- Mantenere le persone autosufficienti, che lo desiderano, al proprio domicilio
- Favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e relazionali per migliorare la qualità di vita dei pazienti
- Supportare i familiari ed eventualmente trasmettere competenze per un'autonomia di intervento
- Facilitare l'accesso all'erogazione dei presidi e degli ausili.



15 marzo 2010

Legge 38

ART. 1:

La legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative

19-3-2010

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 65

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 15 marzo 2010, n. 38

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

ART. 1.
(Finalità).

1. La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

2. È tutelato e garantito, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, come definito dall'articolo 2, comma 1, lettera c), nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001,

pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. Per i fini di cui ai commi 1 e 2, le strutture sanitarie che erogano cure pal-

— 1 —



Legge 38, 15 marzo 2010

Art 1 (finalità)

1. La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

PIC

*1.....le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di **CURA INDIVIDUALE** per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:*

- a) tutela della **DIGNITÀ E DELL'AUTONOMIA DEL MALATO**, senza alcuna discriminazione;*
- b) tutela e promozione della **QUALITÀ DELLA VITA** fino al suo termine;*
- c) adeguato **SOSTEGNO SANITARIO** e **SOCIO-ASSISTENZIALE** della **PERSONA MALATA** e della **FAMIGLIA***



Intesa 25 luglio 2012

**Dimensioni strutturali e di processo
che caratterizzano la Rete Locale di
Cure Palliative**

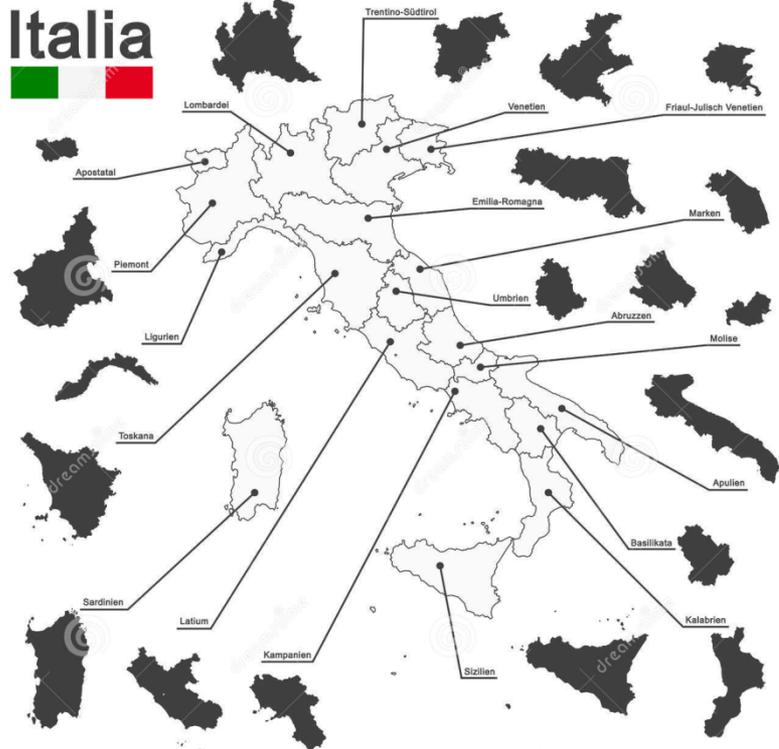
Cure Palliative

- per qualunque patologia evolutiva
- durante tutto il suo decorso
- per ogni età
- in ogni luogo di cura.



LA NORMATIVA REGIONALE

Riferimento normativo	Argomenti
Intesa CSR 25.7.2012	Definizione requisiti minimi e modalità organizzative per accreditamento strutture CP e TD



Approvata da tutte le Regioni in CSR

Formalmente recepita con provvedimenti ad hoc in tutte la Regioni

Nella maggior parte delle regioni: **NON ATTUATA** o solo in parte (non oncologici, pz pediatrici ecc.)

- **Cancro** come patologia principale
- **BPCO**
- Patologia **Neur.Cr.**, (Acc.cerebrov >, SM,SLA,Parkinson)
- Grave malattia **Epatica cronica**
- **IRC**
- **Demenza**
- Qualsiasi **altra** malattia particolarmente grave e avanzata

Livelli Assistenziali:

- Residenziale: **Hospice**
- Cure Palliative Domiciliari (**UCP**) – di base e specialistiche
- In ambito **ospedaliero**

VOLONTARIATO = Requisito di accreditamento

Coordinamento della Rete

- | | |
|--|-------------|
| a. Rete Regionale e Struttura di coordinamento | RRCP |
| b. Rete Locale di cure palliative e Struttura di coordinamento | RLCP |

Partecipazione del VOLONTARIATO e delle ORGANIZZAZIONI NON PROFIT



Global Atlas of Palliative Care 2014

l'accesso alle Cure palliative è appropriato e necessario per

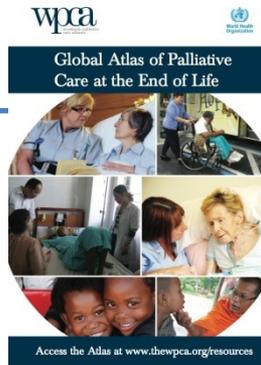
560 malati adulti ogni 100.000 abitanti;

per il 40% malati oncologici



WHO COLLABORATING CENTRE
PUBLIC HEALTH PALLIATIVE
CARE PROGRAMMES

UVIC
UNIVERSITAT
DE VIC



Access the Atlas at www.thewpca.org/resources

- **Population: 1-1.5%**
- **General Practitioner: 20-25**
- **District General Hospital : 38%**
- **University Hospital: 39%**
- **Internal Medicine: 47%**
- **ICU HUB: 30%**
- **Nursing homes: 40-70%**

Prevalence x settings



Epidemiologia del fabbisogno di cure palliative in Europa

“Global Atlas of Palliative Care at the end of life – WPCA e WHO 2014”

Cause	Fabbisogno di Cure Palliative
N. Tot./100.000 abitanti ≥ 15 a	561.5
HIV/AIDS	9.9 (1%)
Cancro	218 (39%)
Patologie evolutive non cancro	333,6 (60%)

Si stima che il 35-45% necessita di cure palliative specialistiche e il 55-65% di cure palliative di base.

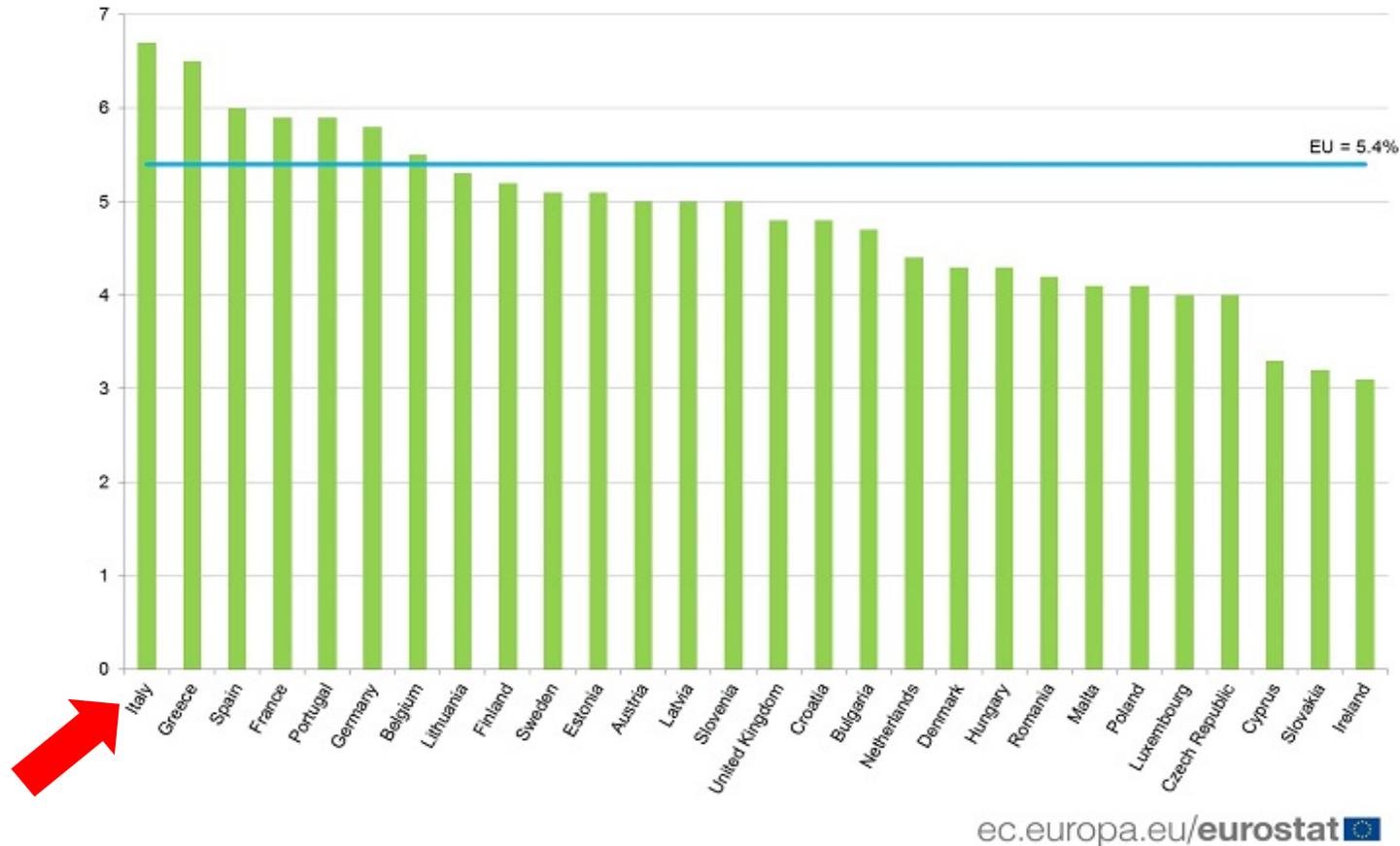


Frequenza di malattie croniche nella popolazione del Veneto

- Archivio ACG – Dati 2016

Patologia cronica	Numero di pazienti
Ipertensione	1.200.000
Diabete	273.111
Bronchite cronica ostruttiva (BPCO)	33.756
Dislipidemia	523.327
Insufficienza renale cronica	41.181
Cardiopatía ischemica	136.261
Depressione	291.800
Tumori maligni	190.400
Osteoporosi	577.335
Parkinson	35.612
Alzheimer e altre demenze	60.695
Scompenso cardiaco	75.647
Ipotiroidismo	175.556
Sclerosi multipla	8.539
SLA	606

Share of people aged 80 or over in the EU Member States, 2016 (%)



Il 1/1/2015, 4 milioni di persone, (6,5%)
avevano compiuto almeno 80 anni.

Badanti – Assistenti famigliari

Alcune stime sulla presenza straniera nel lavoro di assistenza domestico in Italia

Year	Domestic workers	Migrant domestic workers	% Migrants
<i>Only regular domestic workers</i>			
1991	181,096	35,740	16.5
1995	192,942	67,697	35.1
2000	256,803	136,619	53.2
2005	471,085	342,065	72.6
2010	871,834	710,938	81.5
2011	893,351	-	-
<i>Regular + irregular domestic workers</i>			
2001	1,083,000	-	-
2009	1,554,000	1,113,000	71.6

Migrant care workers are estimated to be more than 800,000

Yearly private expenditure by Italian households: 9.8 billion Euros!

- Più di un milione
- Stranieri per il 70 %
- Spesa privata di 9,8 miliardi

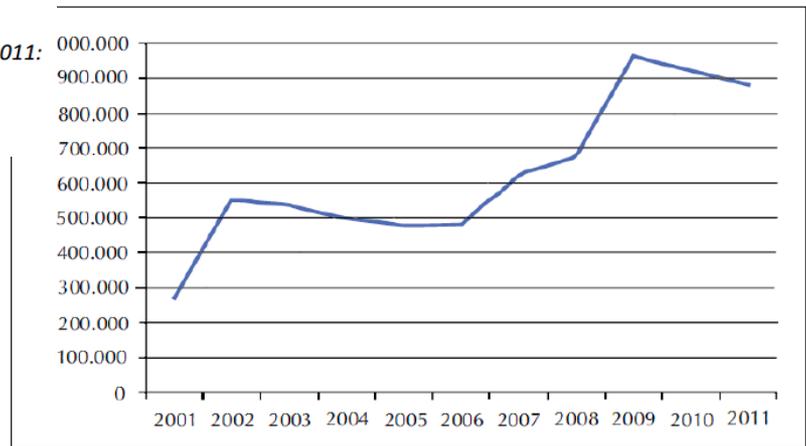
Sources

- Regular: for 1991-2005: INPS (several years); for 2010: Fondazione Leone Moressa (2011); for 2011: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2012)
- Regular + irregular: estimation for 2001-2009 by CENSIS (2010)
- Estimation of MCWs: Pasquinelli & Rusmini (eds.) (2013)



Evidenze Scientifiche, opportunità e nodi da risolvere
F. Lattanzio, Direttore scientifico – IRCCS INRCA

Figura 1.4 - Numero di lavoratori domestici registrati all'INPS



Fonte - INRCA (2009) elaborazioni su dati INPS, Osservatorio sul lavoro domestico



WHO COLLABORATING CENTRE
PUBLIC HEALTH PALLIATIVE
CARE PROGRAMMES

**Conceptual transitions
in palliative care
in the 21st century**
Xavier Gomez-Batiste



Change from 	Change to
Terminalità	Patologia Cronica Progressiva in fase avanzata
Prognosi di settimane o giorni	Aspettative di vita limitate
Tumore	Tutte le condizioni croniche progressive
Decorso progressivo	Decorso progressivo con frequenti crisi
Dicotomia curativo-palliativo	Sincronia, cure condivise e simultanee
Prognosi come criterio per l'intervento dei servizi specialistici	Complessità come criterio
Ruolo passivo del paziente	Pianificazione anticipata delle cure
Servizi Specialistici	Attività in tutti i setting di cura
Approccio istituzionale	Approccio di comunità

Original Article

End-of-Life
Care Transitions
Integrated

Support Care Cancer
DOI 10.1007/s00520-016-3510-x



ORIGINAL ARTICLE

Veronica Casotto
Francesco Avossa
Antonio Brambilla
Veneto Institute of
Epidemiological Systems
(V.S.), Emilia-Romagna
Health and Social
Responsabile Settore

Impact of intensity and timing of integrated home palliative cancer care on end-of-life hospitalization in Northern Italy

M. Pellizzari
M. Cancian

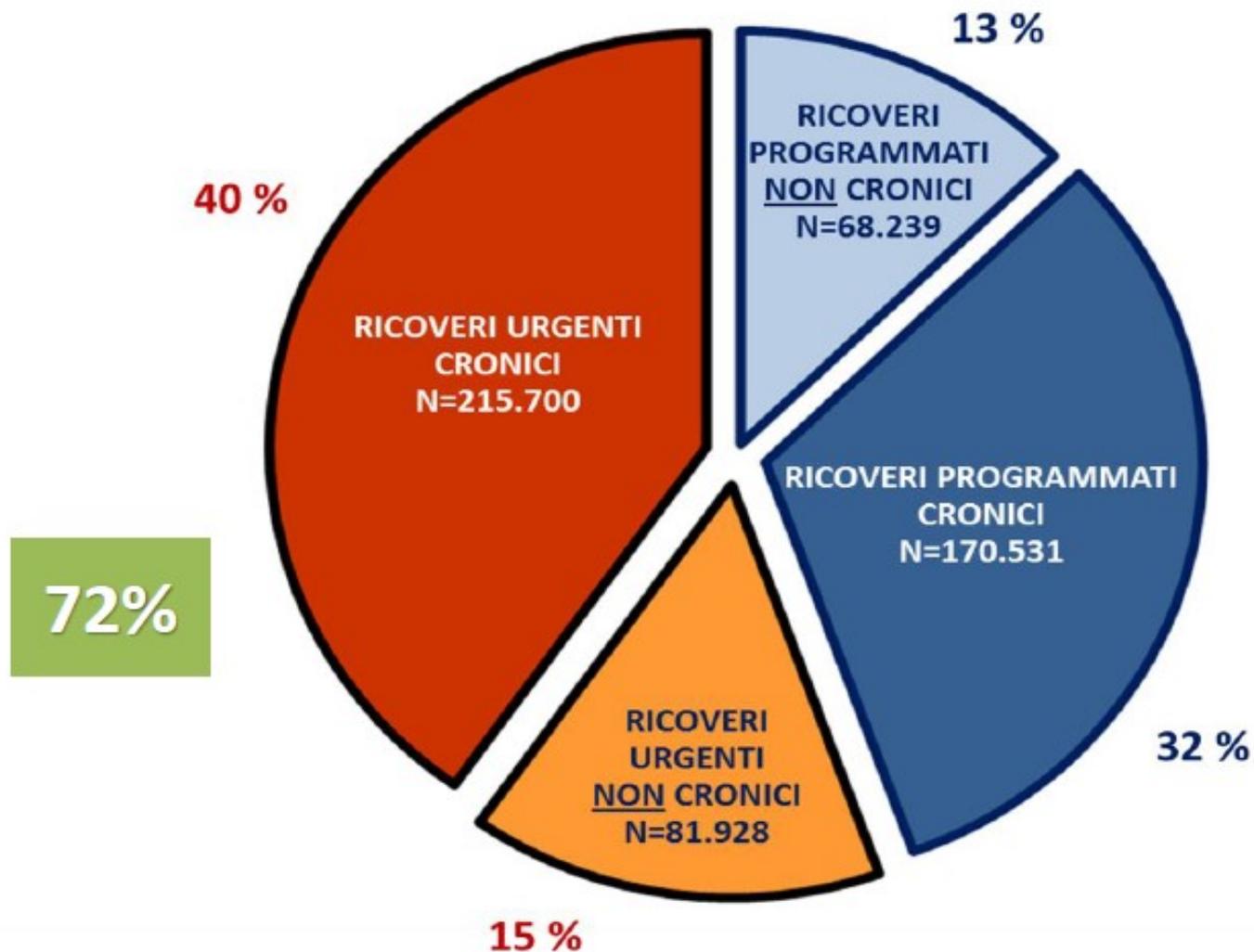
JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 19, Number 12, 2016

Intensity of Integrated Primary and Specialist Home-Based Palliative Care for Chronic Diseases in Northeast Italy and Its Impact on End-of-Life Hospital Access

Eliana Ferroni, Francesco Avossa, Franco Figoli, Maurizio Cancian, Cosimo De Chirico, Elisabetta Pinato, Michele Pellizzari, Ugo Fedeli, Mario Saugo, and Domenico Mantoan.

Gli studi citati dimostrano che quando i pazienti con malattia cronica evolutiva vengono presi in carico precocemente in un programma integrato di cure palliative tra Cure Primarie e Cure Palliative Specialistiche si riducono in misura evidente e statisticamente significativa:

1. N. ricoveri
2. Durata dei ricoveri
3. N. decessi in ospedale e accessi in Pronto Soccorso



Fonte Acg, condizioni croniche definite su esenzione e diagnosi. Ricoveri ordinari senza drg neonati sani

dal 1 gennaio 2017



REGIONE DEL VENETO

NUOVI ASSETTI TERRITORIALI

DISTRETTI
26

DISTRETTI
2

DISTRETTI
2

DISTRETTI
2

DISTRETTI
4

DISTRETTI
1

DISTRETTI
4

DISTRETTI
4

DISTRETTI
5

DISTRETTI
2



n.4 DISTRETTI

n.1 **AMBULATORIO C.P.**

n.3 **HOSPICE**

n.6 **MEDICI
PALLIATIVISTI**

Il modello veneto del distretto



Il nuovo ruolo del Distretto

Il Distretto socio sanitario è l'articolazione dell'Azienda ULSS deputata al perseguimento dell'integrazione tra i diversi servizi e le diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

Come si attiva il Nucleo Cure Palliative

(NCP)



Ospedale



Domicilio

Dimissione protetta, segnalazione da
Oncologia/Reparti

MMG



C. O. T.



ATTIVAZIONE NUCLEO CURE PALLIATIVE

❖ Gestione H24

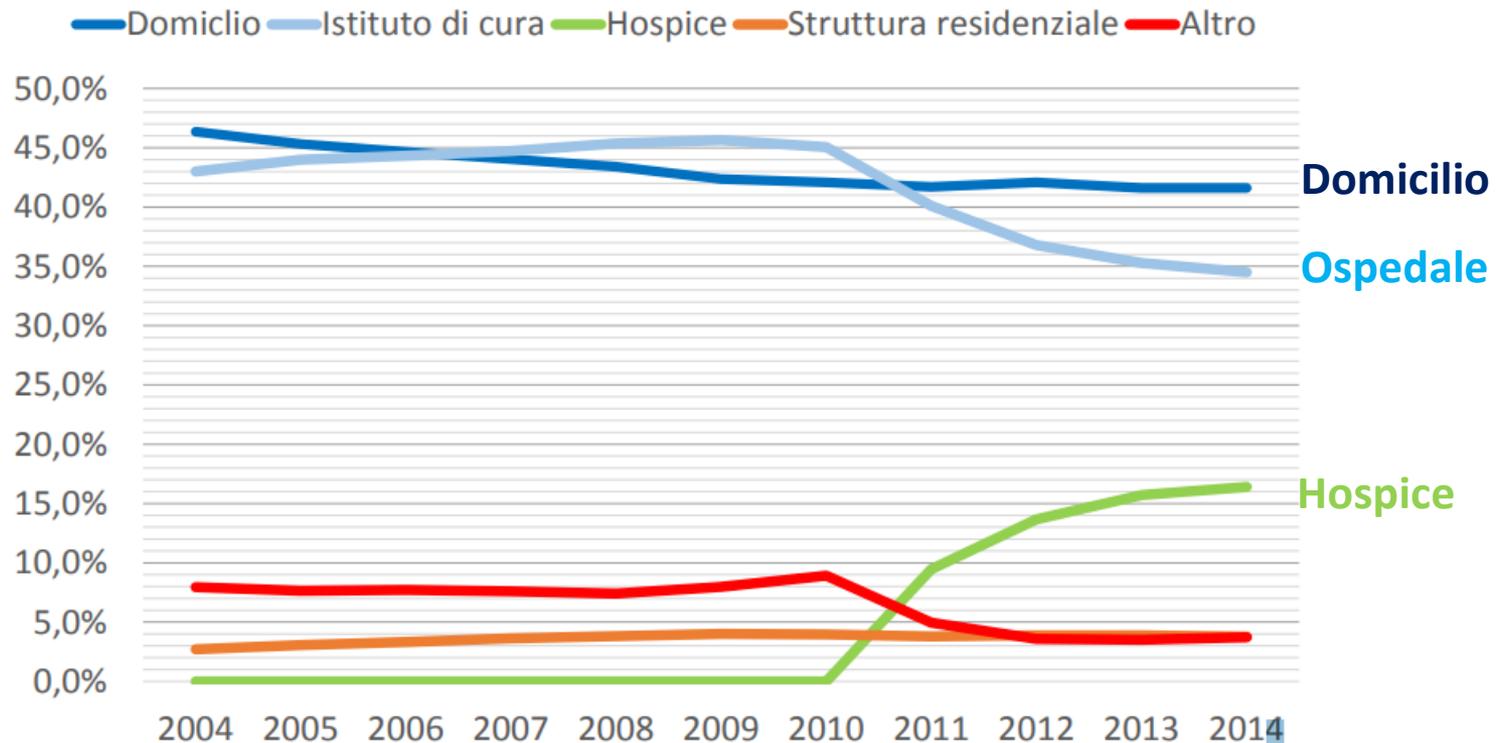
❖ Condivisione percorso di presa in carico
con medico ospedaliero e Famiglia



DISTRETTO
(UVMD)

Differenze negli anni: DATI ISTAT MORTALITÀ

% LUOGO decesso - ONCOLOGICI



Dal 2010 introdotto anche il campo Hospice.
Non si notano però differenze negli anni nei decessi
al proprio domicilio



Nuovi LEA



Art. 23
Cure palliative domiciliari

Art. 31
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita

Art. 38
Ricovero ordinario per acuti

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali in regime di ricovero ordinario ai soggetti che, in presenza di problemi o patologie acute, necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata nel corso della giornata, osservazione medico-infermieristica per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni stesse.
2. Nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni cliniche, mediche e chirurgiche, ostetriche, farmaceutiche, strumentali e tecnologiche necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia, inclusa la terapia del dolore e le cure palliative, o di specifici controlli clinici e strumentali; sono altresì garantite le prestazioni assistenziali al neonato, nonché le prestazioni necessarie e appropriate per la diagnosi


Disegno di Legge
**MINISTERO DELLA COORDINAZIONE PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO E LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME**

Codice sito: 4.10/2016/53

Presidenza del Consiglio dei Ministri
CSA 0003081 P-4.23.2.10
del 07/09/2016


Al Ministero dell'economia e delle finanze
- Gabinetto
ufficio@cabinetto@pec.mef.gov.it
- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Coordinamento delle attività dell'Ufficio del Ragioniere generale dello Stato
rgr.ragionieregenerale.coordinatione@pec.mef.gov.it

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
cio CNSEDO
sorficevna@pec.copmi.it

Al Assessore della Regione Piemonte
Coordinatore Commissione salute
assessore.sanitalia@cert.regione.piemonte.it

Al Assessore della Regione Emilia-Romagna
Coordinatore Vicario Commissione salute
sanitalia@cert.regione.emilia-romagna.it

Al Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano
(CSA PEC LISTA 3)

E p.c.
Al Ministero della salute
- Gabinetto
sals@cert.mis.it
- Direzione generale della programmazione sanitaria
dgsanitalia@cert.mis.it

Oggetto: Intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA).
Intesa ai sensi dell'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

Si comunica che la versione definitiva del provvedimento in oggetto, così come scaturita dalla riunione in data 6 settembre 2016, è disponibile sul sito www.statoregioni.it con il codice 4.10/2016/53.

12



REPORT
CURE DOMICILIARI

Analisi del flusso informativo regionale
Anno 2018

Accessi con data compresa nel periodo gennaio-dicembre 2018, numero assistiti e numero medio di accessi per assistito per distretto domicilio e figura professionale che ha eseguito l'accesso.

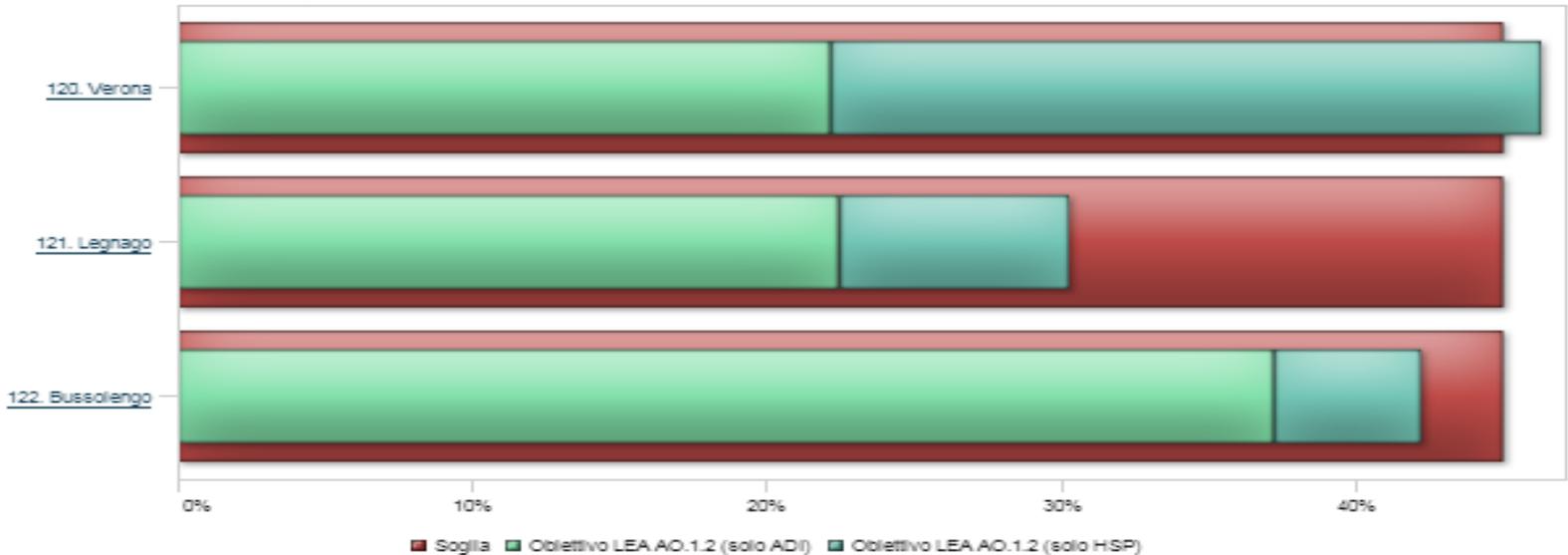
Distretto Domicilio	1-VR	2-Est Vero nese	3- Legnago	4- Bussolengo	Totale										
Figura Professionale	Totale accessi	N assistiti	N° medio accessi per assistito	Totale accessi	N assistiti	N° medio accessi per assistito	Totale accessi	N assistiti	N° medio accessi per assistito	Totale accessi	N assistiti	N° medio accessi per assistito	Totale accessi	N assistiti	N° medio accessi per assistito
Infermiere	62.387	2.114	29,5	55.441	2.758	20,1	43.268	2.955	14,6	70.291	4.043	17,4	231.387	11.857	19,5
MMG	24.822	2.243	11,1	28.229	2.893	9,8	19.471	1.545	12,6	63.330	10.011	6,3	135.852	16.679	8,1
OSS ULSS (del SSN)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51.733	484	106,9	51.733	484	106,9
Assistente Sociale ULSS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17.422	405	43,0	17.422	405	43,0
Fisioterapista	4.109	355	11,6	3.985	323	12,3	133	1	133,0	2.634	296	8,9	10.861	975	11,1
Medico Esperto in cure palliative	953	210	4,5	1.518	260	5,8	82	51	1,6	1.760	388	4,5	4.313	909	4,7
Medico Specialista	1.236	799	1,5	967	729	1,3	580	194	3,0	1.185	839	1,4	3.968	2.560	1,6
PLS	168	12	14,0	314	23	13,7	76	7	10,9	387	155	2,5	945	197	4,8
OSS del Comune (no SSN)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	566	4	141,5	566	4	141,5
Assistente Sociale Comune	-	-	-	-	-	-	-	-	-	282	4	70,5	282	4	70,5
Altro	-	-	-	3	3	1,0	-	-	-	-	-	-	3	3	1,0
Totale	93.677	3.471	27,0	90.457	4.037	22,4	63.611	3.361	18,9	209.500	12.023	17,5	457.300	22.831	20,0

Viene conteggiato il numero di pazienti terminali oncologici con una presa in carico di Cure Domiciliari conclusa con decesso a domicilio o dimessi in Hospice con diagnosi di tumore e dimissione per decesso nel corso di una presa in carico da parte della Rete di cure palliative. Viene quindi misurato il rapporto tra questi casi e la media dei deceduti per tumore nell'ultimo triennio messo a disposizione dall'ISTAT

C.2.8 Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT).

Periodo: gennaio
Soglia $\geq 45\%$
Si considerano le

Valore attuale dell'anno in corso (ADI e Hospice)
 Tutto Aziend... **509. Scaligera**



Valore 2018

Azienda	Ex 20	Ex 21	Ex 22	509
Numero deceduti media ultimi 3 anni	1.223	423	637	2.283
Numero decessi ADI	271	95	237	603
Numero decessi Hospice	295	33	32	360
Numero decessi mancanti per raggiungere obiettivo (45%)	0	62	18	64
Valore Obiettivo	46%	30%	42%	42%

C.2.9 Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo **ISTAT).**

Valore attuale dell'anno in corso

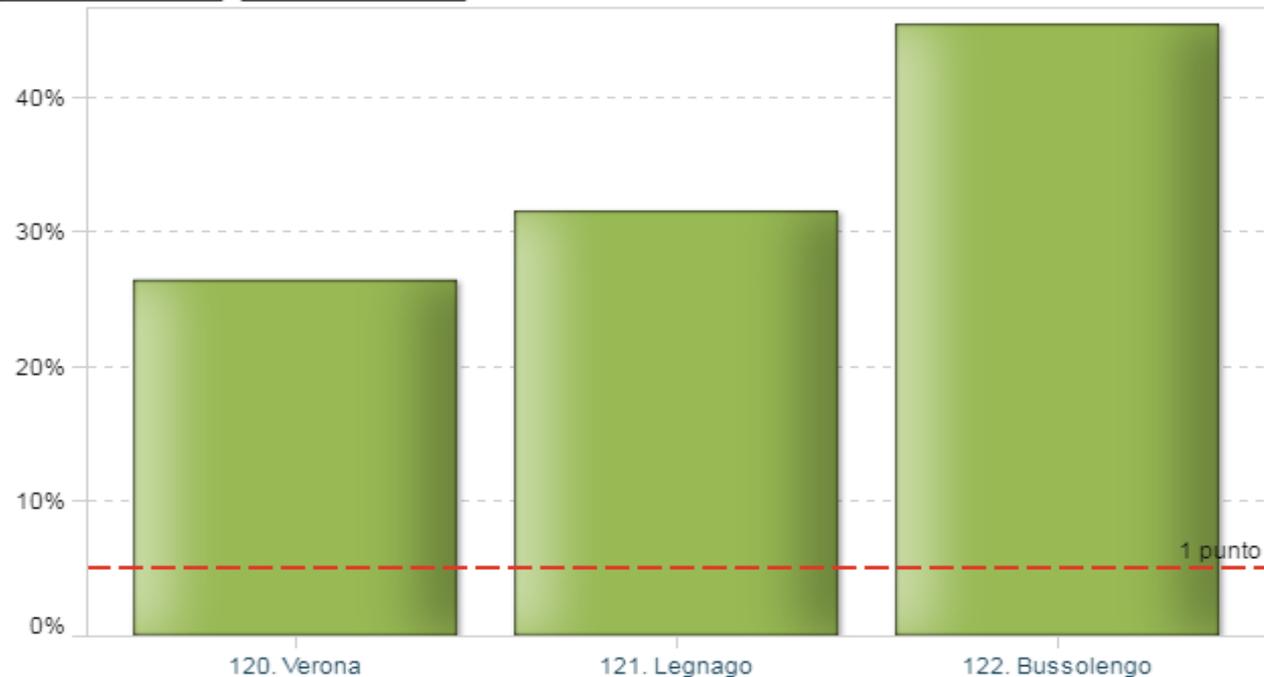
Tutto Aziend...

509. Scaligera

Periodo: gennaio-dicembre 2018.

Soglia $\geq 5\%$

Si considerano le PIC valide.



Anno 2018

Azienda	Ex 20	Ex 21	Ex 22	509
Giorni accesso	23.479	5.104	12.264	40.847
Giorni accesso precedenti	18.432	3.919	8.369	30.720
Indicatore	19,20	12,07	19,25	17,89
Indicatore anno precedente	15,18	9,17	13,23	13,51
Valore variazione su anno precedente	26,48%	31,62%	45,51%	32,46%

C.2.10 Numero di malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di deceduti per malattia oncologica. (dati ISTAT).

Periodo: gennaio-dicembre 2018.

Soglia $\leq 20\%$

Azienda	Ex 20	Ex 21	Ex 22	509
Numero deceduti SDO per tumore (<i>anno 2018</i>)	419	140	244	803
Numero deceduti media ultimi 3 anni	1.222	423	637	2.282
Indicatore	34%	33%	38%	35%

Sono conteggiati il numero di persone dimesse per decesso nell'anno di interesse in seguito ad un ricovero ospedaliero con diagnosi principale ICD9CM compreso tra 140-208. Viene quindi misurato il rapporto tra questi casi e la media dei deceduti per tumore nell'ultimo triennio messo a disposizione dall'ISTAT

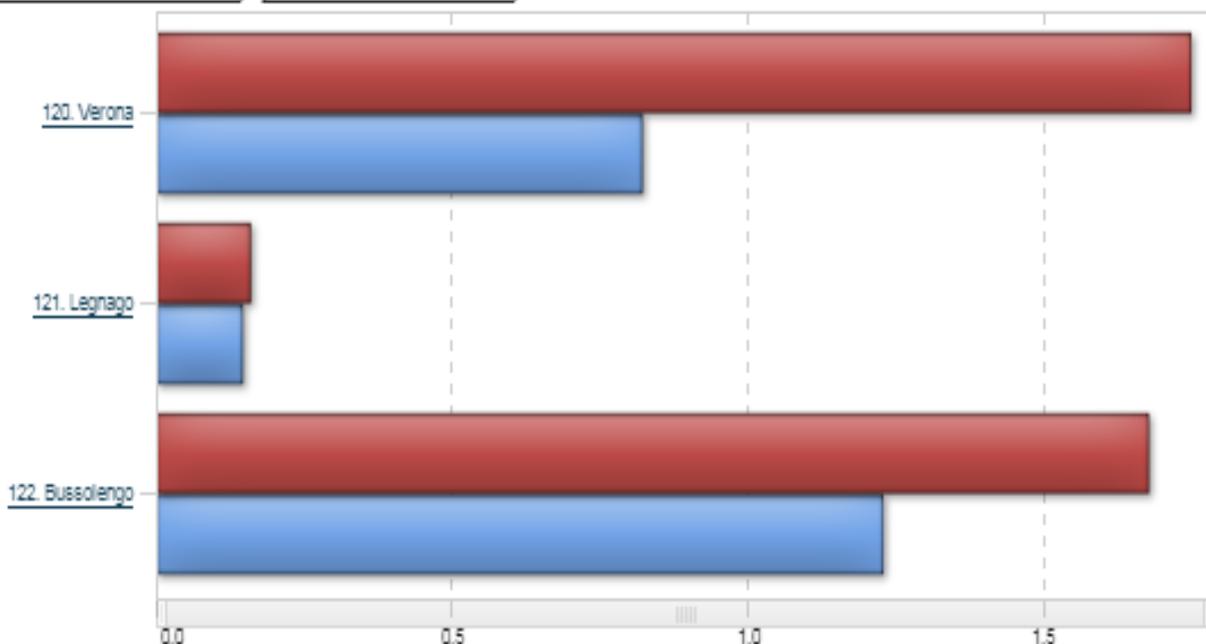
Sono conteggiate il numero di giornate di assistenza erogate da parte del medico palliativista durante le prese in carico di pazienti terminali oncologici. Viene quindi misurata la variazione percentuale del numero medio di giornate sui deceduti di tumore dell'anno di interesse rispetto a quello precedente.

C.2.11 Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra numero annuo di giornate effettive di assistenza (GeA) del medico palliativista erogate a domicilio ai malati deceduti a domicilio a causa di tumore e il numero dei

Valore attuale nell'anno in corso

Tutto Aziend...

509. Scaligera



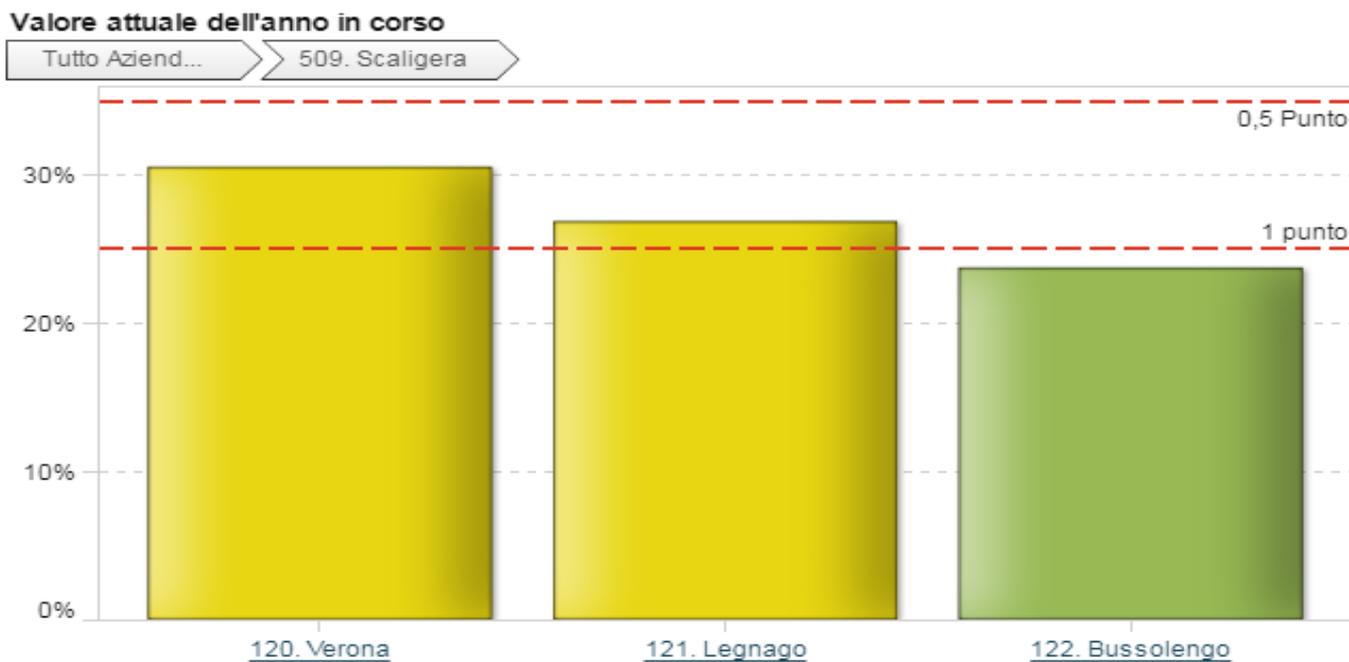
Azienda	Ex 20	Ex 21	Ex 22	509
Anno corrente	1,75	0,16	1,68	1,44
Anno precedente	0,82	0,15	1,23	0,81
Valore variazione su anno precedente	112,60%	9,08%	36,61%	77,46%

C.2.12 Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (dalla Rete cure palliative domiciliari), nei quali il

periodo di ric
sul numero d
patologia onc
Periodo: genr

Soglia \leq 2

Si considerano



Azienda	Ex 20	Ex 21	Ex 22	509
Numeratore	45	7	5	57
Denominatore	147	26	21	194
Valore obiettivo	30,61%	26,92%	23,81%	29,38%

C.2.13 Diminuzione del numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera.

Soglia come da Allegato A alla DGR 230/2018: **< 1%** rispetto all'anno precedente
 Numero e percentuale dimissioni da Hospice per anno e provenienza dell'assistito.

Fonte: flusso Hospice 2017-2018.

	A n n o	2017	2018				
Pr ov eni en za	N D i m i s s i o n i	%	N Dimissioni	%	Variazione percentuale		
1	d o m i c i l i o d e l l , a s s i	127	33,4%	32	8,2%	-75%	

GRAZIE