



Incontri
di aggiornamento
del Dipartimento
Oncologico

Responsabile Scientifico:
Dott.ssa Stefania Gori

La gestione del paziente oncologico in cure palliative

Dr.ssa Elisa Faggian
MMGcPI

La preoccupazione come MMG rispetto l'epidemiologia oncologica

(I numeri del cancro 2015 di AIOM e AIRTUM)



- ▶ tra i miei assistiti,
nel corso della loro vita,
avrà la **probabilità di ammalarsi di tumore**
1 uomo ogni 2 ed 1 donna ogni 3



- ▶ tra i miei assistiti,
nel corso della loro vita,
la **probabilità di morire a causa di un tumore** sarà
per **gli uomini di 1 ogni 3**
e per **le donne di 1 ogni 6**



- **Dopo 5 anni** dalla diagnosi di tumore potrò attendermi che circa **il 60%** dei miei assistiti sarà vivo (“**lungosopravvivenenti**”)
- e **dopo 10 anni** dalla diagnosi circa **il 35%**.
- Tra tutti gli assistiti ammalatisi di tumore **il 27% guarirà** (sarà tornato ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale).





Se il 60% dei miei assistiti con diagnosi di tumore è un « lungosopravvivate » a 5 anni e il 35% a 10 anni, dovrò affrontare:

- potenziali difficoltà di gestione legate alla «**CRONICITA'**» oncologica



➔ Piano nazionale della cronicità (luglio 2016)

BPCO e insufficienza respiratoria cronica, Malattie renali croniche e insufficienza renale, Malattia di Parkinson e parkinsonismi, Insufficienza cardiaca cronica, Artrite reumatoide, Rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn.

Il Piano nazionale della Cronicità (PNC) nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un **disegno strategico comune** inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una **migliore organizzazione dei servizi** e una **piena responsabilizzazione** di tutti gli attori dell'assistenza.

Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, **migliorando la qualità di vita**, **rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari** in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

- 
- 
- Il Piano nazionale della cronicità sottolinea la **complessità** e il forte **impegno assistenziale** che accomuna la cronicità.



PAZIENTE COMPLESSO

Complessità economiche

Reddito
Facilitazioni economiche
Consumo di risorse

Complessità socio-ambientali

Nucleo familiare e care giver
Persone che forniscono aiuto
Abitazione
Territorialità e servizi

Complessità psico-esistenziali

Persona unico portatore del sapere
legato alla sua Storia,
ai suoi Valori,
al Senso della sua vita,
alla sua Qualità di vita e di morte

PAZIENTE COMPLESSO

Complessità assistenziali

Perdita dell'autonomia/disabilità
Presidi e ausili
Persone che forniscono assistenza

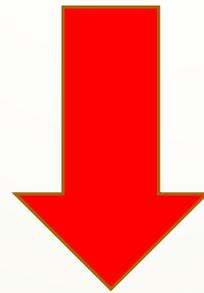
Complessità sanitarie

Severità della patologia
Polipatologia
Interferenze tra patologie
Compliance nei confronti della cura



Potrò inoltre attendermi che

- il 40 % dei miei assistiti morirà entro 5 anni dalla diagnosi di tumore
- e il 65% dopo 10 anni



la difficoltà di **gestione del fine vita**

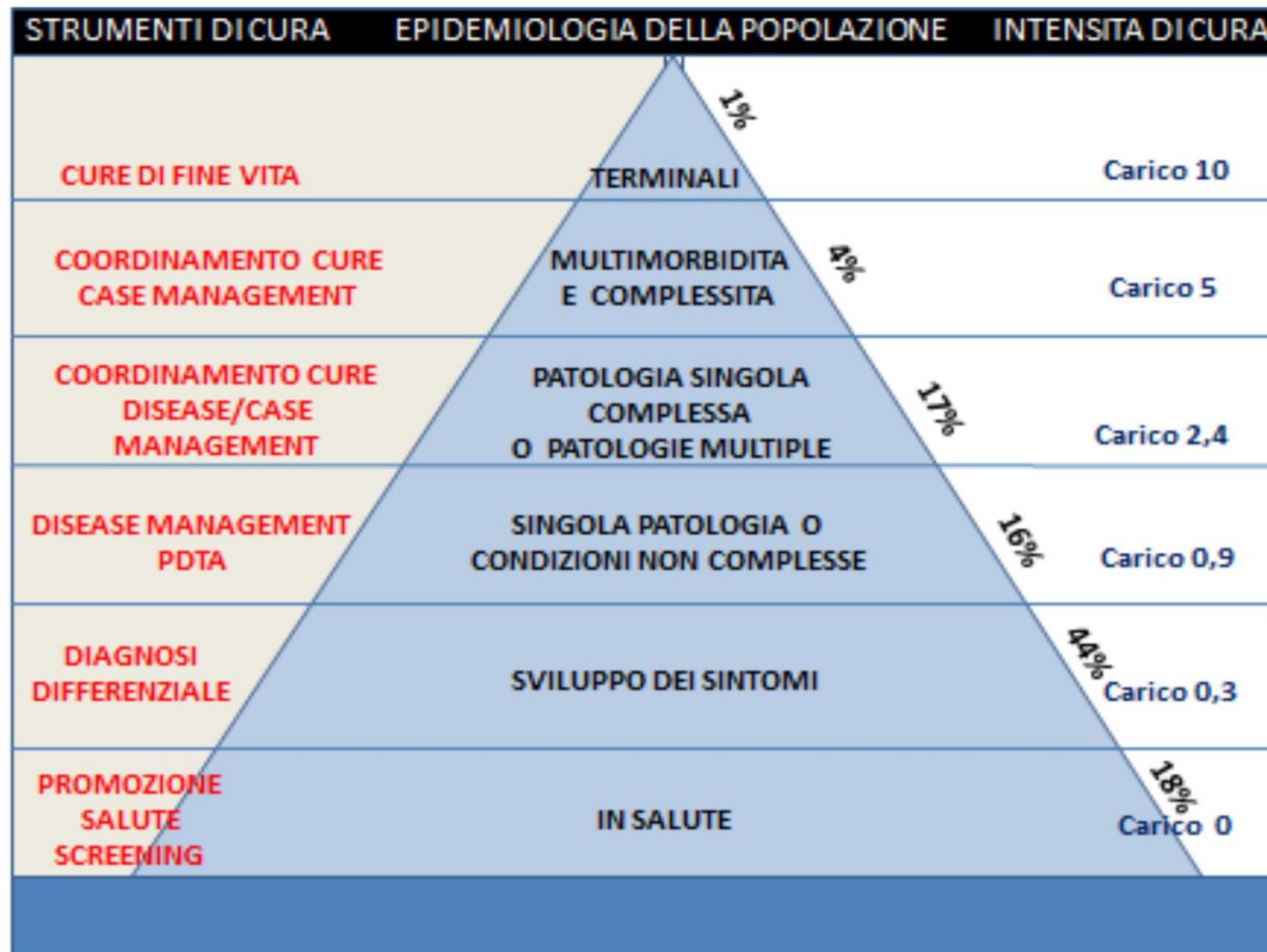
Sguardo all'epidemiologia della medicina generale

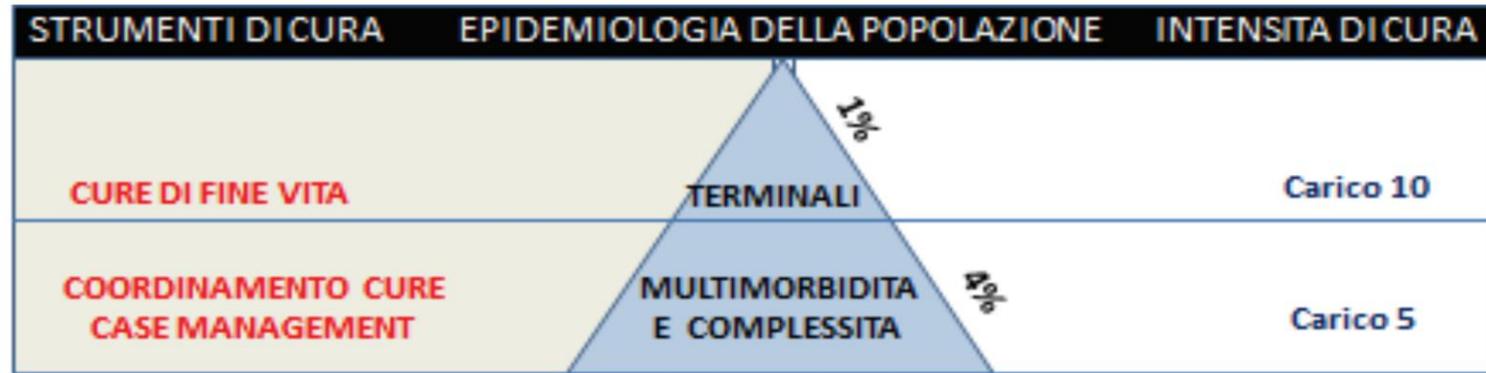




Epidemiologia della Medicina Generale

Quale presa in carico



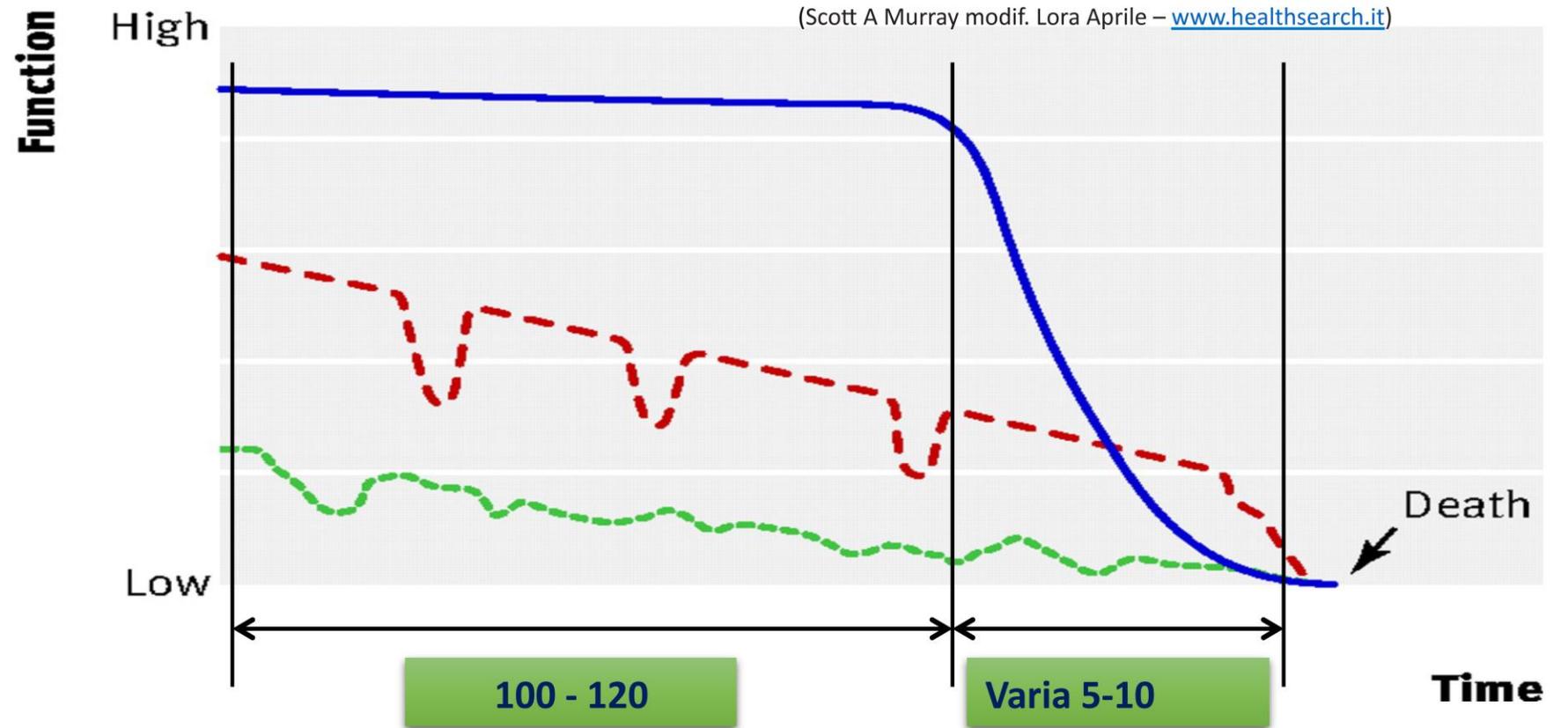


Un MMG con in carico 1500 assistiti/anno dovrà attendersi che:

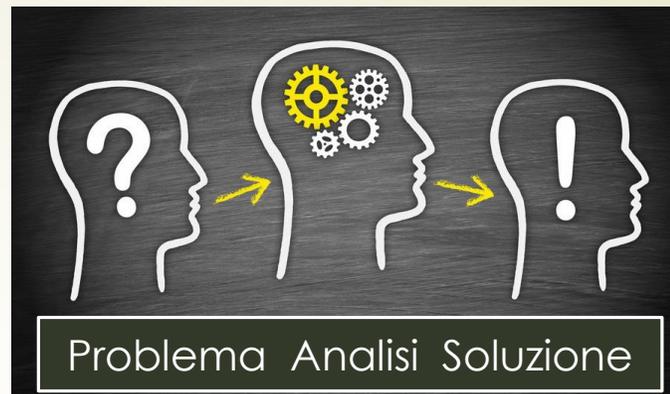
- Circa **15 assistiti** necessiteranno di **cure di fine vita**, di cui circa il 30% con terminalità oncologica (si stimano **4/6** pazienti/anno)
- Circa **60 assistiti** necessiteranno di **cure complesse** a media/alta intensità

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

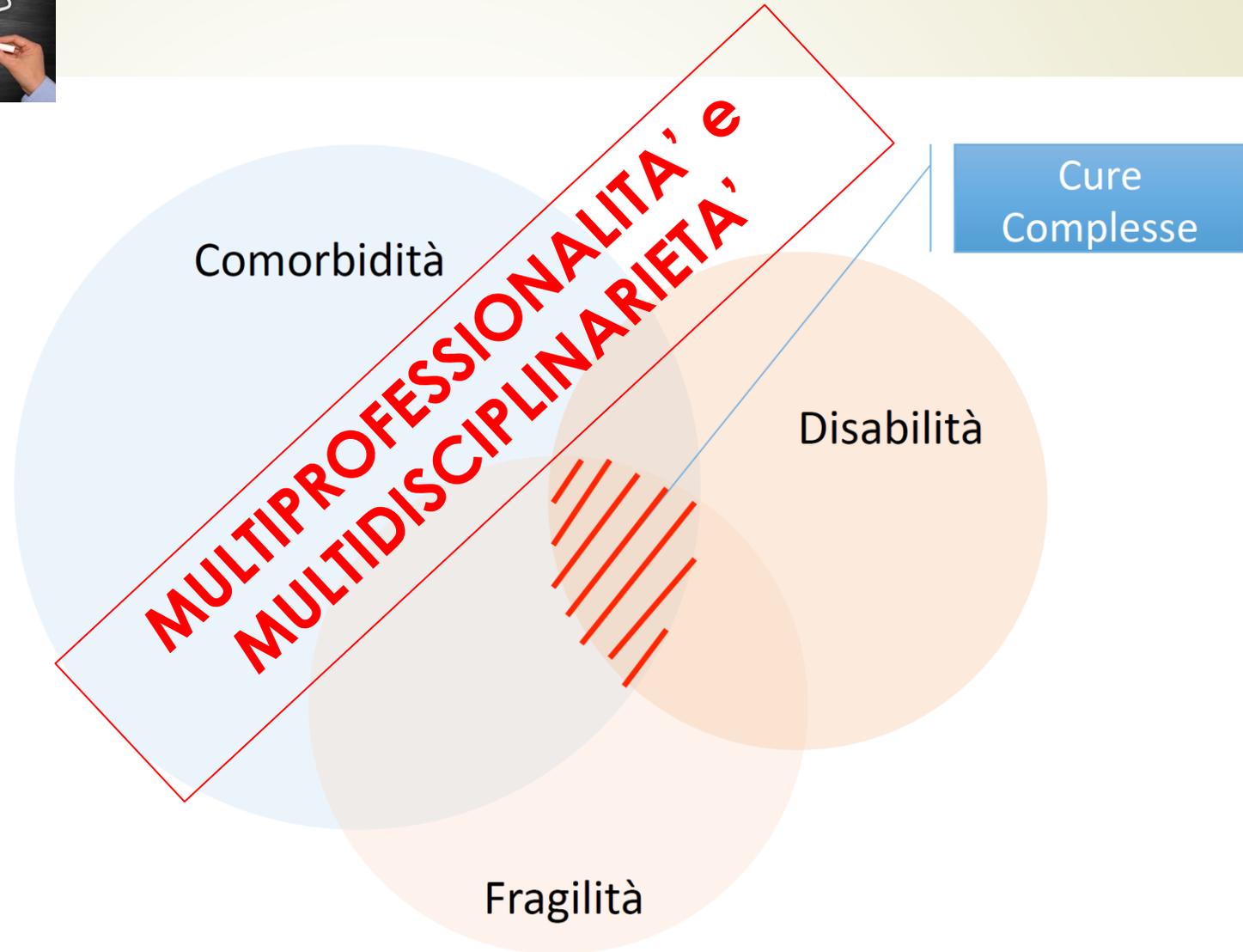
- pazienti oncologici: n.38 (diagnosi < 5 anni – n.5 con dolore trattati 3°WHS)
 - - - -** pazienti con insufficienza d'organo n. 54 (5 Insuff.Cardiacca + 39 BPCO)
 - ● ● ● ● ● ● ●** pazienti con malattie degenerative neurologiche n. 27 (Demenze)
- TRAIETTORIE DI MALATTIA CRONICA**



Prima analisi

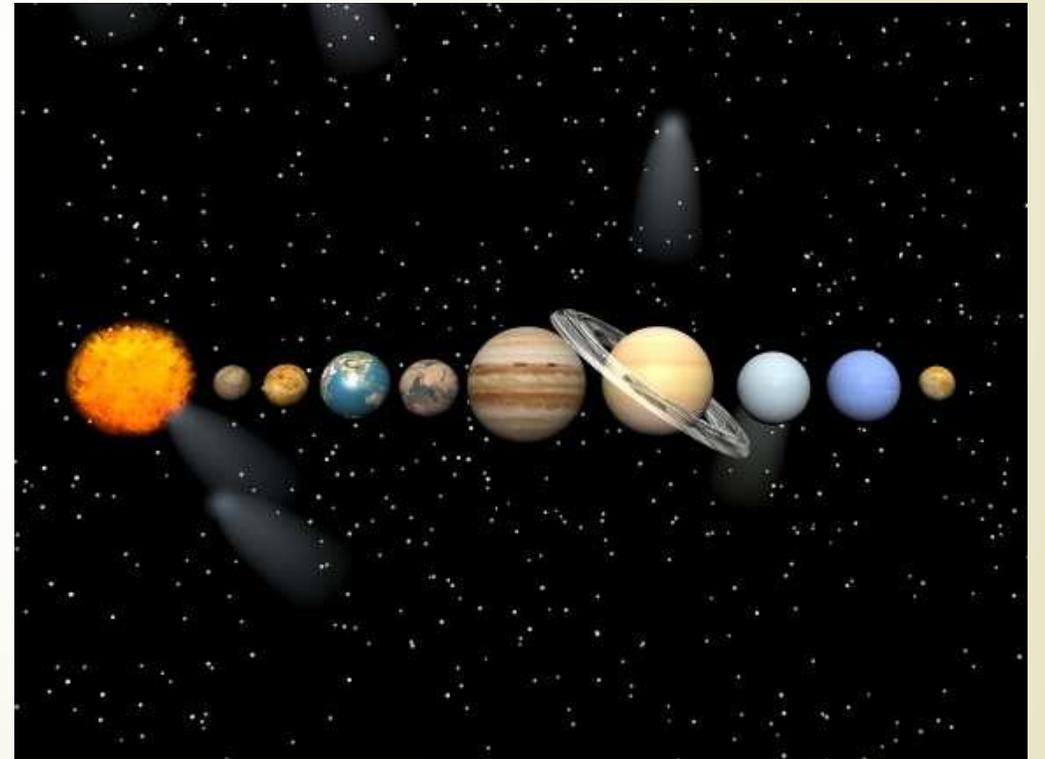


- Il **malato complesso** è quel malato per il quale **un singolo professionista non è più sufficiente** da solo ad erogare le cure adeguate, **indipendentemente dalle sue conoscenze, abilità e predisposizioni** :
- **è necessario che le cure siano erogate da più professionisti:** Medico di Medicina Generale, Medici specialisti, infermieri, psicologi, fisioterapisti,...



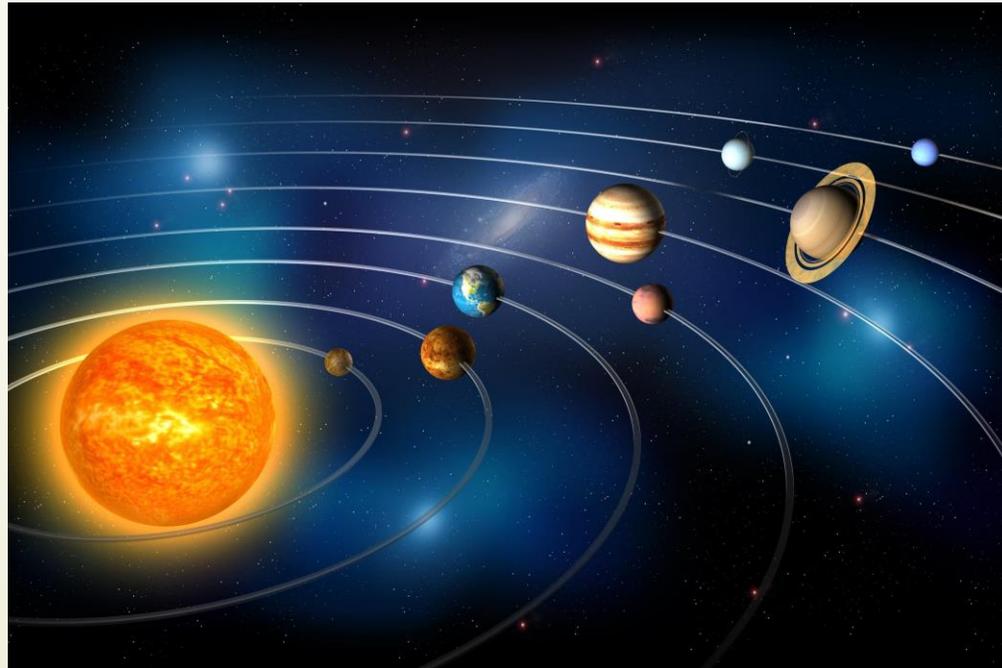


- Una delle sfide più grandi è la **comunicazione** e l'**integrazione** fra i vari professionisti





E'una **SFIDA DI SISTEMA**:
andare **oltre i limiti** dei singoli
professionisti e **superare i**
«pregiudizi».



Seconda analisi



- E' fondamentale un'**identificazione precoce** delle **persone che necessitano di cure palliative** da parte di **tutti** gli attori del sistema.

IDENTIFICAZIONE PRECOCE

(EARLY PALLIATIVE CARE)

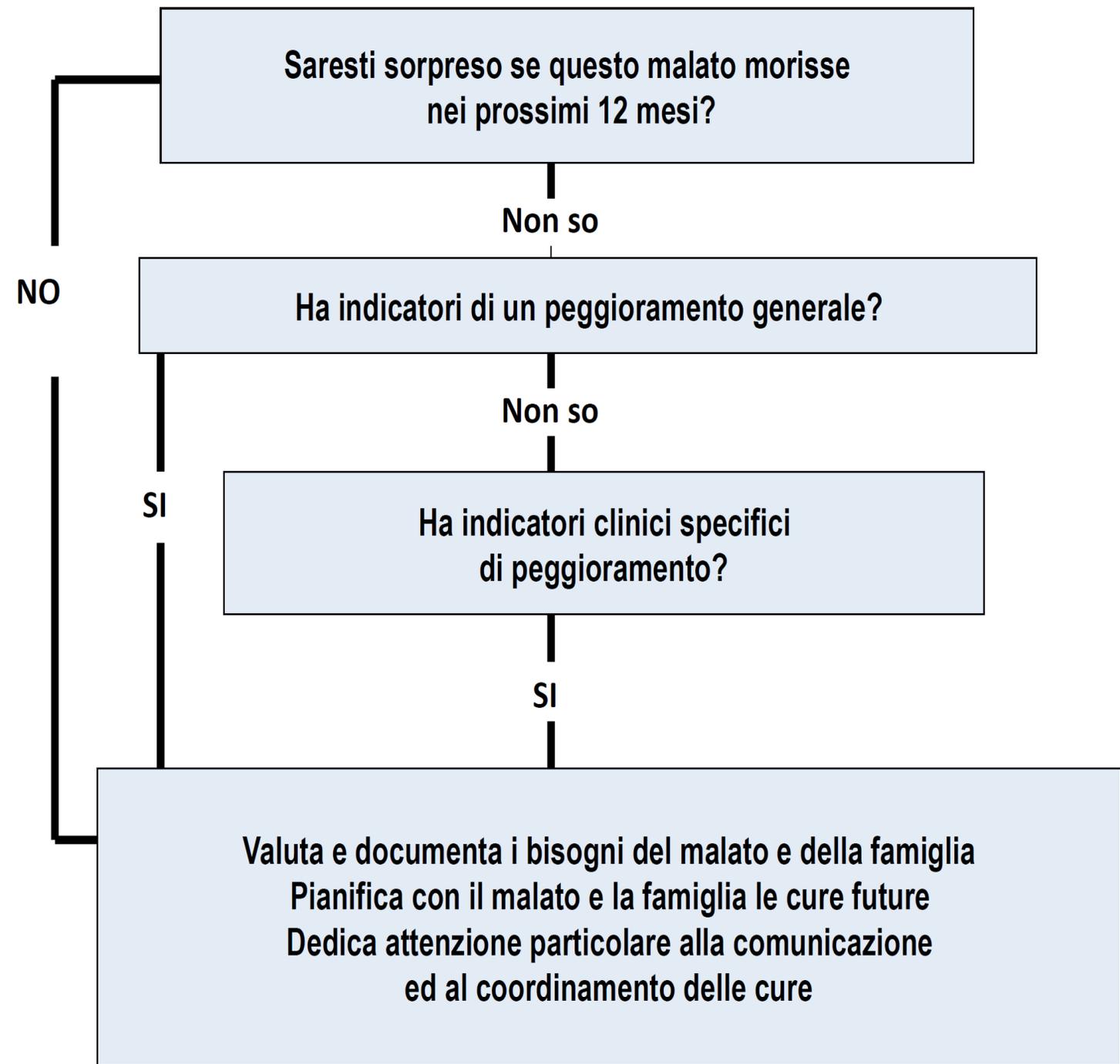
delle persone alle quali il **SSN garantisce le cure palliative**
(art. 23 del nuovo decreto di aggiornamento dei LEA) :

*«persone affette da patologie
ad andamento cronico ed evolutivo
per le quali non esistono terapie
o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci
ai fini della stabilizzazione della malattia
o di un prolungamento significativo della vita»*

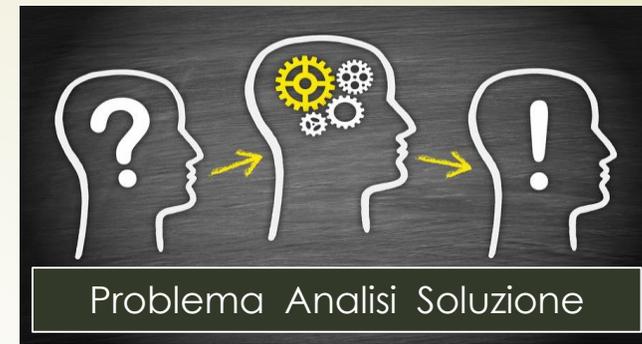
Courtesy of dr. Peruselli

**Flow Chart
per l'identificazione
dei malati che
si «avvicinano alla fine
della vita»
e per il loro successivo
percorso di cura**

(adattata da «The GSF
Prognostic Indicator Guidance»
sett.2011)



Terza analisi



- E' fondamentale la **capacità di stimare i bisogni** di un malato complesso:
la **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

I **problemi fisici, psicologici, sociali e spirituali** devono essere considerati nella loro globalità per garantire la massima qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie

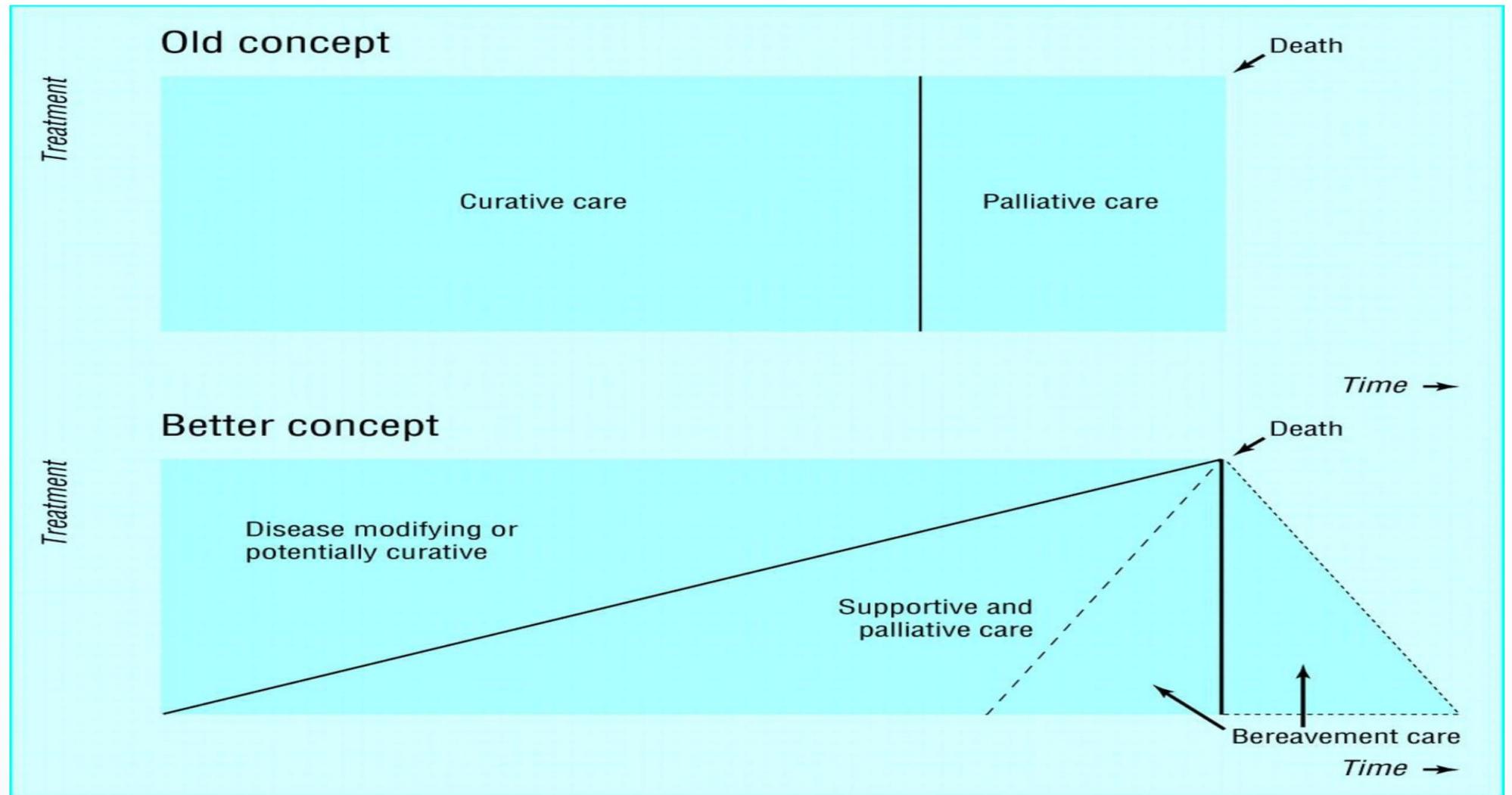
Nei sistemi complessi le **interazioni** avvengono **a livello locale** ma possono avere un **impatto sull'intero sistema** attraverso la loro influenza sulle interazioni future

Le loro **Interdipendenze** generano numerosi **"bisogni"** e richiedono **attenzione ai dettagli** quando valutiamo i pazienti per sviluppare piani di assistenza individuali



SISTEMA COMPLESSO

Il modello organizzativo sul quale si sono modellati la maggior parte dei Servizi di Cure Palliative, oggi è in evoluzione e presenta criticità non necessariamente collegate alla durata dei percorsi di cure palliative.



Approccio palliativo TERAPIE DI SUPPORTO

Cure palliative
simultanee

Cure
Palliative

La terapia di supporto è parte integrante delle cure e comprende tutti i trattamenti che hanno come obiettivo quello di prevenire e gestire gli effetti collaterali legati alle terapie, allo scopo di ottimizzare la prevenzione e il controllo dei sintomi fisici, funzionali, psichici e della sofferenza sociale e spirituale della persona e del sostegno alla famiglia, laddove l'outcome sia principalmente la sopravvivenza.*

* Da Glossario – Osservatorio delle buone pratiche cliniche in Cure Palliative – AGENAS, 2013- modificato

Approccio palliativo TERAPIE DI SUPPORTO

Cure palliative simultanee

Cure Palliative

Le cure simultanee rappresentano un **modello organizzativo** mirato a garantire la presa in carico globale attraverso **un'assistenza continua, integrata e progressiva fra terapie causali e Cure Palliative** quando **l'outcome non sia principalmente la sopravvivenza** del malato.

Le finalità sono:

- Ottimizzare la qualità della vita in ogni fase della malattia, attraverso una meticolosa attenzione agli innumerevoli bisogni, fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia.
- Garantire la continuità di cura attraverso una **gestione flessibile** del malato e dei suoi bisogni, con appropriati obiettivi in ogni singola situazione attraverso la valutazione, pianificazione, coordinamento, monitoraggio, selezione delle opzioni e dei servizi.
- **Evitare il senso di abbandono nella fase avanzata**

L'integrazione tra le terapie causali e le Cure Palliative nel continuum della cura è essenziale per il malato *

* Da Glossario – Osservatorio delle buone pratiche cliniche in Cure Palliative – AGENAS, 2013- modificato

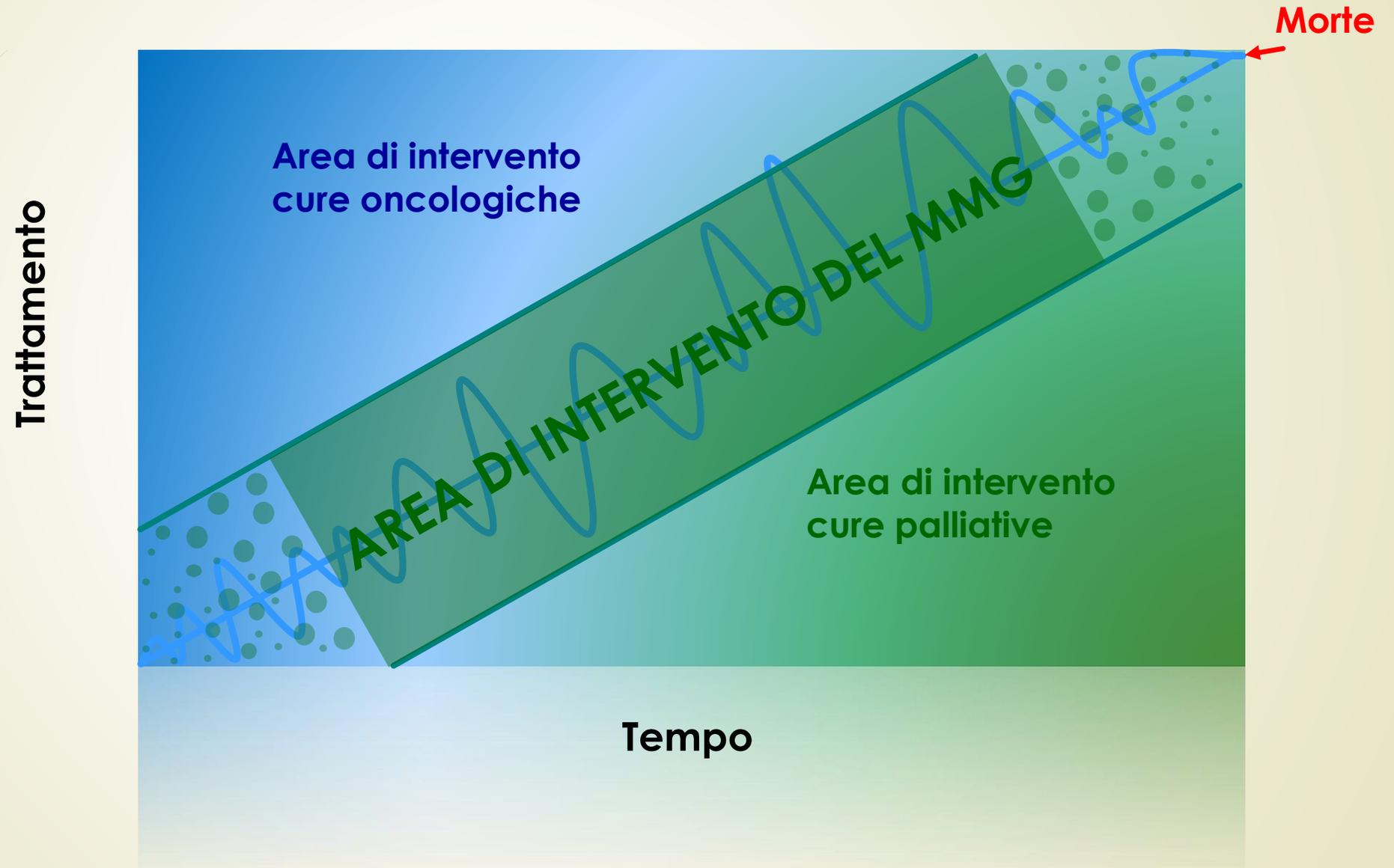
Approccio palliativo
TERAPIE DI SUPPORTO

Cure palliative
simultanee

**Cure
Palliative**

Le Cure Palliative, ed in particolare quelle dell'ultima fase della vita, si riferiscono alle cure in cui **non** sono **più appropriate né opportune le cure causali della malattia**, poiché **l'outcome** non è più la sopravvivenza, ma la sua **qualità di vita** e **qualità di morte**. Esse sono caratterizzate dal **pronto riconoscimento dei bisogni della persona (fisici, psicologici, spirituali)** che permette di impostare quei cambiamenti che sono necessari per riuscire a garantire ai malati una buona qualità del morire e ai familiari che li assistono una buona qualità di vita, prima e dopo il decesso del loro caro. Le cure di fine vita si caratterizzano per una **rimodulazione** dei trattamenti e degli interventi assistenziali in atto **in rapporto ai nuovi obiettivi di cura**

Un modello organizzativo in evoluzione...



Le novità della Legge 38/2010

Assistenza domiciliare:

L'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle équipe specialistiche di cure palliative, di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta;

E' il **MMG** che assume nelle cure domiciliari **la responsabilità clinica dei processi di cura, garantendo il coordinamento** degli apporti professionali forniti dagli operatori coinvolti nell'assistenza.

Questa sua **centralità** è **sottolineata** sia nel **Piano nazionale cronicità** che nei **nuovi LEA**.

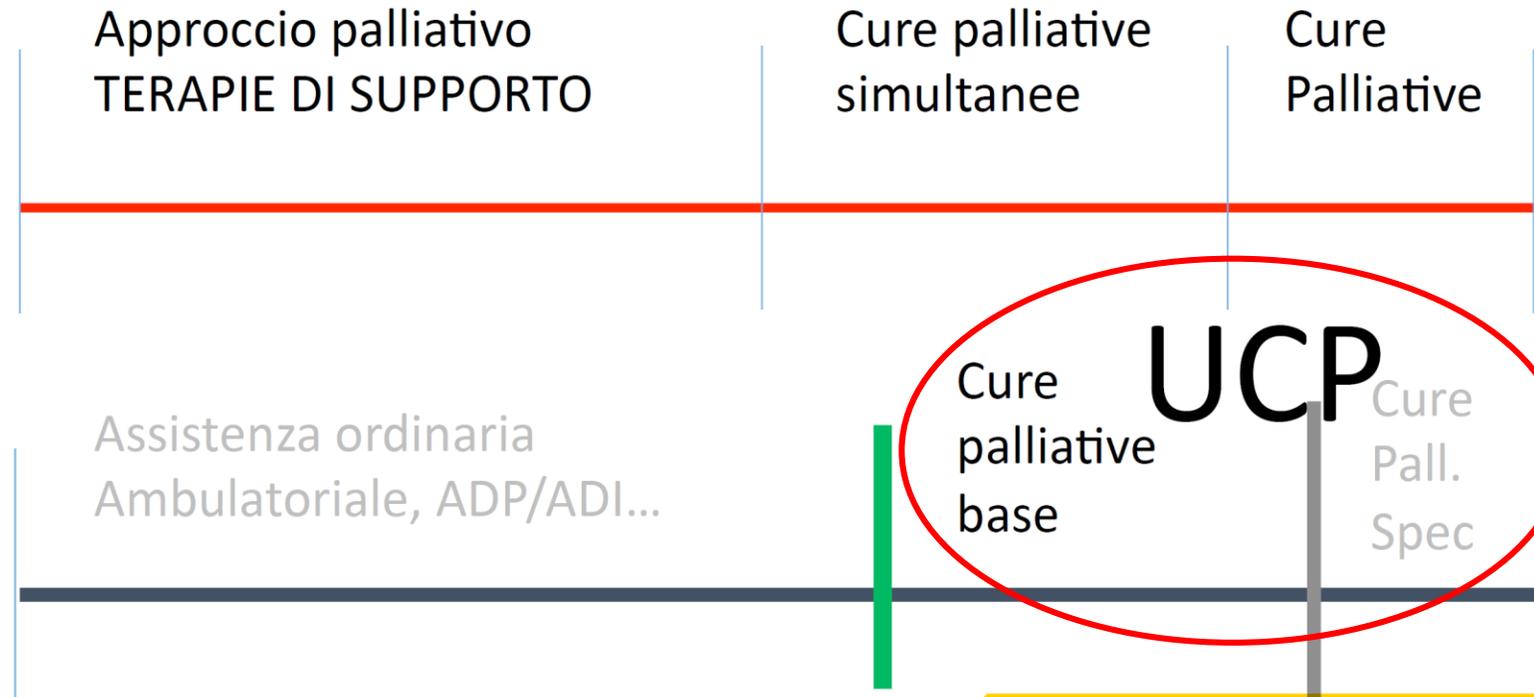


LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

- Sono erogate dalle **UNITA' DI CURE PALLIATIVE (UCP)**.
- Si articolano su **due livelli**, distinti sulla base della complessità dei bisogni, in

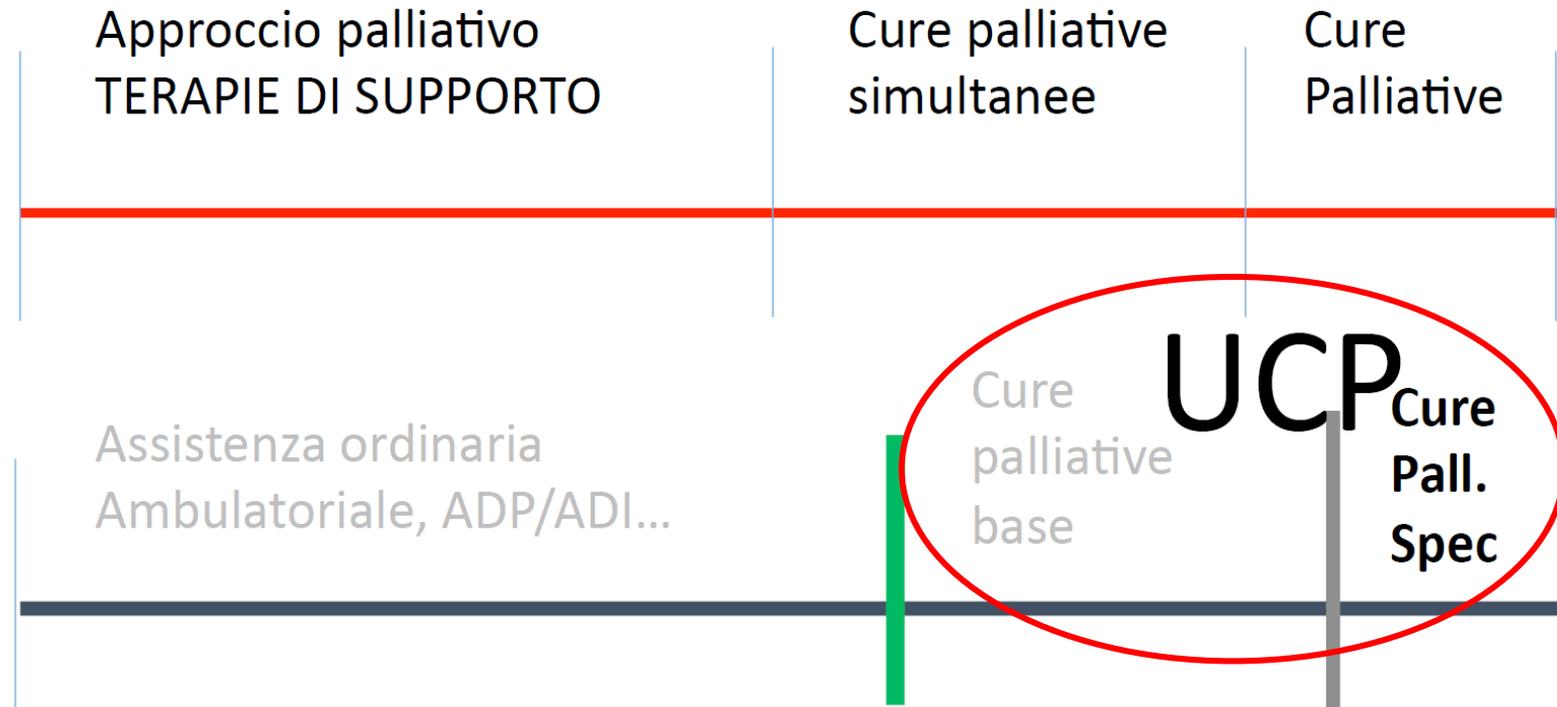
Cure palliative di base
coordinate dal MMG

Cure palliative specialistiche
gestite dall'equipe dedicata dell'UCP,
in collaborazione con il MMG



Le Cure Palliative di Base sono ancora erogate da **medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative**, ma per i quali esse non rappresentano il focus principale di attività (MMG, Infermiere territoriale...). L'elemento che le differenzia dalle cure ordinarie in ADP/ADI è che esse **richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale (PAI)** ma sono **coordinate dall'UNITA' DI CURE PALLIATIVE (UCP)**

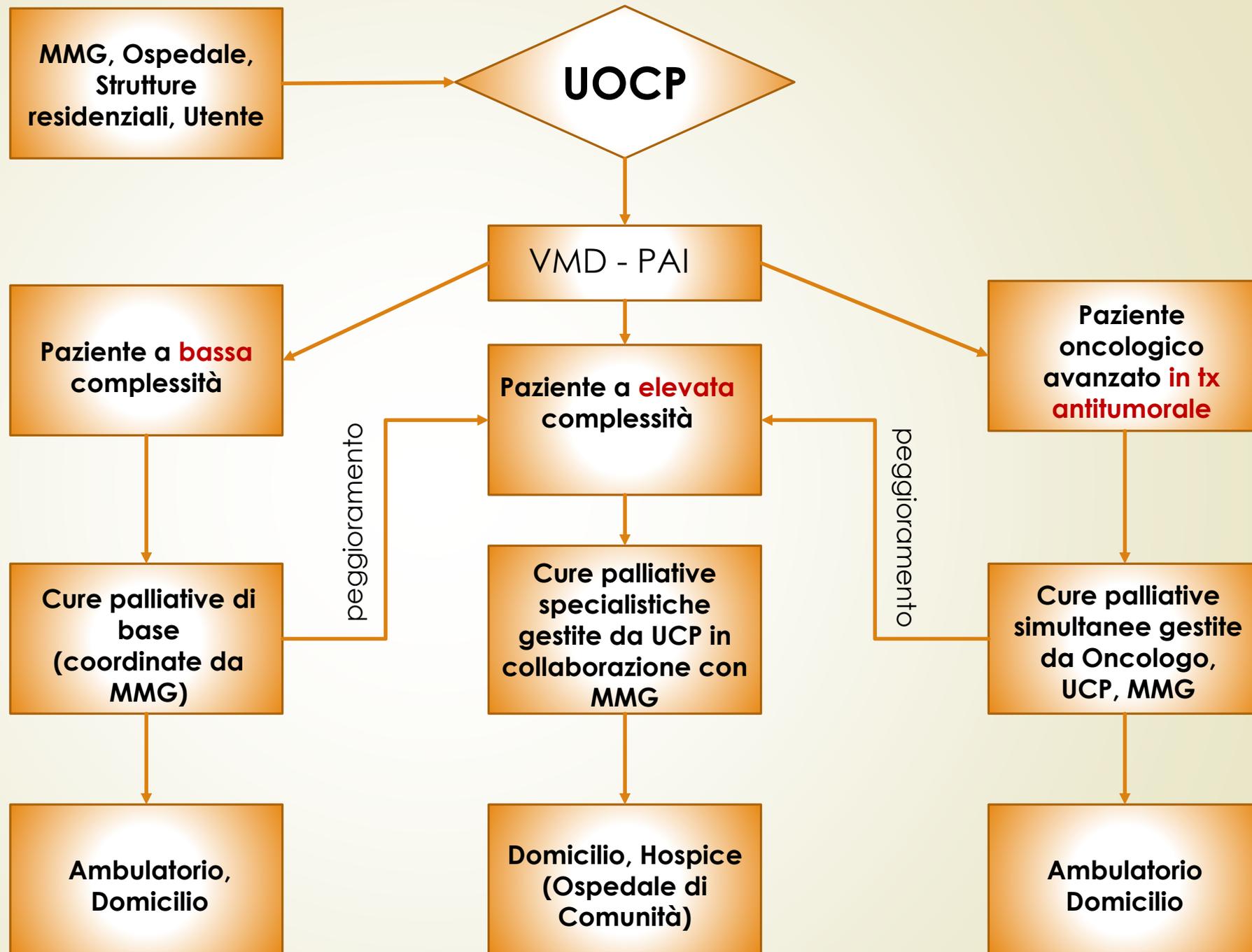
Gli elementi che motivano **il passaggio dall'ADP/ADI alla UCP** scaturisce dalla percezione che i bisogni di cure palliative diventano pregnanti e richiedono una richiesta di valutazione multidimensionale dell'UCP.



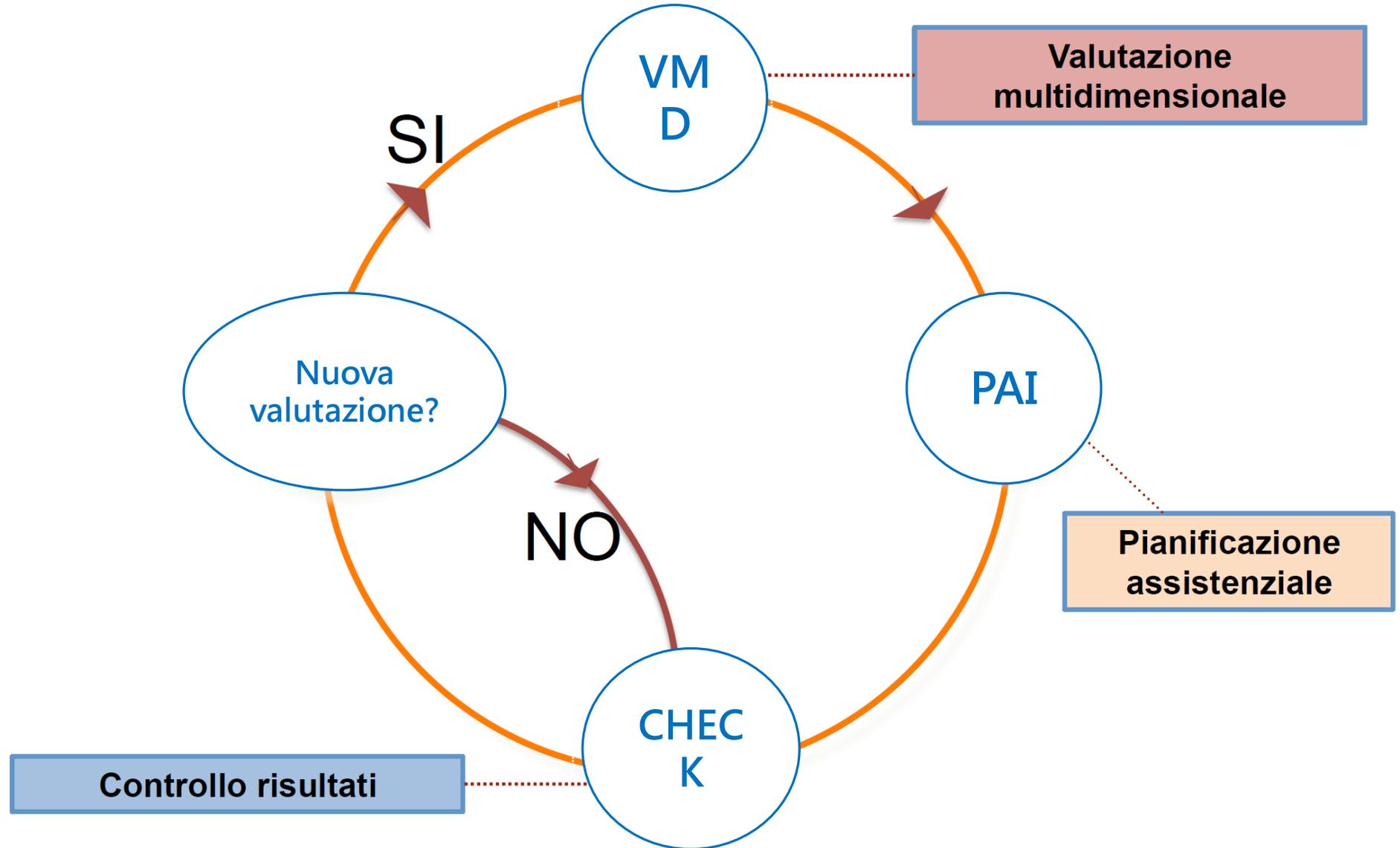
Le Cure Palliative Specialistiche sono un passaggio interno alla UCP e sono motivate dalla **complessità del malato** e dalla **intensità assistenziale**.

Vengono presi come parametri l'indice di Performances Status di Karnofsky (<50) e/o il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA<0.4)

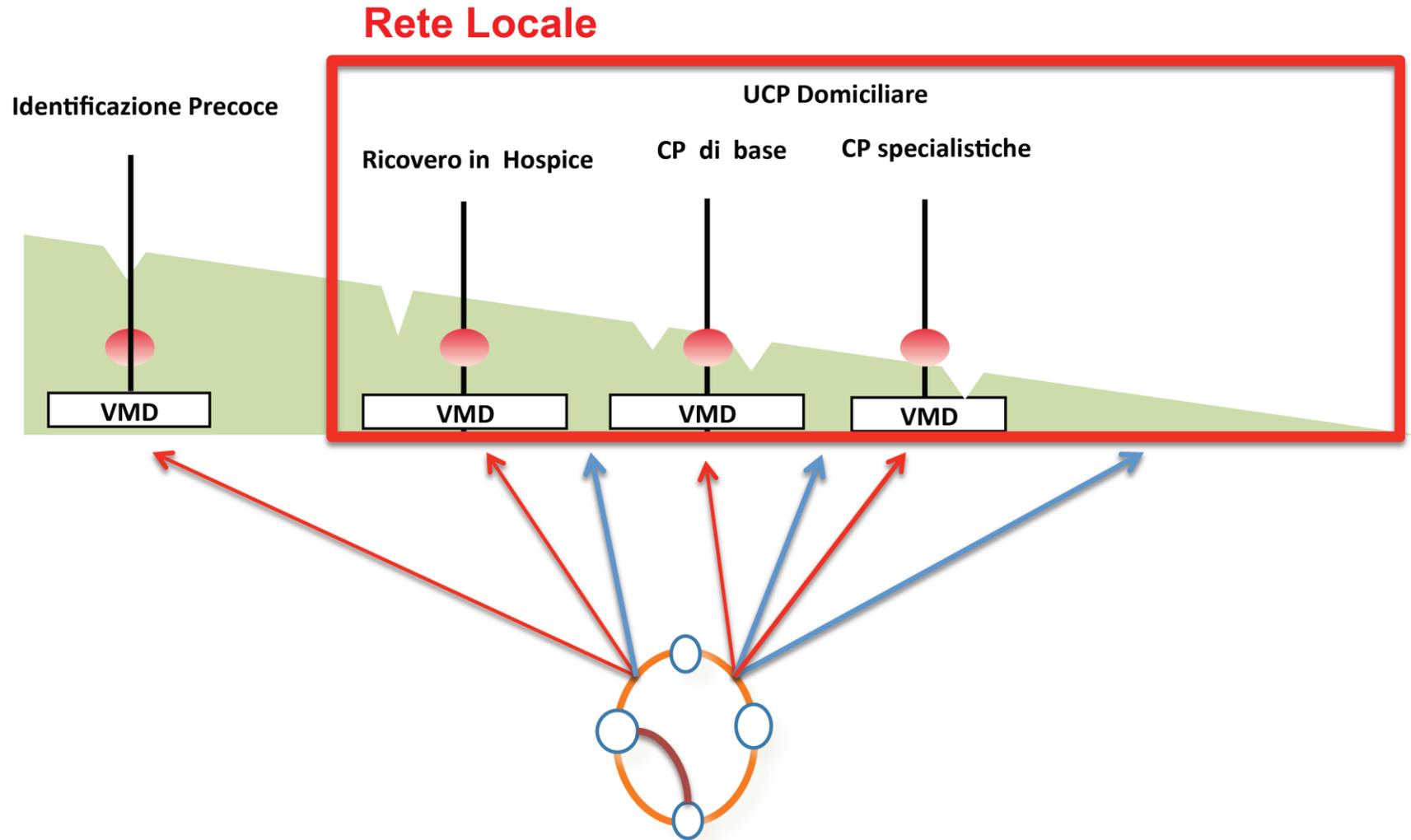
Sia nelle Cure di Base, sia nelle Cure Specialistiche si possono comprendere le cure palliative simultanee.



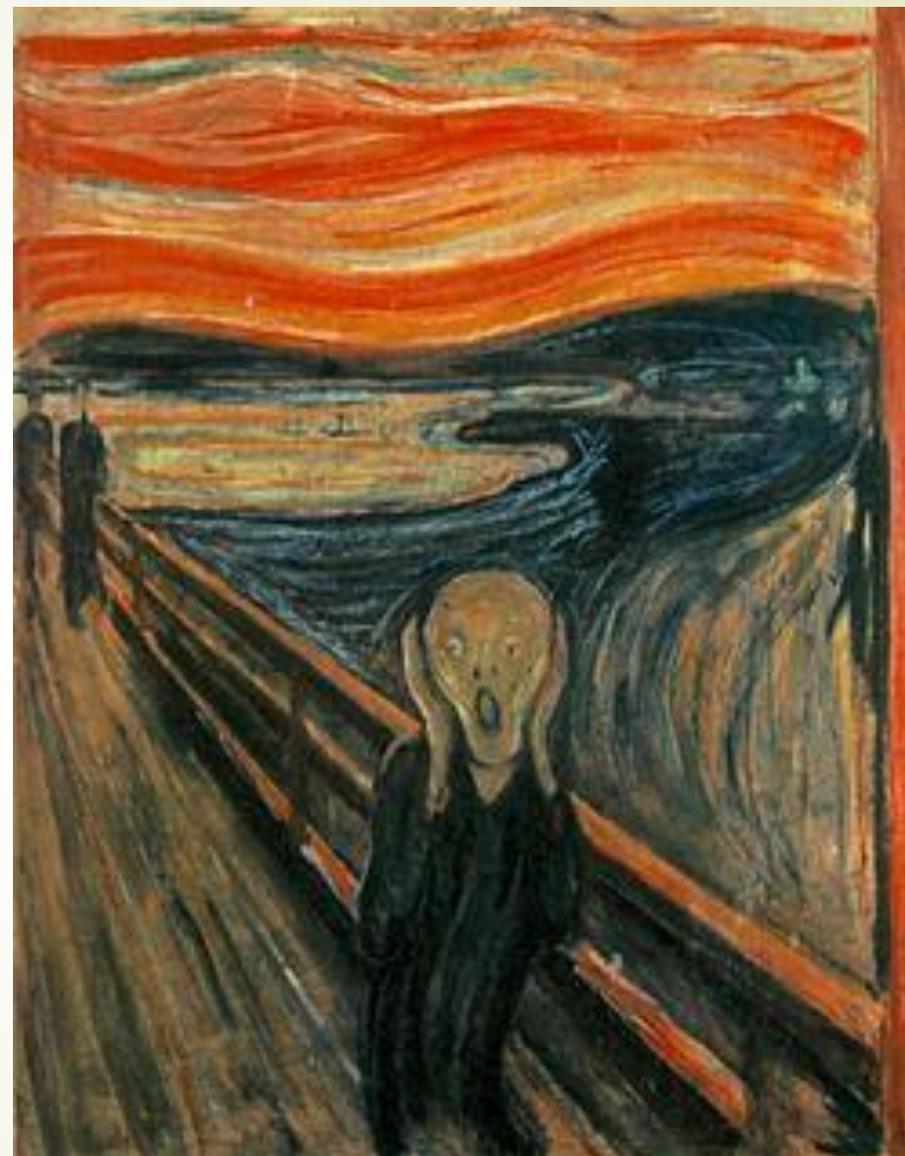
VMD e governance 'dinamica' dei percorsi di cura



VMD e governance 'dinamica' dei percorsi di cura



**E NELLA NOSTRA ULSS
CHI SI OCCUPA
DI CURE PALLIATIVE?**





ATTORI COINVOLTI NELL'ULSS 22 NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI ONCOLOGICI CON NECESSITA' DI CURE PALLIATIVE

- **Medicina Generale**
- **Servizio di Assistenza Domiciliare**
- **Dipartimento di Cure Palliative (Dr. Trivellato)**
- **Associazione convenzionata: AMO BALDO GARDA**
- **Altre Associazioni: ANT, L'ACERO DI DAPHNE**
- **OSPEDALE DI COMUNITA'**
- **REPARTI OSPEDALIERI DI ONCOLOGIA**
- **CASE DI RIPOSO**
- **RSA**

Rete ???



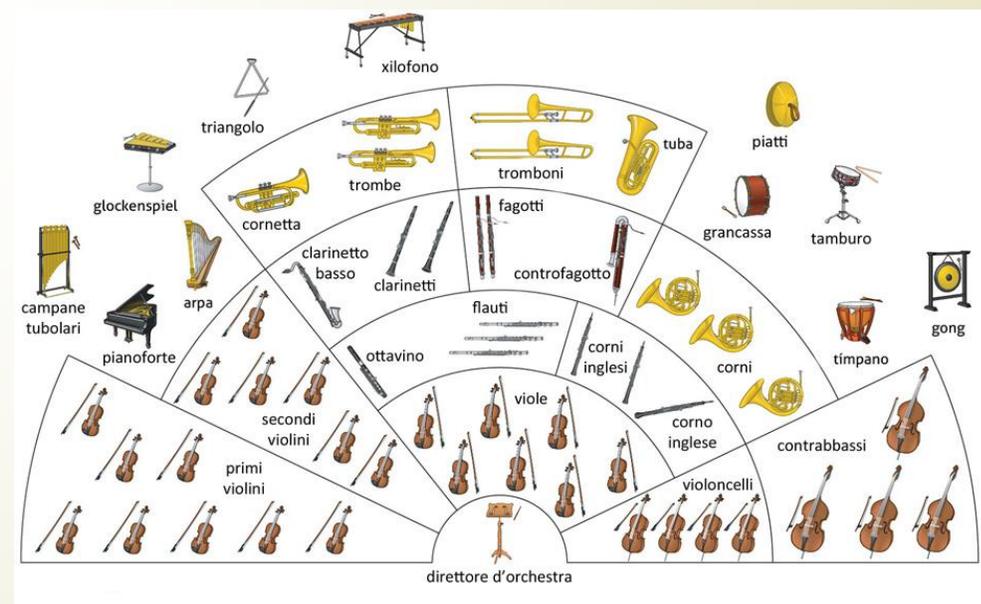




Perché ci sia una **rete** è indispensabile
un **coordinamento** ➡ **UCP**

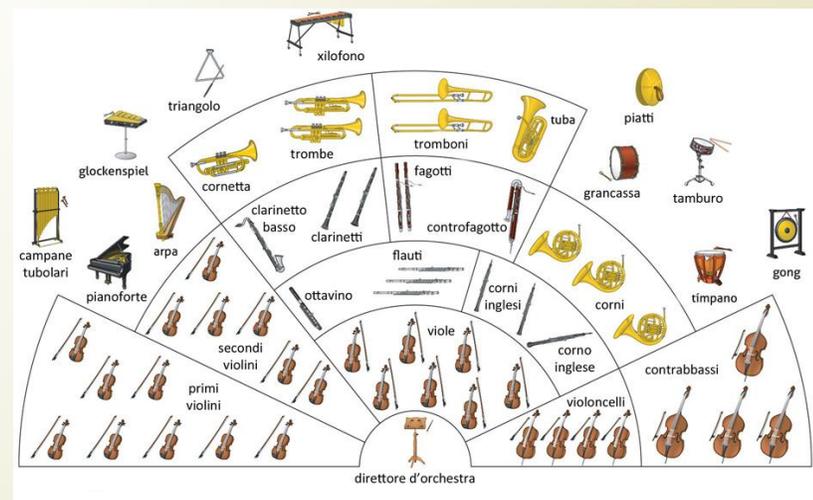


Perché la RETE funzioni
è indispensabile che l'**UCP**
abbia **un'idea precisa e puntuale**
di ciò che può essere offerto
dal punto di vista strutturale,
organizzativo,
delle risorse umane
e dei servizi.



Perché la **RETE funzioni**, dovrà avere

- Una **MODALITA' ORGANIZZATIVA**, che **premi e valorizzi** le *professionalità*, la *storia delle persone* e delle loro *competenze*, la *storia delle Strutture* e delle *Istituzioni*
- e **ne preservi l'autonomia**.



LA RETE e' REALIZZABILE
e puo' funzionare

Se si investirà sul COORDINAMENTO

- **Attività costosa ed impegnativa,**
- **ma INDISPENSABILE**

e **se** si garantirà

la **CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA H24 e 7/7**





Grazie