Nicoletta Gioacchini

Cure Palliative sul Territorio

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Roma, 30 novembre - 3 dicembre 2022
UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Normativa

- DPCM 12/01/2017

Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

- *Intesa Stato Regioni n. 103/2020, 118/2020,119/2020 e 30/2021*

Disposizioni in ambito delle Cure Palliative e Terapia del Dolore

  - *Profili formativi omogenei per le attività di volontariato*
  - *Accreditamento delle Reti di Cure Palliative*
  - *Accreditamento delle Reti di Terapia del Dolore*
  - *Accreditamento delle Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche*

- DGR Lazio n. 214 del 21/04/2022

Recepimento Intesa Stato Regioni

Livelli Essenziali Assistenza – LEA -

(DPCM 12/01/2017)

Art. 15. Assistenza specialistica ambulatoriale

Visite ***multidisciplinari*** per le cure palliative

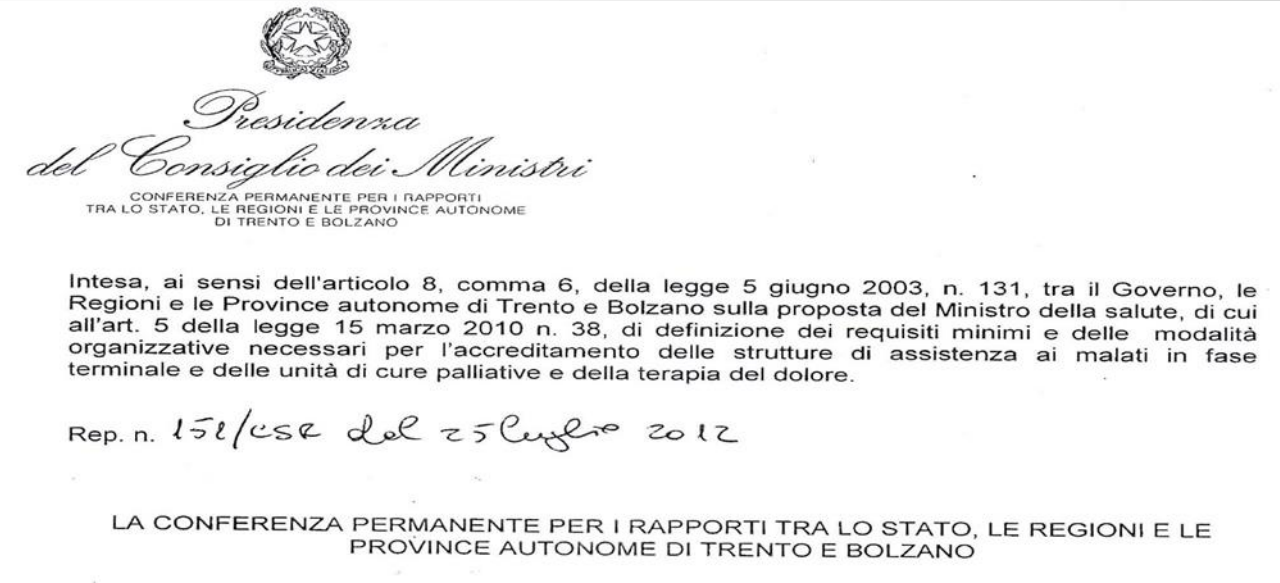
(Nomenclatore cod. 89.07 e 89.07 R)

Art. 21 Percorsi assistenziali integrati accesso ai servizi sanitari e sociali mediante la ***Valutazione multidimensionale***

Art. 23 Cure palliative domiciliari erogate da ***Unità di Cure Palliative Domiciliari***

Art. 31 Centri residenziali di Cure Palliative

Art. 38 Malattia oncologica e non oncologica



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

Rep. n. 151/CSR del 25 luglio 2012

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

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

- Assistenza domiciliare – Unità di Cure Palliative Domiciliari
  - *Complesso integrato di attività di tipo medico, infermieristico , riabilitativo psicologico con prestazioni sociali, tutelari e di sostegno spirituale*
  - *Pronta disponibilità medica sulle 24 ore per 7 giorni a settimana*
  - *Interventi di base coordinati con il MMG per il controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia gestiti mediante PAI*
  - *Interventi specialistici con èquipe multiprofessionali dedicate gestiscono la complessità e l'instabilità clinica, i sintomi di difficile controllo e la continuità assistenziale con interventi articolati su 7 giorni settimanali*

CSR/151 25 Luglio 2012

All. n. 2 Standard qualificanti l'operatività della rete di cure palliative domiciliari

Estratto dal documento della Commissione Nazionale LEA riguardante la caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio

Profilo di cura	Complessità	Copertura assistenziale
Cure Palliative malati terminali	Infermiere Professionisti della Riabilitazione Dietista) Psicologo Medico e/o Medico Specialista Operatore sociosanitario	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24 ore

Competenze degli operatori

Regione Lazio DCA 112/2016

- Organizzative
- Psico-relazionali e psico-sociali
- Etiche
- Ricerca
- Formazione
- Cliniche declinate per tutte le professionalità
  - ✓ Controllo dei sintomi
  - ✓ Gestione delle emergenze
  - ✓ Rimodulazione delle terapie ed interventi in relazione al fine vita
  - ✓ Gestione della sedazione palliativa
  - ✓ Le cure di fine vita (ultimi giorni e ore di vita)

Accreditamento delle Reti di Cure Palliative

(CS 118/2020)

- Promuovere il completamento delle Reti Regionali e Locali
- Favorire l'integrazione sanitaria e socio-sanitaria e socio-assistenziale
- Potenziamento dei rapporti tra équipe operanti a livello ospedaliero e territoriale
- Attivazione di nuovi percorsi formativi

Requisiti

- *Organizzazione e sistemi di governo*
- *Risorse Umane, tecnologiche, economiche nel coordinamento della Rete*
- *Processi assistenziali: - percorsi di cura*
  - dimissioni protette
  - monitoraggio della qualità
- *Processi di supporto: - formazione continua degli operatori della rete*
  - processi sociali
- *Processi strategico gestionali: - comunicazione e trasparenza*

Reti Locali di Cure Palliative

- ✓ Istituzione formale
- ✓ Organismo di coordinamento
- ✓ Coordinatore della Rete Locale
- ✓ Identificazione di tutte le strutture
- ✓ Obiettivi specifici
- ✓ Coinvolgimento del cittadino e delle rappresentanze
- ✓ Strategie di comunicazione

Organizzazione e sistemi di governo

- Definizione dei nodi della Rete

Ospedali
Unità di Cure Palliative Domiciliari
Hospice
RSA
Assistenza primaria
Assistenza farmaceutica

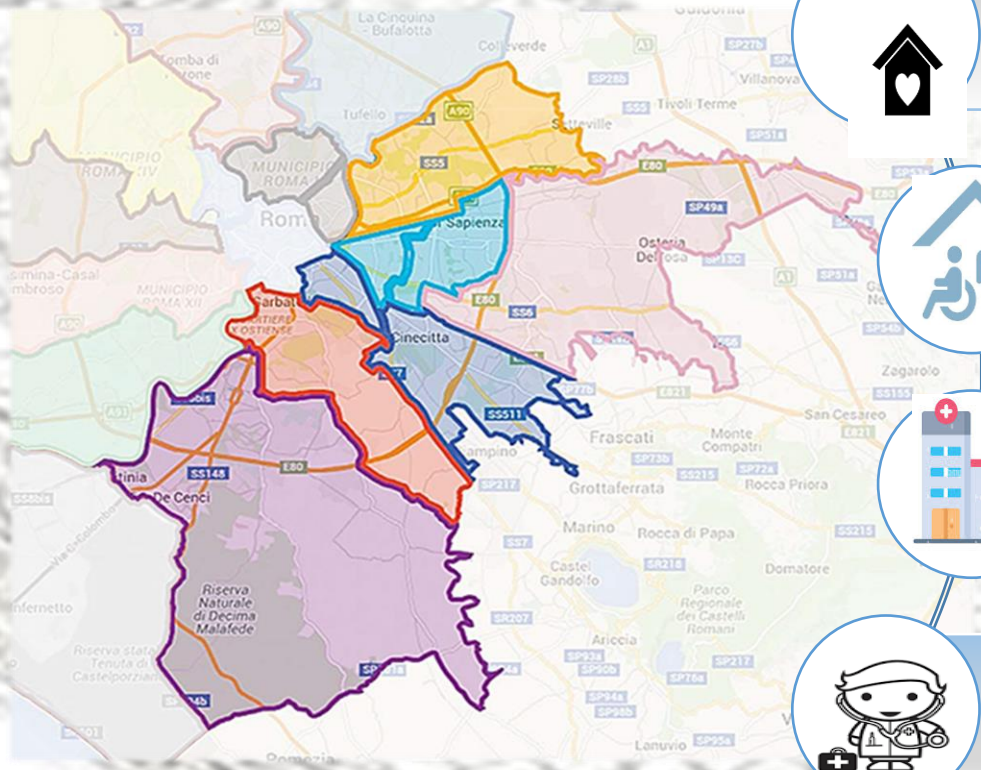
- Identificazione delle strutture e servizi che concorrono a migliorare e supportare l'erogazione delle in rete delle cure palliative

Distretto
CAD
Unità di Nutrizione Artificiale
Servizi di protesica
Municipi
Associazioni di volontariato

Rete Locale ASL Roma 2

(delibera n. 1023 del 31.05.2017)

Area 470 km² suddivisa in 6 Distretti – 45% area Roma metropolitana -popolazione 1.300.000 residenti



6 Hospice

n. 93 posti Residenziali

n. 372 posti Domiciliari

13 RSA

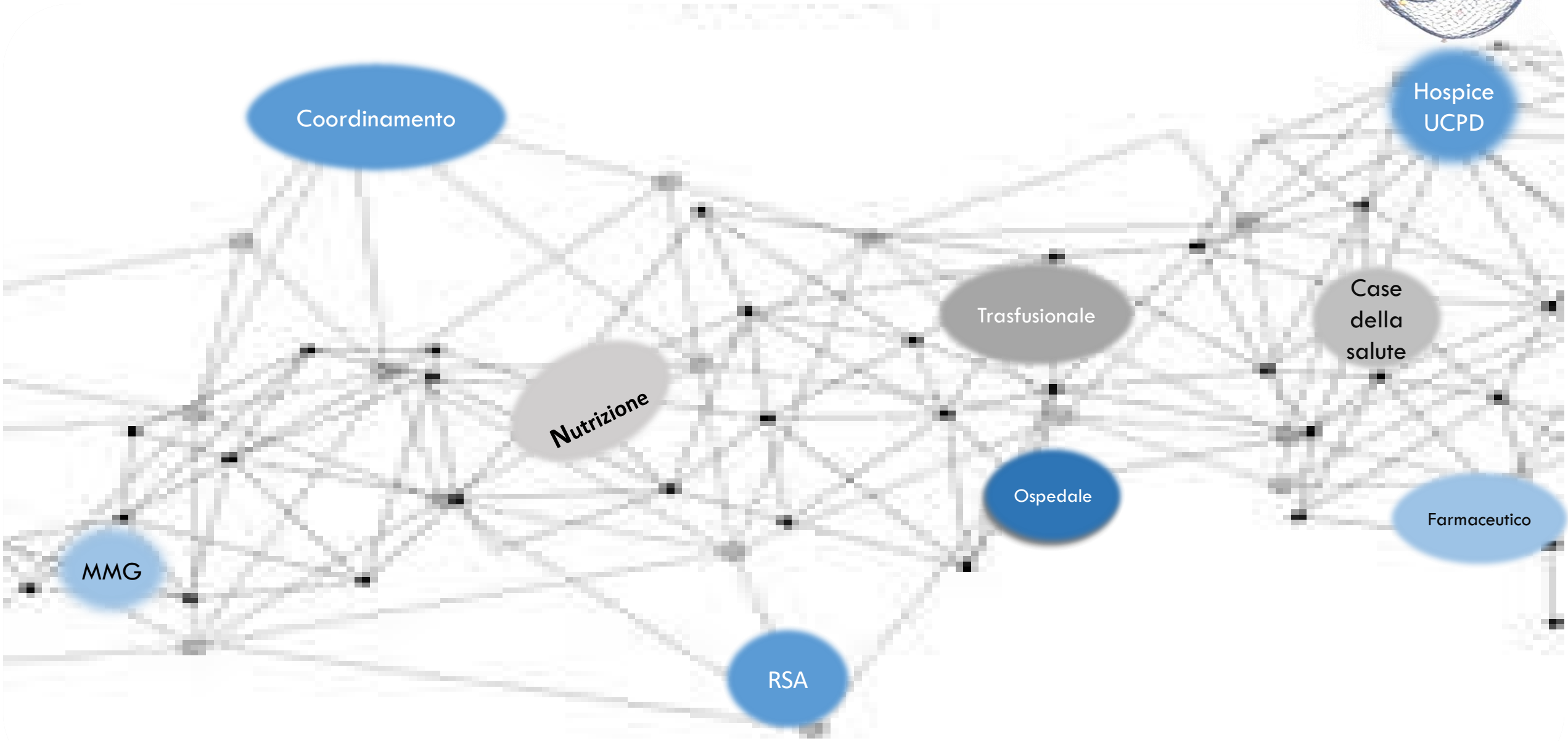
P.L. 558

2 Ospedali Aziendali

(P.L. 700)

1500 MMG

Nodi della Rete



Organizzazione e sistemi di governo

Individuazione punti di accesso e criteri d'accesso

Modalità presa in carico

Formazione delle Unità Valutative

Percorso di Cura

Valutazione e miglioramento delle attività

Organizzazione e sistemi di governo

- Punti accesso alla rete

  → MMG, PUA, CAD, Centrali ospedale-territorio

- Criteri di accesso *

  → strumenti validati

  → complessità dei bisogni

  ICD PAL – paziente, famiglia e l'ambiente sociale, l'organizzazione dei servizi sanitari disponibili

  → traiettoria di malattia/evolutività

  GFS-PIG, SPICT, Radboud, NECPAL – indicatori generali di declino delle condizioni di salute e alcuni indicatori specifici di patologie

*Gruppo di lavoro SICP-FCP "Complessità e Reti di Cure Palliative"2019

Percorso formativo agli strumenti validati

ADL IADL

RUG

SVAMA

GSF-PIG

Necpal

Linee Guida SIAARTI

Contact Assessment

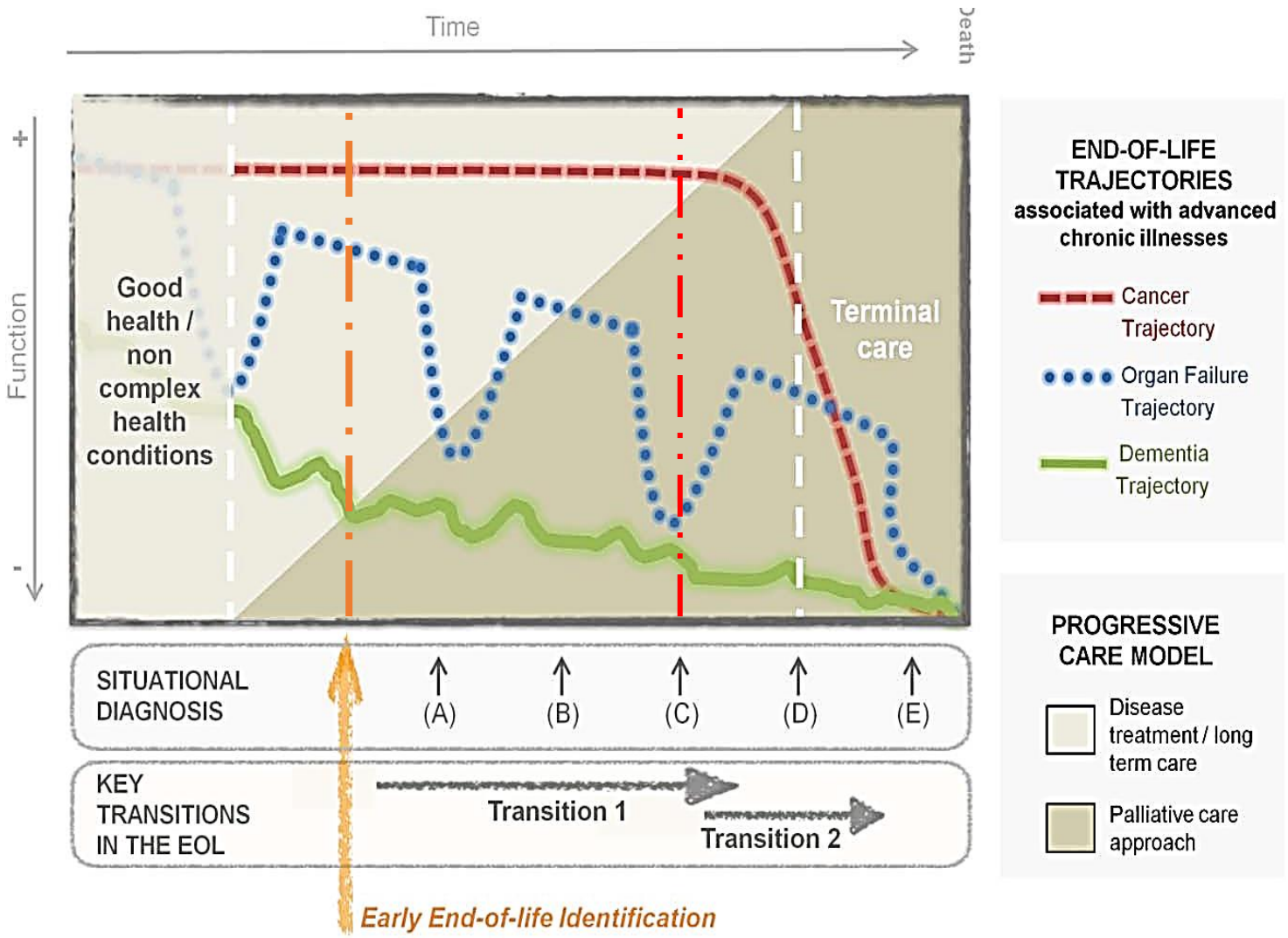
Palliative care

Long Term Care Facility

Home Care

Riunioni collegiali

La diagnosi situazionale



Identifica le varie fasi della malattia:

A) inizio dei sintomi e delle cure specifiche

B) gestione della malattia

C) **instabilità**

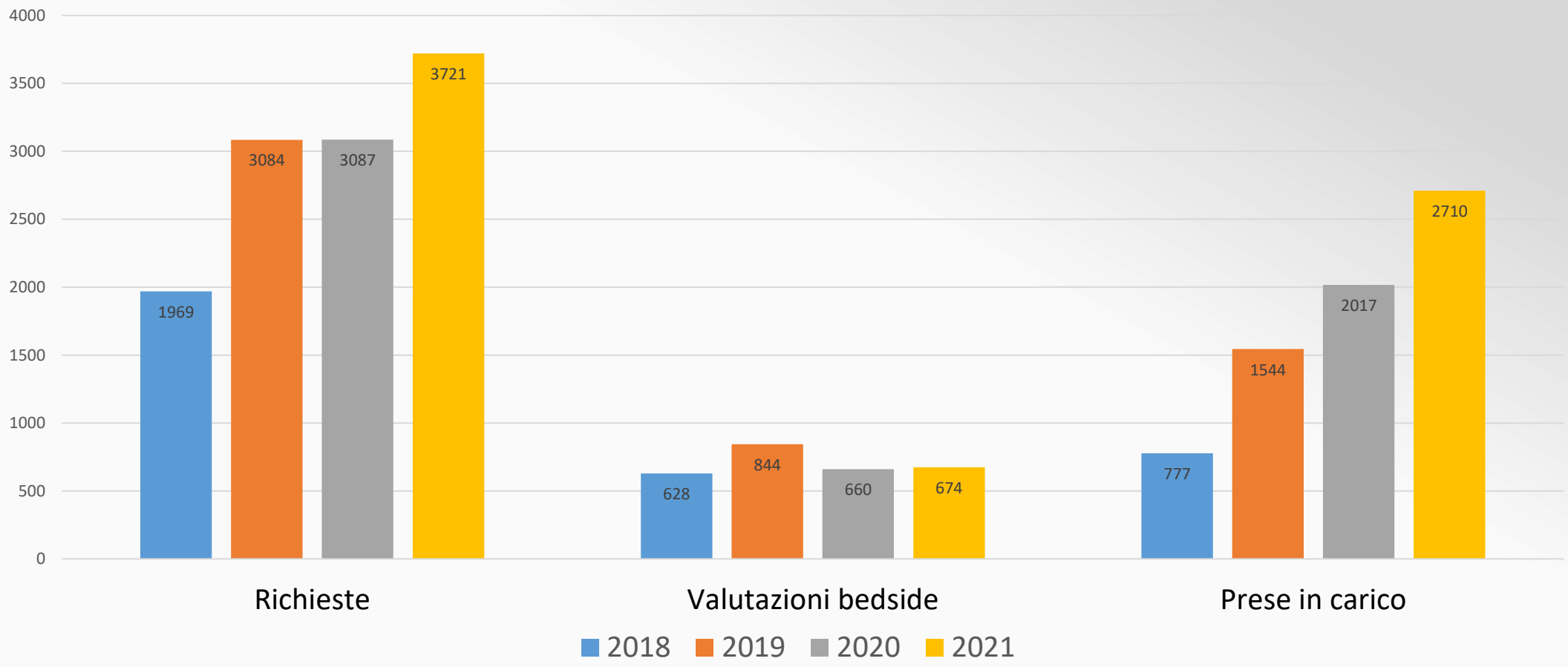
D) peggioramento nonostante terapia ottimale

E) end stage

Indispensabile per stabilire gli obiettivi dell'**assistenza progressiva** in cure palliative, in un **processo** decisionale **condiviso** con il paziente, i familiari e gli operatori sanitari.

(Murray S.A et.al BMJ, 2005)

Centralizzazione dell'accesso



Processi assistenziali: percorsi di cura

Percorso di cura dalla segnalazione del caso alla sua conclusione mantenendo la continuità assistenziale

→ approccio palliativo in RSA

→ cure palliative di base

minore complessità clinica, stabilità di malattia, paucisintomatici con bisogni assistenziali minori

→ cure palliative specialistiche domiciliari

elevata complessità clinica, polimorbilità, evolutività di malattia e sintomi ingravescenti

→ cure palliative residenziali

(SICP, Regione Toscana)

Processi assistenziali: percorsi di cura

- approccio palliativo in RSA

UCP
Territoriale
ASL

- cure palliative di base ?

- cure palliative specialistiche domiciliari

Erogatori Accreditati

- cure palliative residenziali

Percorsi di cura: approccio palliativo in RSA

- Caratteristiche degli ospiti
  - RSA livello assistenziale Mantenimento Alto
- Numerosità del campione
  - 6 strutture con 289 ospiti
- Riconoscere la fase di transizione della patologia prevalente
  - Unità valutative formate in Cure Palliative

- Armonizzare l'offerta assistenziale con la progressione dei bisogni
- Gestire la pianificazione anticipata e progressiva delle cure
  - Supporto alle famiglie nelle decisioni complesse
  - Riduzione dei ricoveri nelle strutture per acuti

Riconoscere la fragilità

FUNZIONALE

- Mobilità
- ADL
- IADL
- comorbilità

COGNITIVA

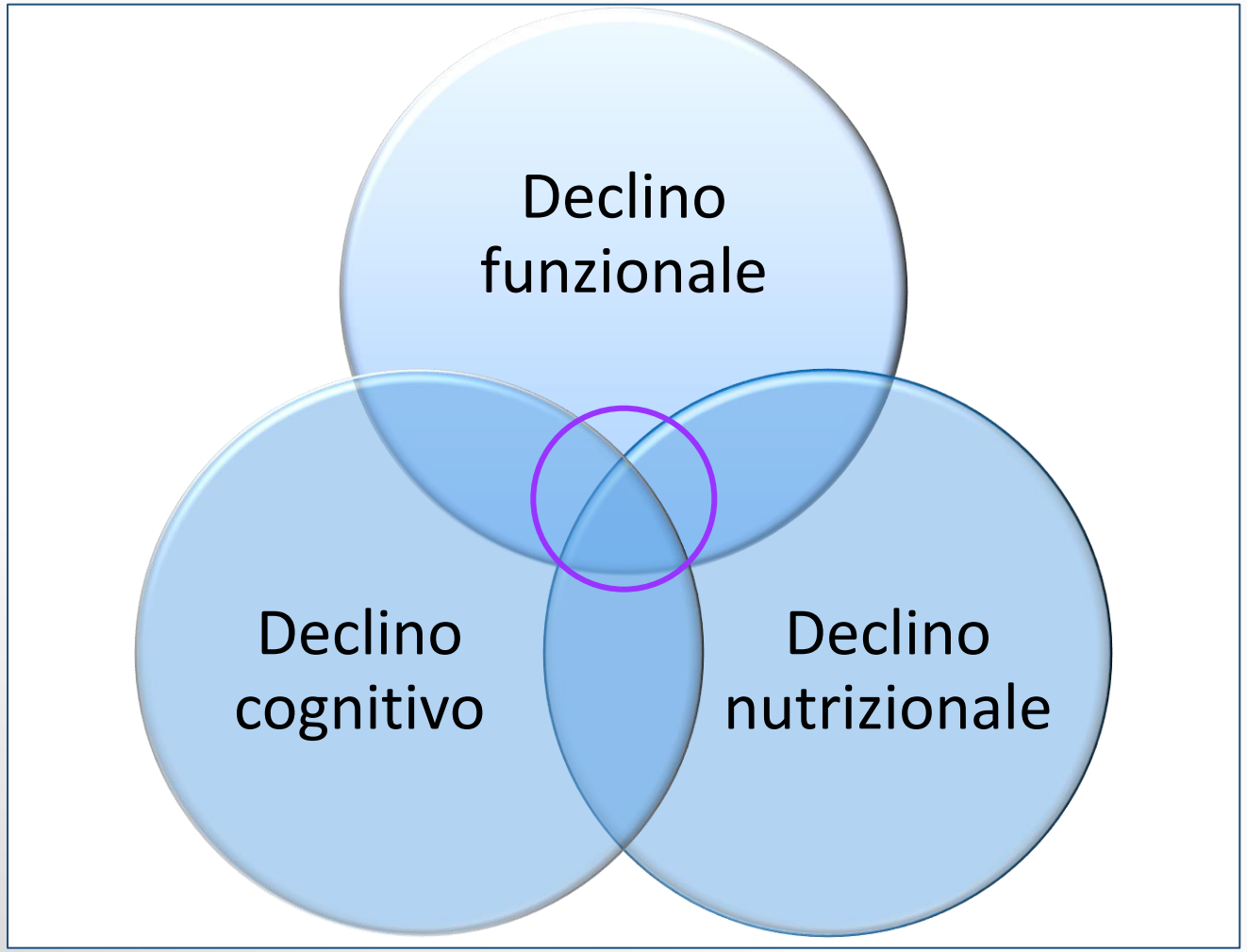
- MMSE
- SPMSQ
- GDS

NUTRIZIONALE

- Indici antropometrici / ematochimici
- Mini Nutritional Assesment

SOCIALE

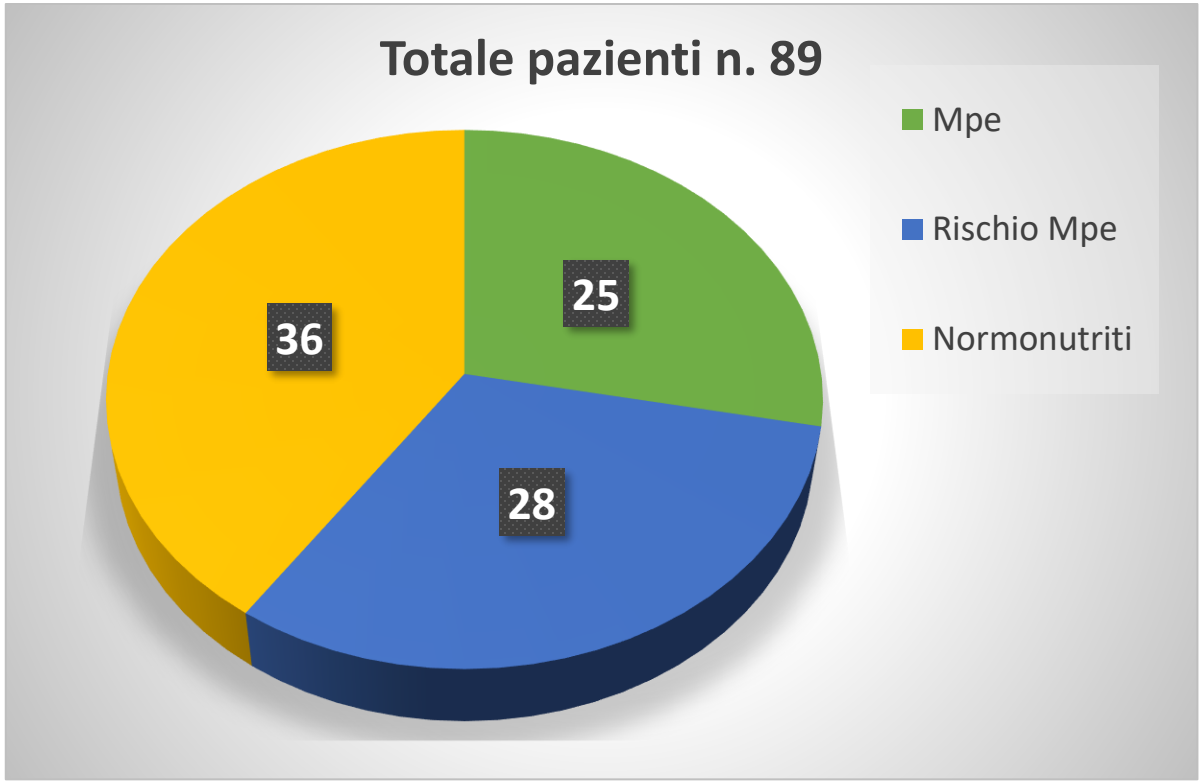
- Istituzionalizzazione
- stato civile
- Rete familiare



Fragilità Nutrizionale

RISULTATI

MPE	25 pazienti (28%)
Rischio di MPE	28 pazienti (31%)
Normonutriti	36 pazienti (41%)



CAUSE DELLA MALNUTRIZIONE IN RSA

Clin Nutr. 2019 Dec; 38(6) - Nutrients 2020 Sep 18; 2857

DEFICIT COGNITIVO SEVERO (SPMSQ)

64% MPE **42%** rischio **38%** normali

DISFAGIA (GUSS test)

80% MPE **35,5%** rischio **35,5%** normali

DEPRESSIONE * (GDS)

N.V.

*Nei pazienti con deficit cognitivo grave la depressione non è valutabile.

Deficit cognitivo severo è stato rilevato nel il 46% dei soggetti valutati,

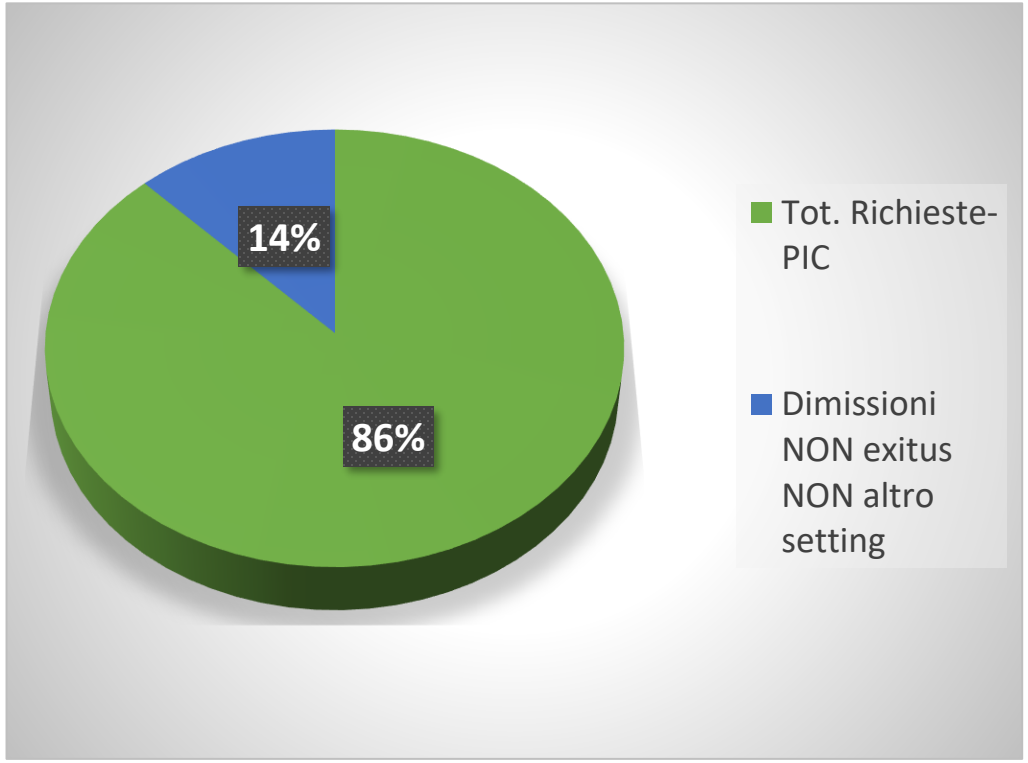
Monitoraggio della qualità

Dimissioni dal setting di Cure Palliative Specialistiche Domiciliari

2° SEMESTRE 2021 –
Campione
Richieste per Cure palliative Domiciliari = 1894
Prese in carico da Erogatori della Rete ASL Roma 2= 976

Dimissioni

- NON per decesso
- NON per trasferimento ad altro setting assistenziale
- Pazienti n. 128 pari al 14% del totale
- n.135 prese in carico pari al 14% delle prese in carico totali



Monitoraggio della qualità

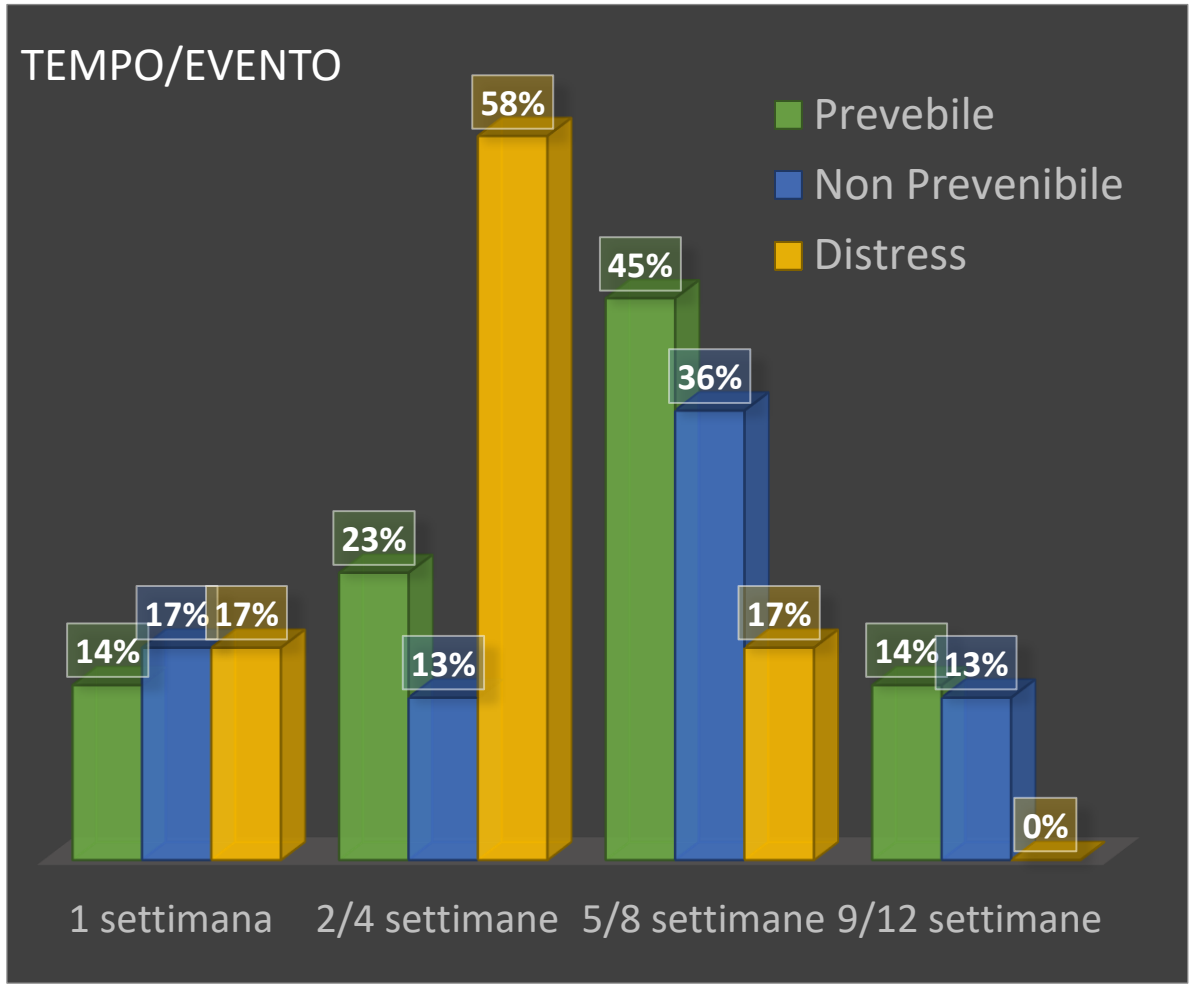
Dimissioni dal setting di Cure Palliative Specialistiche Domiciliari

MOTIVAZIONE PREVALENTE «Accesso in Pronto Soccorso» n.64 (47%)

Prevenibili - peggioramento dei sintomi e delle condizioni cliniche = 34%

Non prevenibili - eventi acuti = 48%

Distress familiare =18%



Processi di supporto: Formazione continua

2017 «Cure Palliative corso base per l'individuazione della popolazione target»

2018 Area della Fragilità: modalità di accesso e valutazione alle strutture residenziali e semi residenziali nella Rete di Cure Palliative

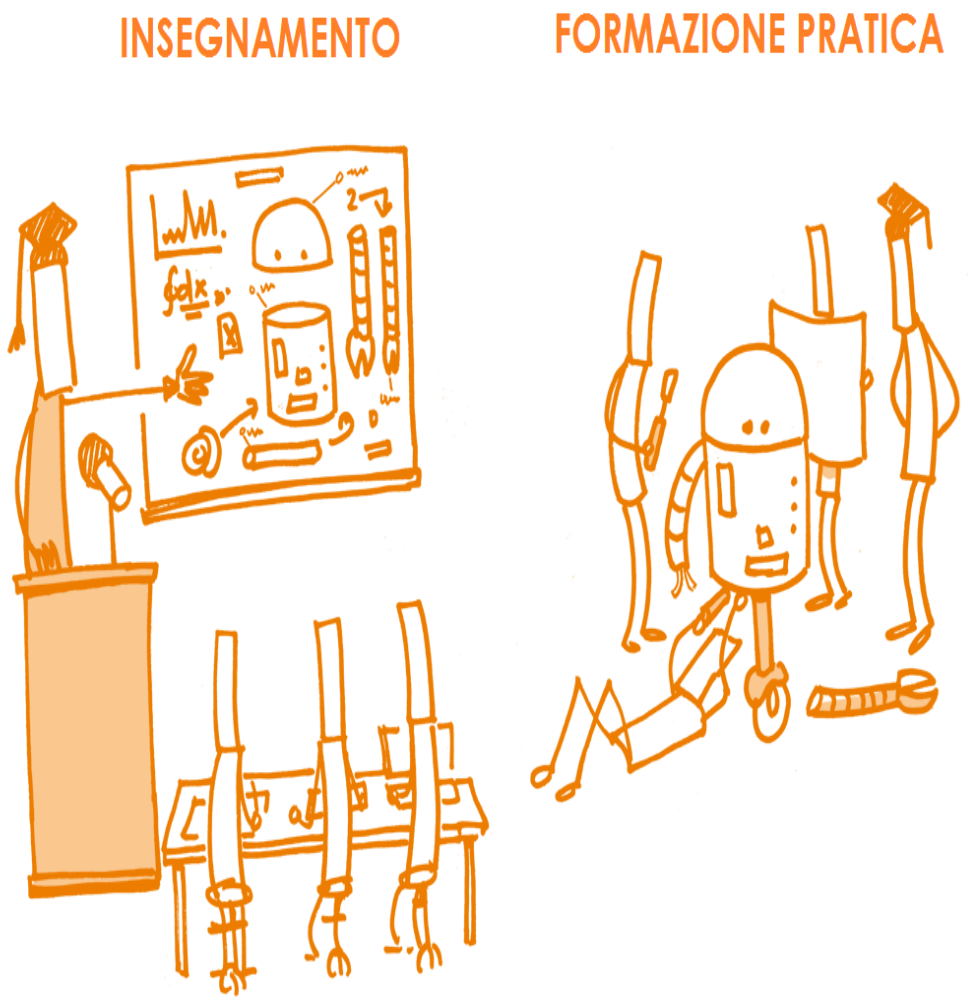
2018 Formazione Infermieri Case Manager (FSC)

« Le rete di Cure palliative: definizione e modelli»

«Cure palliative domiciliari e residenziali: approfondimenti delle competenze specifiche»

2019 «Cure palliative: argomenti emergenti. Il malato non oncologico e la legge 2019/2017»

2022 «Cure Palliative Domiciliari di base: un modello di condivisione



Conclusioni

DECRETO n. 77
23 maggio 2022,

- ✓ Attivazione del percorso di accreditamento
- ✓ Impegno e lavoro nella soddisfazione dei requisiti
- ✓ Stimolo al miglioramento
- ✓ Ampliare il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari

SFIDE

- ✗ ASL ad alta complessità
- ✗ Coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina Generale
- ✗ Strumenti di dialogo con gli Erogatori accreditati
- ✗ Interazione con il Terzo Settore
- ✗ Indirizzare volontariato