Senato della Repubblica

Cure Palliative

Una risposta ai bisogni complessi dei malati, un'opportunità per i sistemi sanitari

Cure Palliative: il tempo dell'integrazione nella Rete

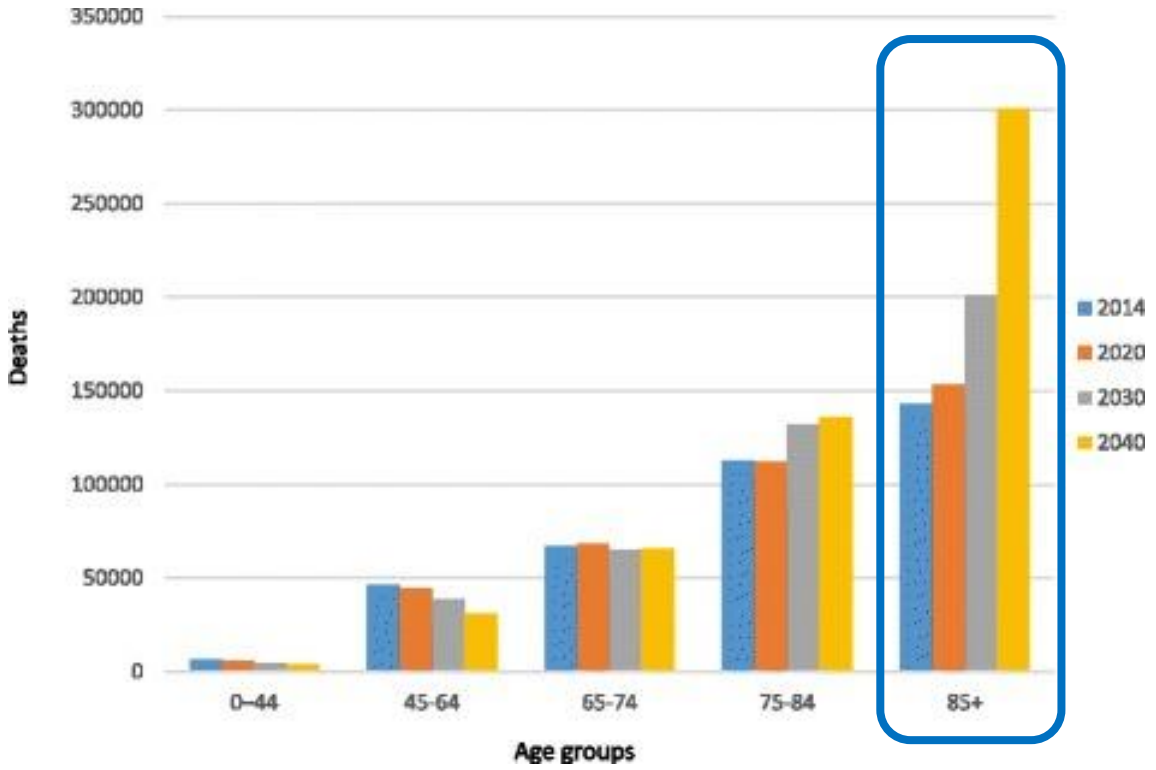
Gianlorenzo Scaccabarozzi

Presidente «Sezione per l'attuazione dei principi contenuti nella Legge 15 marzo 2010, N.38» - Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute

- Prevalenza di **ultraottantenni**, destinata ad aumentare
- **Sopravvivenza** di persone affette da malattie croniche per tempi più lunghi rispetto a pochi anni fa
- La scienza è lenta nell'indicare **modalità univoche** di risposta ai singoli problemi clinico-assistenziali.
- Non vi è ancora una sintesi tra la **Medicina Basata sulle Evidenze** e la **«Medicina Narrativa»**
- **Costi dei servizi** sanitari e socio-sanitari in costante aumento

M. Trabucchi, L'Arco di Giano, n.89, 2016

QUALE SARÀ IL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE?



Si è stimato che nel 2040 (in UK e Galles) si avrà un incremento delle persone con bisogni di cure palliative tra il 25% e il 47%.

Il forte aumento si osserva nella popolazione **85+**

Etkind et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. BMC Medicine (2017) 15:102

CRITICITÀ NEI SERVIZI PER GLI ANZIANI FRAGILI

Alcuni dati per fotografare la situazione:

- Tra il 2009 e il 2013 sono diminuiti del 9.1% i cittadini ospiti di strutture residenziali
- Quelli che godono di indennità di accompagnamento sono scesi dal 12.6% al 12%
- La spesa per i servizi sociali di regioni e comuni è scesa del 7.9%
- Riduzione dei posti letti nelle strutture residenziali pari a oltre il 23%

Parte degli oneri sono sempre più caricati sulle FAMIGLIE

M. Trabucchi, L'Arco di Giano, n.89, 2016

NUMERO DI COMPONENTI PER FAMIGLIA (VALORI MEDI)

	1971	1981	1991	2001	2011
ITALIA	3.35	3.01	2.83	2.59	2.4
PROV. LECCO	3.27	2.96	2.76	2.55	2.4

FAMIGLIE UNIPERSONALI (VALORI PERCENTUALI)

	1971	1981	1991	2001	2011
ITALIA	12.9	17.84	20.59	24.89	31.15
PROV. LECCO	13.21	17.93	21.09	25.07	29.82

Fonte: ISTAT, 2016

IL PUNTO DI VISTA DEI CITTADINI

Kaiser Family Foundation
The Economist

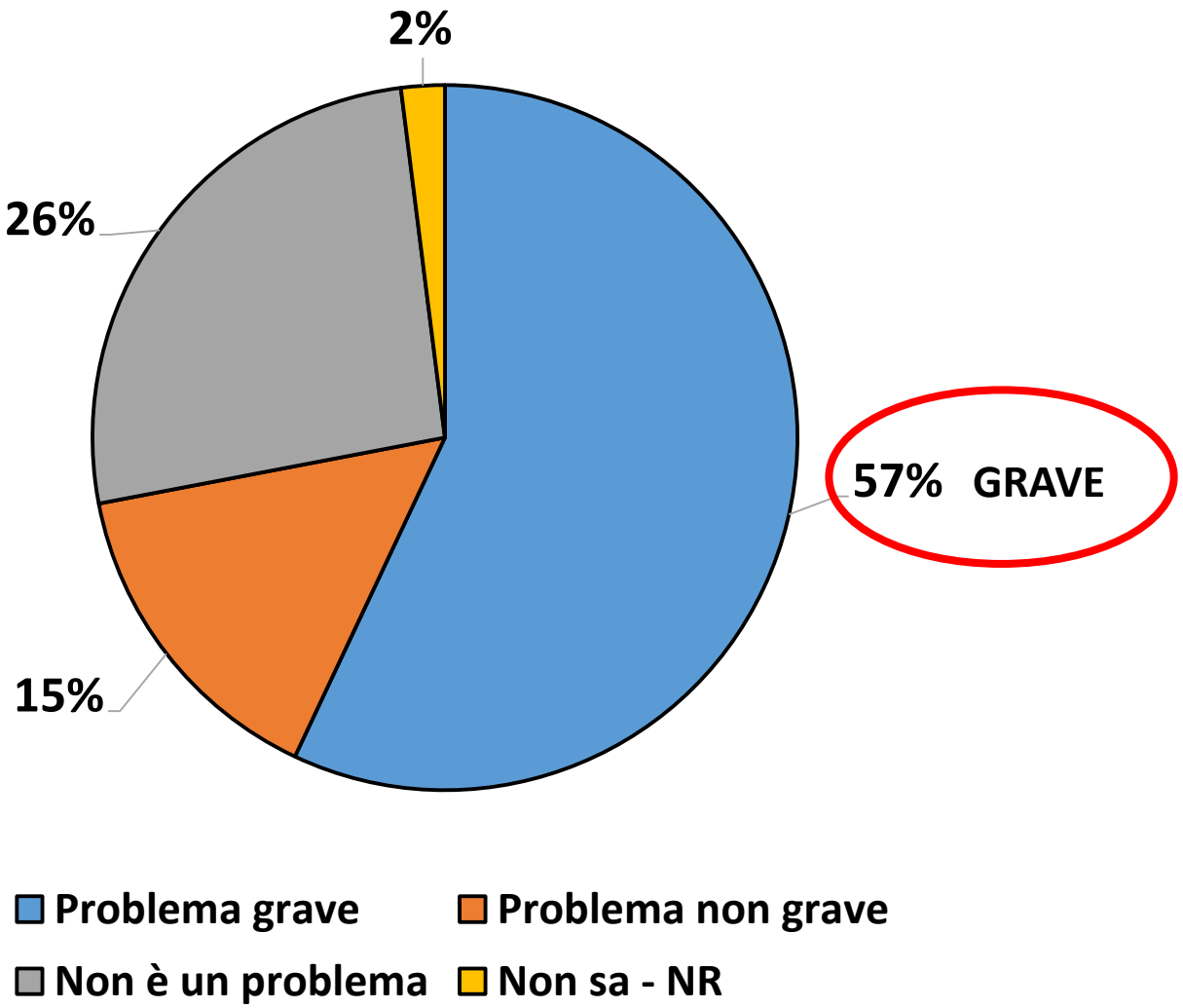
Four-Country Survey on Aging and End-of-Life Medical Care, 2016

DIMENSIONE CAMPIONE:

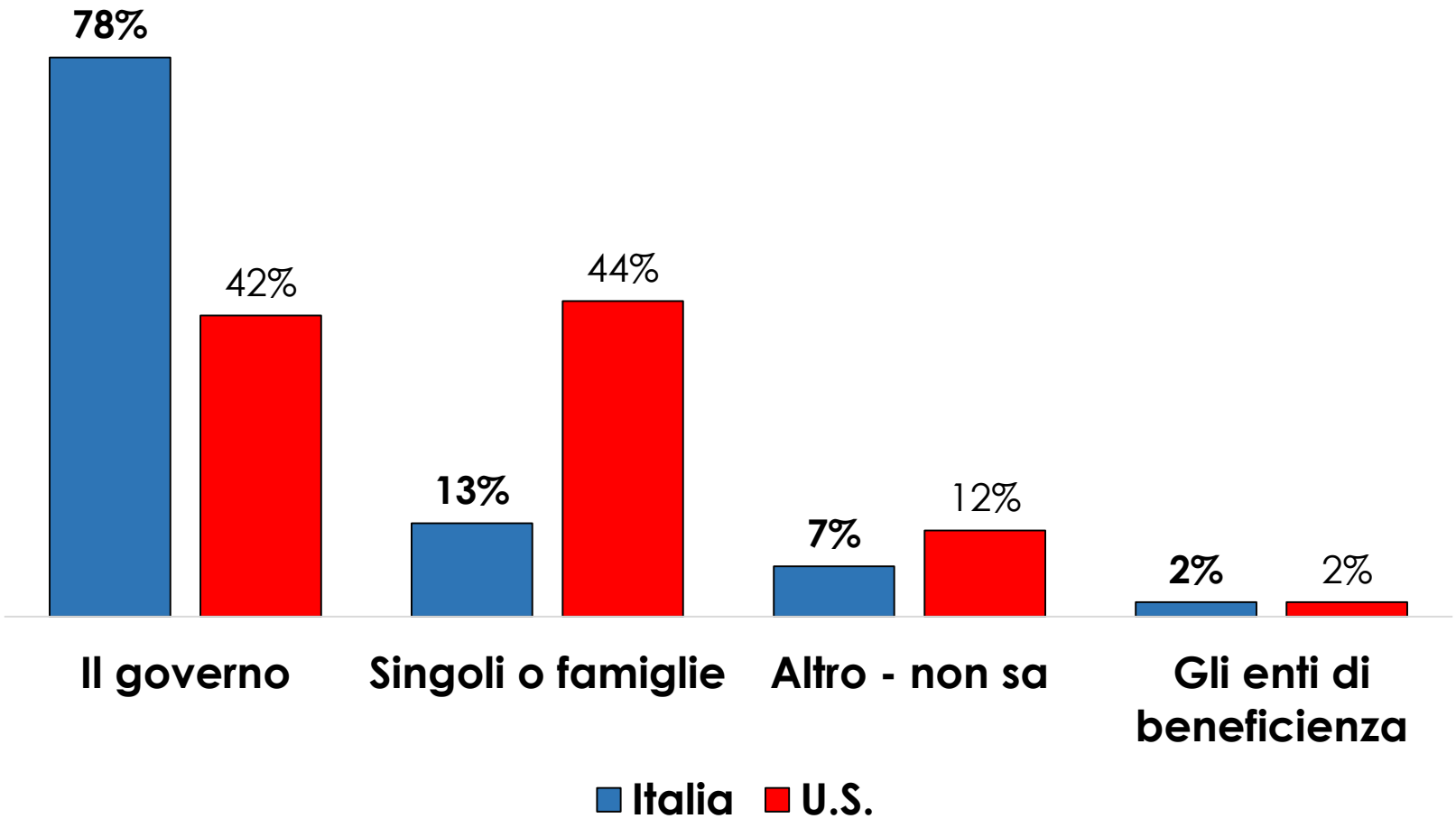
U.S. 1006, ITALIA 1000, GIAPPONE 1000, BRASILE 1233

MARGINE DI ERRORE DEL CAMPIONE: ± 4 %

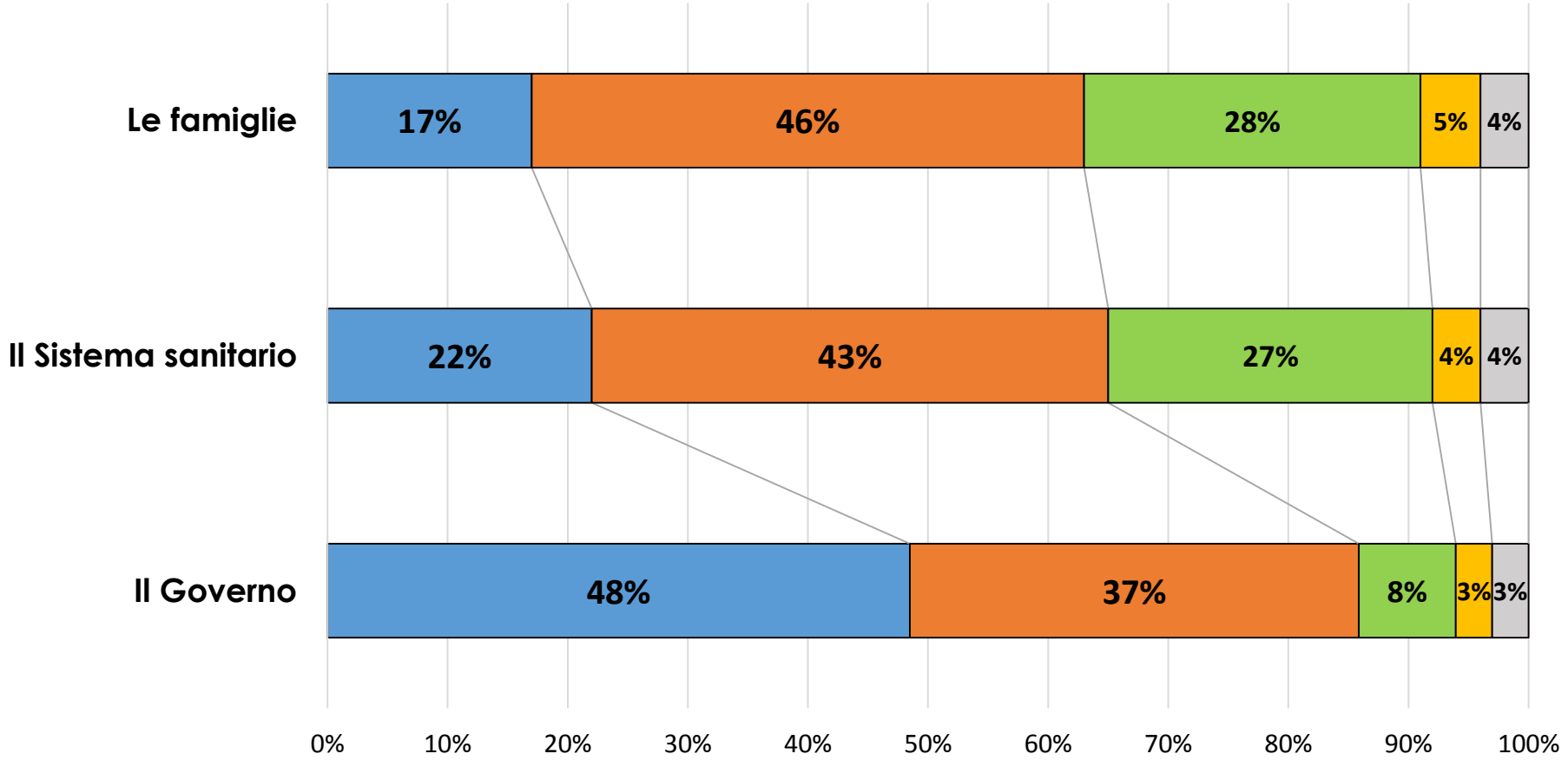
Come probabilmente sa, stando alle previsioni, nei prossimi decenni il numero di anziani è destinato aumentare. Quant'è grave il problema, ammesso che sia un problema?

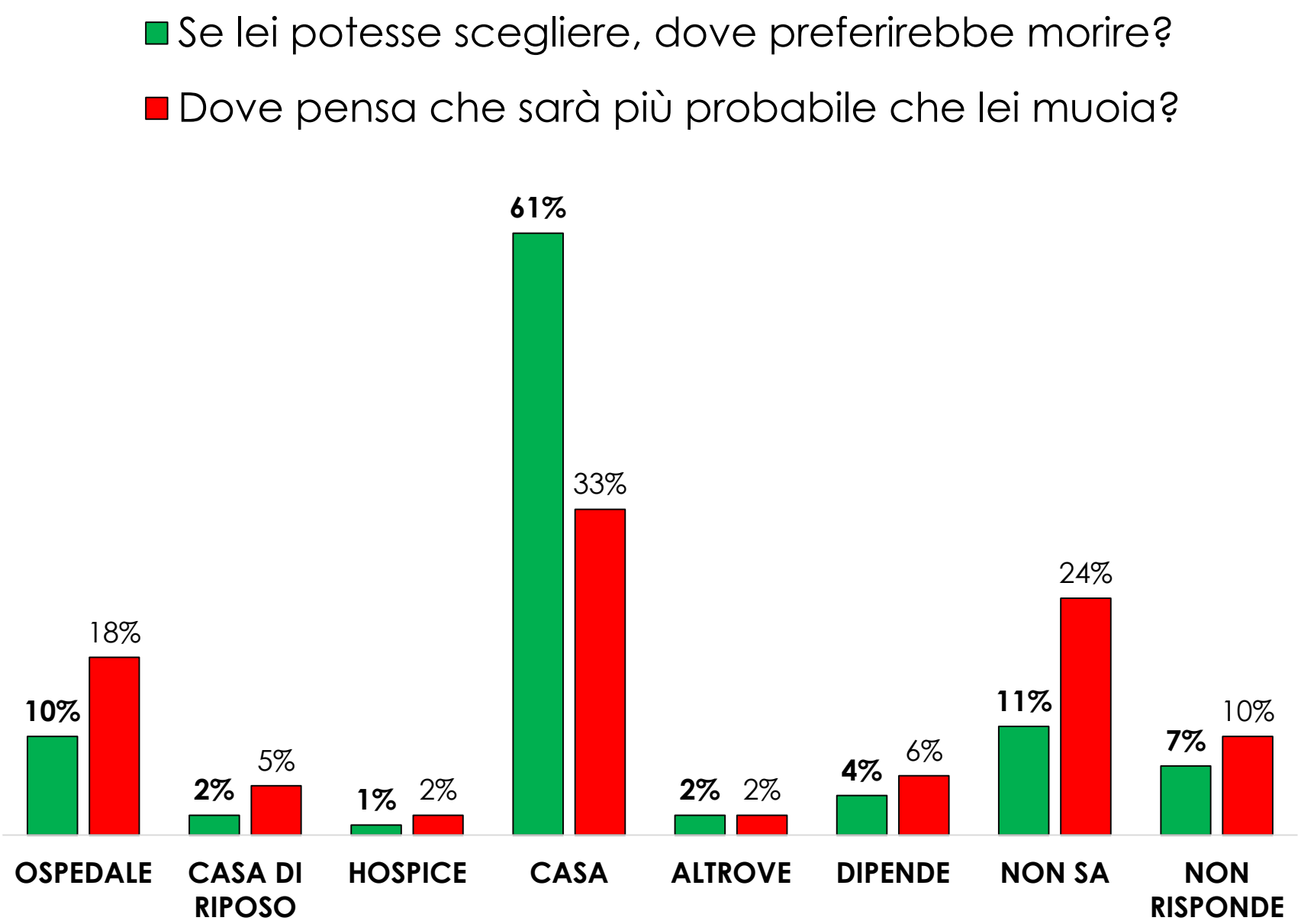


Chi dovrebbe assumersi la maggior parte dell'onere economico dell'assistenza sanitaria delle persone e delle esigenze dell'assistenza a lungo termine man mano che invecchiano?



Quanto crede siano preparati, il Governo, il SSN e le famiglie a gestire l'invecchiamento della popolazione?




Se lei potesse scegliere, dove preferirebbe morire?
Dove pensa che sarà più probabile che lei muoia?
10%
18%
2%
5%
1%
2%
61%
33%
2%
2%
4%
6%
11%
24%
7%
10%
OSPEDALE
CASA DI RIPOSO
HOSPICE
CASA
ALTROVE
DIPENDE
NON SA
NON RISPONDE

IN SINTESI

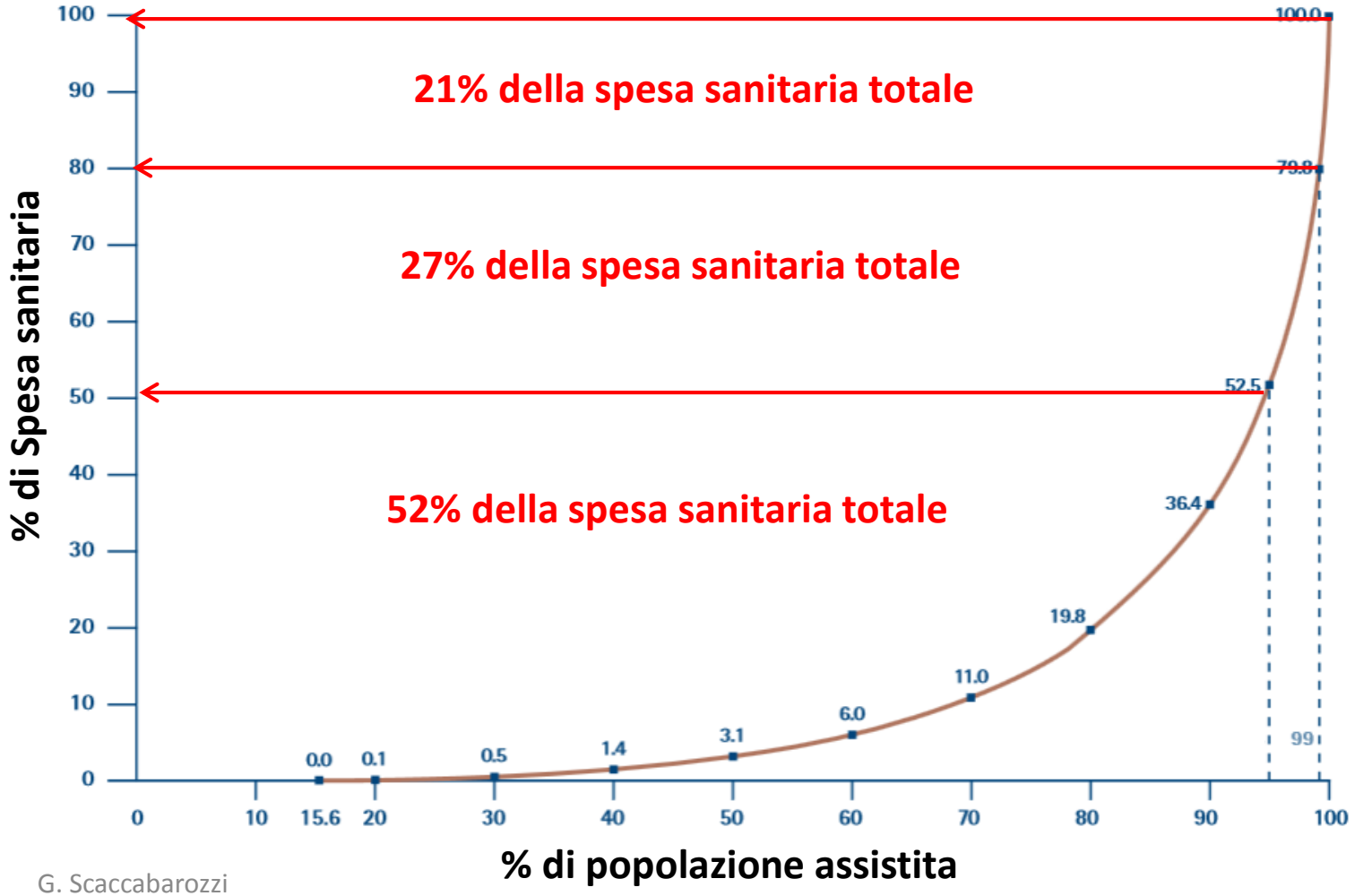
È in corso una **transizione epidemiologica e demografica**. Lo scenario attuale presenta:

1. **AUMENTO DELL'ASPETTATIVA DI VITA**
   Circa una anno in più ogni 4 anni. Nel 2050 più di un terzo della popolazione dell'UE avrà più di 60 anni
2. **AUMENTO DELLA PREVALENZA MALATTIE CRONICHE**
   In Italia ci si attende un numero di multicronici (chi soffre di almeno 3 malattie croniche) pari a quasi 13 milioni nel 2024
3. **SCARSITÀ DI RISORSE**
   Dal 2010 la spesa sanitaria in Italia è diminuita. Si prevede che nel 2019 scenderà al 6.5% del PIL

W. Ricciardi, L'Arco di Giano, n.89, 2016

QUANTO "COSTA" LA TRANSIZIONE?

- Ogni anno l'1% di residenti assorbe circa il 20% dell'intera spesa sanitaria;
- La quasi totalità di questo 1% è costituita da persone nell'ultimo anno di vita.

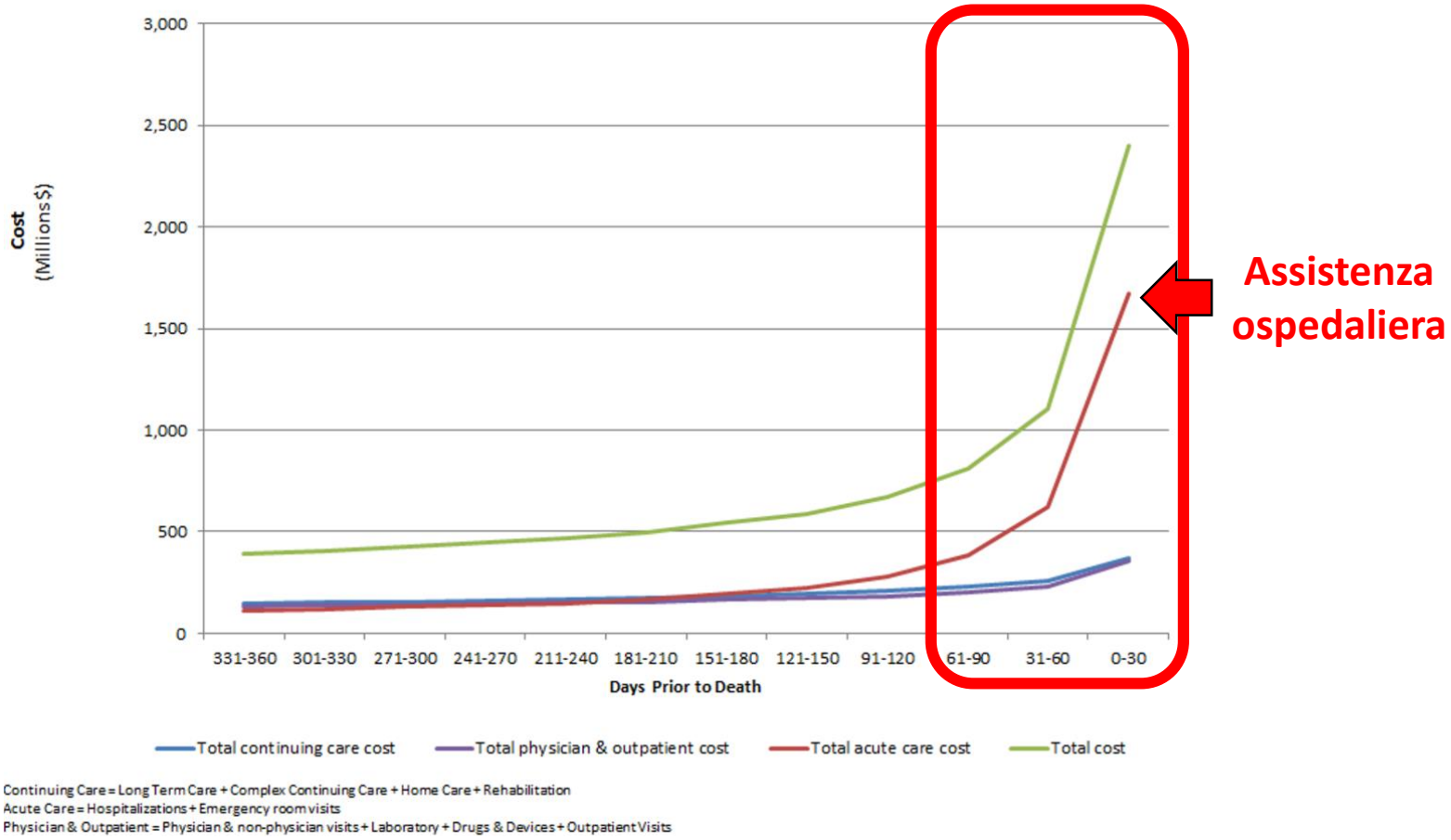


G. Scaccabarozzi

https://www.cms.gov/NationalHealthexpendData/

QUALI "COSTI" DI ASSISTENZA?

I costi assistenziali nell'ultimo anno di vita sono per larga parte riconducibili all'assistenza ospedaliera.



Tanuseputro et al. The health care cost of dying: a population-based retrospective cohort study of the last year of life in Ontario, Canada. PLoS One. 2015 Mar 26;10(3):e0121759.

ANALISI DECEDUTI PROVINCIA DI LECCO

The European Journal of Public Health Advance Access published September 28, 2016

European Journal of Public Health, 1–6

© The Author 2016. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association.
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For commercial re-use, please contact journals.permissions@oup.comdoi:10.1093/eurpub/ckw152

Hospital, local palliative care network and public health: how do they involve terminally ill patients?

Gianlorenzo Scaccabarozzi,[1] Fabrizio Limonta,[2] Emanuele Amodio[2]

1 Dipartimento Interaziendale della Fragilità (DIFRA) of the Health Local Unit of Lecco, Lecco, Italy
2 Servizio di Epidemiologia e Programmazione, Dipartimento Programmazione, Acquisto e Controllo of the Health Local Unit of Lecco, Lecco, Italy

- **DISEGNO:** Studio retrospettivo sui pazienti residenti in Provincia di Lecco, deceduti negli anni 2012 e 2013 (N=5830)
- **FONTE DATI**: cross-linkage tra SDO, Registro Cure Palliative, Anagrafe
- **OBIETTIVO:** confrontare i deceduti che sono e NON sono stati presi in carico dal servizio di CP, in termini di ospedalizzazioni, costi e luogo di decesso

**Articolo OPEN ACESS, liberamente scaricabile*

Le cure palliative chi intercettano?

		Cure palliative	Cure tradizionali	P-value
Sesso, n (%)				
	Maschi	629 (56.5)	2,119 (44.9)	<0.001
	Femmine	485 (43.5)	2,597 (55.1)	
Età in anni (Mediana, IQR)		76 (68-84)	84 (76-90)	<0.001
Causa di morte (%)				
	Neoplasia	1,075 (96.5)	916 (19.4)	<0.001
	Altro	39 (3.5)	3,800 (80.6)	

Le cure palliative hanno una probabilità significativamente maggiore di intercettare pazienti maschi, in età meno avanzata e con neoplasia.

Fonte: E. Amodio, ATS Brianza

Quale impatto hanno le cure palliative?

Ospedalizzazione

$$Ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4$$

	Avere almeno una ospedalizzazione nell'ultimo mese di vita	
	Adj OR	**95% CI**
Sesso (*Maschi vs. Femmine*)	1.35 [c]	1.21-1.51
Età in anni	0.97 [c]	0.96-0.98
Causa di morte (C*ancro vs. altro*)	1.97 [c]	1.69-2.29
Cure palliative (*Si vs. No*)	**- 480%; p<0,001**	
[a] p<0.05 [b] p<0.01 [c] p<0.001		

Le CP risultano essere la variabile principale che produce un effetto significativo sulla riduzione dei ricoveri nell'ultimo mese

Fonte: E. Amodio, ATS Brianza

Quale impatto hanno le cure palliative?

Morte in ospedale

$$Ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4$$

	Morte in ospedale	
	Adj OR	**95% CI**
Sesso (*Maschi vs. Femmine*)	1.43 [c]	1.27-1.63
Età in anni	0.96 [c]	0.96-0.97
Causa di morte (*Cancro vs. altro*)	1.18 [a]	1.01-1.38
Cure palliative (*Si vs. No*)	**- 3.300%; p<0,001**	

[a] p<0.05 [b] p<0.01 [c] p<0.001

Le CP risultano essere la variabile principale che produce un effetto significativo sul non morire in ospedale

Fonte: E. Amodio, ATS Brianza

I dati 2015 confermano le evidenze

Stima impatto presa in carico pazienti STCP, ADICP e ADI (gennaio-novembre 2015)

	Val. ricoveri procapite Nessun profilo (a)	Val. ricoveri procapite profilo di presa in carico (b)	Val. profilo paziente (c)	**Delta val. (a-b-c)**
ADI	4.127,4	3.614,4	250,0	**263,0**
ADICP	4.127,4	1.909,3	900	**1.318,1**
STCP	4.127,4	1.340,8	1.500	**1.286,6**

Stima complessiva di impatto presa in carico di pazienti residenti in ASL di Lecco e inseriti in percorsi STCP, ADICP ed ADI

	Delta valorizzazione procapite	**Numero di pazienti presi in carico**	**Delta valorizzazione complessiva**
ADI	263,0	102	**26.821,8**
ADICP	1.318,1	69	**90.945,6**
STCP	1.286,6	426	**548.082,4**
Totale	1.115,3	597	**665.849,8**

In totale, nel 2015, si è assistito dunque ad una minore valorizzazione di **665.849,8 €** nell'ASST di LECCO.

Fonte: Piano Performance 2015, ASST Lecco

La **SFIDA** per i sistemi sanitari è garantire il massimo ritorno possibile di salute rispetto alle risorse investite.

La riorganizzazione del sistema sanitario richiederà **«sistemi di rottura»:**

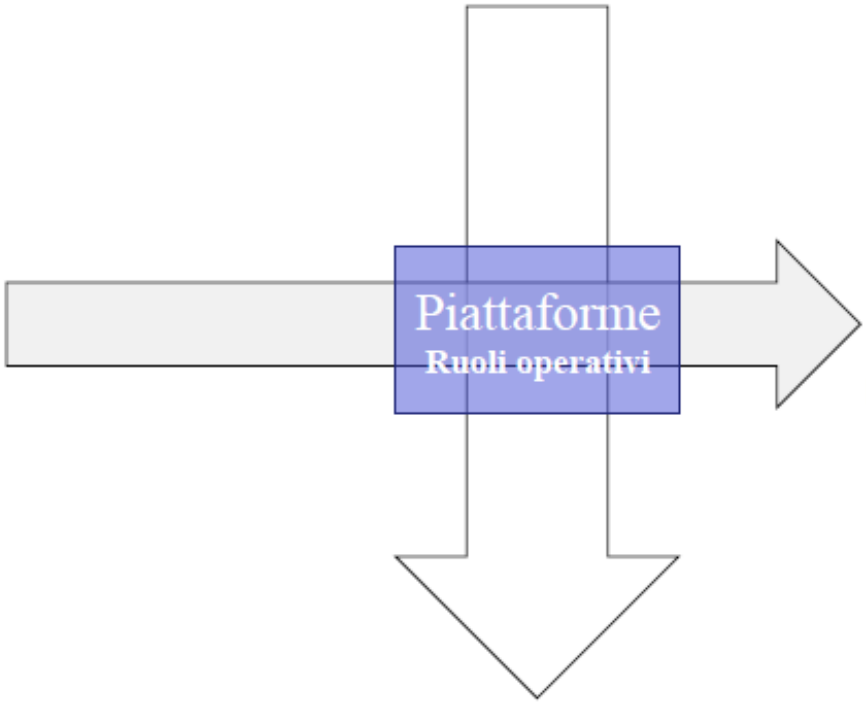
- ***nuove modalità di allocazione delle risorse***
- ***nuove modalità organizzative***
- ***nuove competenze professionali***

W. Ricciardi, L'Arco di Giano, n.89, 2016

- ***un nuovo management***

SDA Bocconi

Gli assetti organizzativi emergenti disegnano tre ruoli di fondo



federico.lega@unibocconi.it

SDA Bocconi

Quale middle management?

Nei contesti professionali le scelte organizzative comportano riflessioni più profonde sulle persone e sulla loro messa in contesto

-Transizione in atto verso un cambio di paradigma in cui sono le persone che si adattano al "sistema" partendo da logiche in cui era il sistema che si plasmava sulle persone

-Quali implicazioni per la messa in contesto di quali middle managers?

federico.lega@unibocconi.it

SDA Bocconi

Riflessioni conclusive
Quali posibili “discontinuità”?

CONDIREZIONE	TRASFORMAZIONE IN RUOLI DA DIRETTORI SANITARI (CARRIERA)
COLLEGIO DI DIREZIONE DELLE PROFESSIONI	DIREZIONE OPERATIVA

federico.lega@unibocconi.it

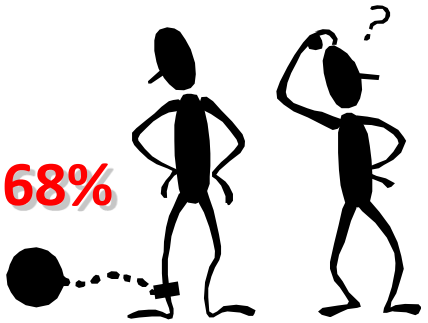
“Gestire Il cambiamento....”

…dove si colloca il sistema delle CURE PALLIATIVE?

16%

IRRIDUCIBILI

Tradizionalisti
Non c’è alcun bisogno di cambiare



68%

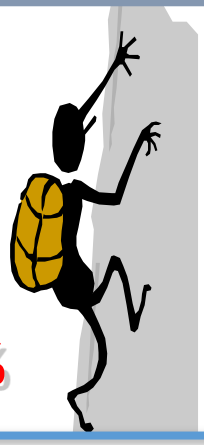
CONSERVATORI

34% ATTIVI: Calcolatori, Opportunisti
Cambieranno se conviene
34% PASSIVI: Scettici
Cambieranno solo se costretti

13,5%

GUIDE

Interessati ma prudenti
Aspettano di vedere quello che succede
Seguiranno gli esploratori se avranno successo



2,5%

ESPLORATORI

Audaci, temerari
Comprendono l’idea
Vedono le opportunità per la loro professione
Adottano il nuovo e corrono

G.C.Monti, modificato da E. Rogers 2014

Per affrontare **le sfide** future sono inoltre necessari:

- Fiducia nel trinomio **RICERCA-SPERIMENTAZIONE-FORMAZIONE**

La mancanza di modelli generali di dimostrata efficacia impone un continuo lavoro di ricerca per costruire delle ipotesi da testare e che, una volta adottate, diventino oggetto di formazione

- Considerare l'aspetto **PROGRAMMATORIO**

*Per favorire questo approccio è fondamentale una puntuale **valutazione dei risultati**, anche da parte dell'utente o dei familiari*

- Capacità della collettività di controllare o indirizzare la formazione della **DOMANDA**
- Attenzione alla **NORMALITÀ** della vita

M. Trabucchi, L'Arco di Giano, n.89, 2016

COSA POSSONO FARE LE CURE PALLIATIVE PER RISPONDERE A QUESTI BISOGNI?

- La qualità nell'erogazione delle CP può essere realizzata solo se esistono soddisfatti i **bisogni dei pazienti e dei loro familiari.**

- È necessario ideare e adottare **modelli di cura innovativi**, che sappiano portare miglioramenti nell'erogazione dei servizi sanitari per rispondere ai bisogni di salute emergenti.

- Il modello delle **Reti Locali di Cure Palliative** che si intende sviluppare prevede l'identificazione di fattori che qualifichino il sistema di assistenza affiancando il paradigma clinico ad un approccio valutativo sistemico della malattia e della complessità dei bisogni, con la conseguente rimodulazione degli interventi e dei trattamenti.

Documento di Consenso, Firenze 27 giugno 2015

RegioneLombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 5918 Seduta del 28/11/2016

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA Vice Presidente
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO
GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

DISPOSIZIONI IN MERITO ALLA EVOLUZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE IN LOMBARDIA: INTEGRAZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI SANITARIO E SOCIOSANITARIO - (ATTO DA TRASMETTERE AL CONSIGLIO REGIONALE)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Dirigenti Mauro Agnello Laura Lanfredini

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 29 pagine
di cui 17 pagine di allegati
parte integrante

RegioneEmilia-Romagna

Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare
Servizio Assistenza Territoriale - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Requisiti per l'accreditamento della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)

n.371 del 14.12.2016 periodico (Parte Seconda)

Regione Emilia-Romagna

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 31 OTTOBRE 2016, N. 1770

Requisiti specifici per l'accreditamento della Rete locale di cure palliative

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (G.U. n. 65 del 19/3/2010) che tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore 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;

Visto il DPCM del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che individua l'attività sanitaria e sociosanitaria a favore di malati terminali quale livello essenziale di assistenza da erogare nell'ambito dell'assistenza distrettuale;

Visti i seguenti Accordi, sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni, ai sensi della sopra citata L. n. 38/2010:

- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR), in cui viene approvato il documento concernente le "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore al fine di garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livelli di qualità in tutto il Paese;
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'art. 5 della L. 15 marzo 2010 n.38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e di terapia del dolore, del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR);
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 87/CSR) con il quale sono state individuate le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore e i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità per i professionisti operanti nelle reti di cure palliative e terapia del dolore;

Visto il Decreto del Ministro della Salute 28 marzo 2013, recante "Modifica ed integrazione delle tabelle A e B di cui al Decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi e alle specializzazioni equipollenti" (pubblicato nella G.U. serie generale n. 94 del 22 aprile 2013);

CRONICITÀ E FRAGILITÀ: LE POLITICHE SANITARIE

Regione Lombardia

Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015

Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23
Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo

Regione Lombardia

Serie Ordinaria n. 18 - Giovedì 05 maggio 2016

D.g.r. 29 aprile 2016 - n. X/5113
Linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di tutela della salute (ATS), Delle Aziende socio sanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di Areu

DELIBERAZIONE N° X / 5918 Seduta del 28/11/2016

Oggetto

DISPOSIZIONI IN MERITO ALLA EVOLUZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE IN LOMBARDIA: INTEGRAZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI SANITARIO E SOCIOSANITARIO - (ATTO DA TRASMETTERE AL CONSIGLIO REGIONALE)

DELIBERAZIONE N° X / 6164 Seduta del 30/01/2017

Oggetto

GOVERNO DELLA DOMANDA: AVVIO DELLA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI CRONICI E FRAGILI. DETERMINAZIONI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 9 DELLA LEGGE N. 23/2015

REGIONE LOMBARDIA

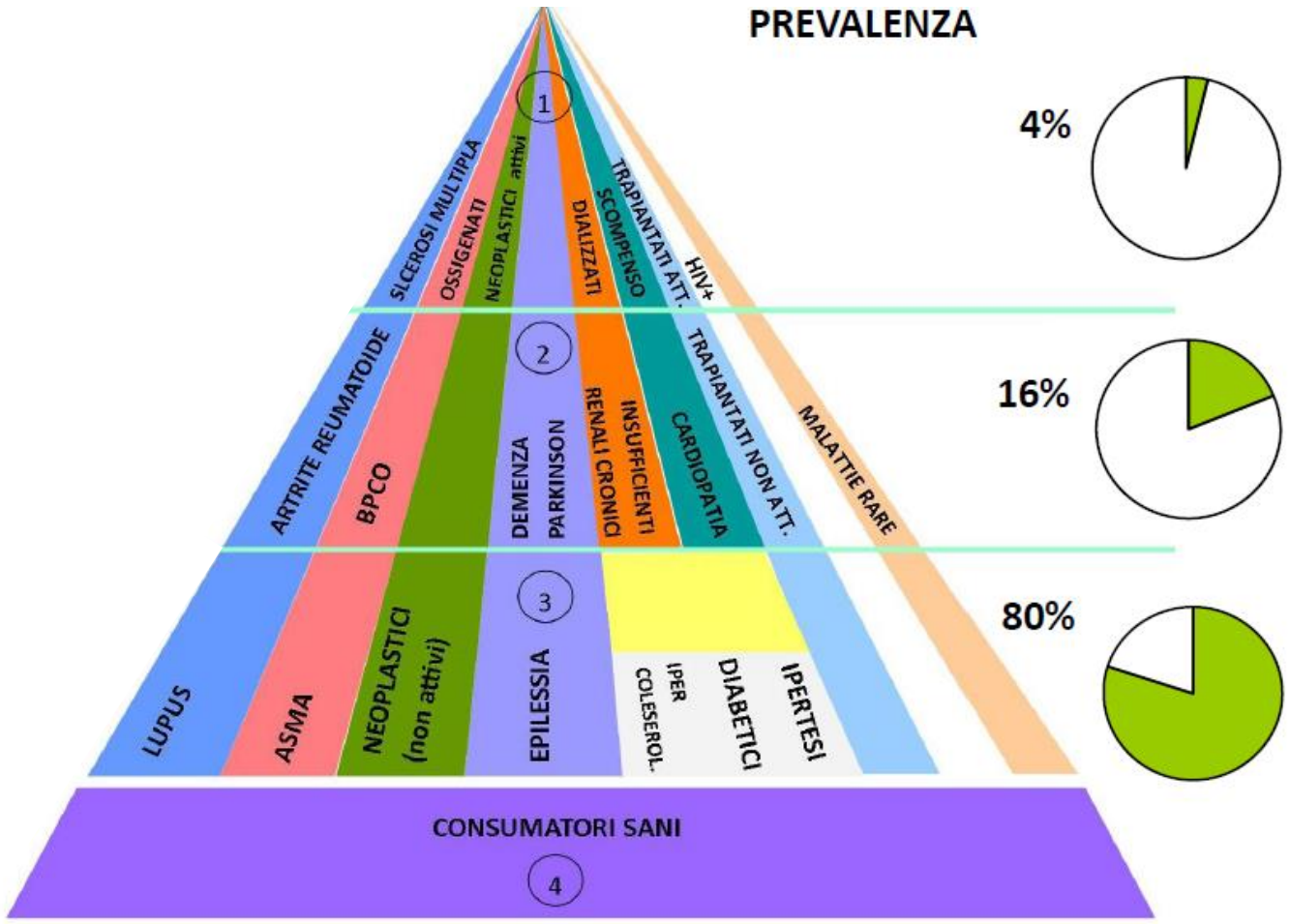
Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia

2016-2018

Regione Lombardia

www.regione.lombardia.it

CRONICITÀ E FRAGILITÀ: LE POLITICHE SANITARIE



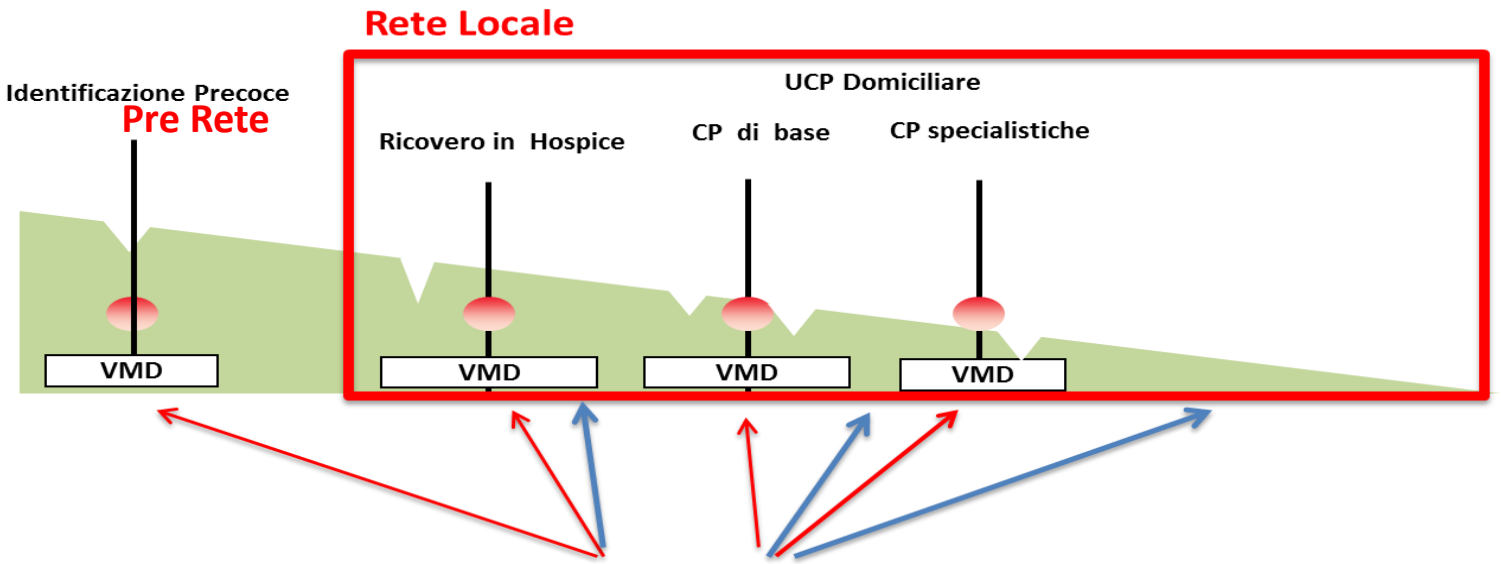
La piramide della cronicità

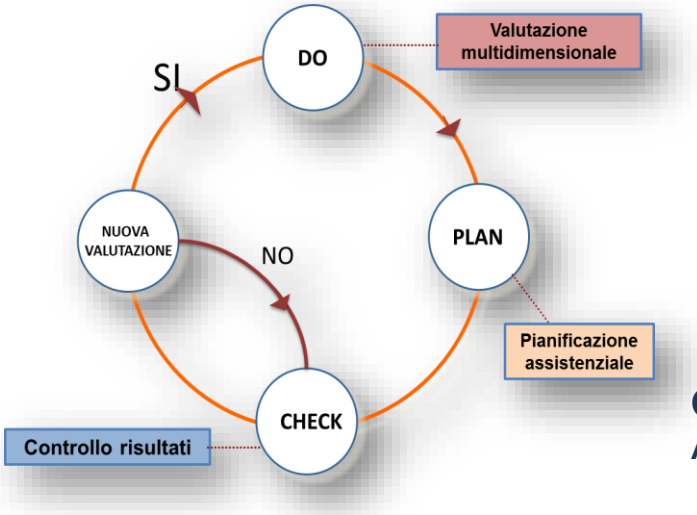
OSPEDALE

Modello Organizzativo

TERRITORIO

RETE e governance 'dinamica' dei percorsi di cura





CSR 19 febbraio 2015
Accreditamento reti

COME GESTIRE I PERCORSI NELL'AMBITO DELLA RETE

World Health Organization

Early identification

1.IDENTIFICAZIONE

the gold standards framework

NECPAL CCOMS-ICO© Tool

World Health Organization

Impeccable assessment

2.VALUTAZIONE

3.PIANIFICAZIONE

Rete Locale di CP

CONFERENZA DI CONSENSO – FIRENZE 2015

CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI

1.4 L'utilizzo, nell'ambito degli strumenti previsti dal sistema informativo sanitario nazionale, di uno **specifico registro**, in cui vengano inserite e conservate informazioni relative ai malati identificati, permette una migliore pianificazione delle cure, percorsi assistenziali coerenti con i bisogni e le preferenze dei malati e dei loro famigliari ed una più efficace integrazione delle attività. Le **informazioni, accessibili** alla Struttura di coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative per le sue funzioni di clinical governance, devono essere **condivise** con le Strutture di erogazione di cura operanti nel territorio di riferimento con l'obiettivo di migliorare la continuità e l'appropriatezza delle cure.

COORDINAMENTO, INTEGRAZIONE, GOVERNANCE PER LA CURA

Gestionale

SISTEMA INTEGRATO
E INTEROPERABILE

PROFILITY

Browser

NECPAL Tool

CA

CA

Identificazione
del malato

BPSE

Valutativo

Dimissione
protetta

Condivisione

IPAC

Segnalazione
DIFRA

PIC/Rivalutazione
Esito

Ricovero

DP

VMD

Rivalutazione
Esito

VMD

Rinnovo
Dimissione

Ricovero
Esito

PAI

VMD

Ric. ospedaliero

Modifica
Dimissione

PAI

FSE

Ass. domiciliare

PERCORSO DI CURA IN CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Cure fine vita

Ric. residenziale
- hospice

Il Bisogno:
assistito e monitorato

Per affrontare **le sfide** future sono inoltre necessari:

- Fiducia nel trinomio **RICERCA-SPERIMENTAZIONE-FORMAZIONE**

La mancanza di modelli generali di dimostrata efficacia impone un continuo lavoro di ricerca per costruire delle ipotesi da testare e che, una volta adottate, diventino oggetto di formazione

- Considerare l'aspetto **PROGRAMMATORIO**

Per favorire questo approccio è fondamentale una puntuale ***valutazione dei risultati****, anche da parte dell'utente o dei familiari*

- Capacità della collettività di controllare o indirizzare la formazione della **DOMANDA**
- Attenzione alla **NORMALITÀ** della vita

M. Trabucchi, L'Arco di Giano, n.89, 2016

CONFERENZA DI CONSENSO – FIRENZE 2015

MONITORAGGIO E VALUTAZIONI DEI PERCORSI

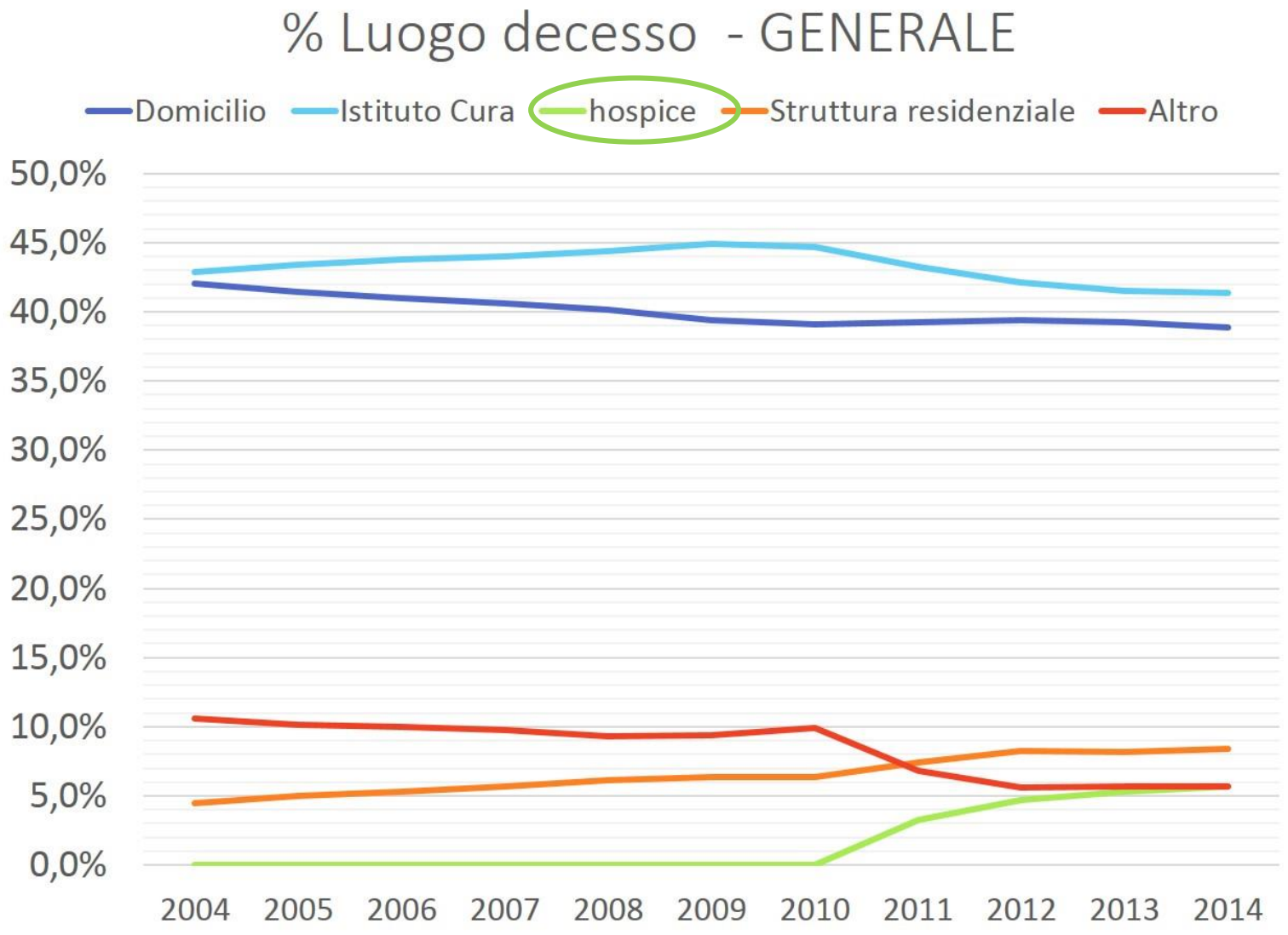
3.1 L'organizzazione deve essere in grado di **monitorare e valutare la qualità** del prendersi cura della persona in condizioni di cronicità avanzate con bisogni di cure palliative attraverso strumenti e metodologie di analisi quantitativa e qualitativa, avvalendosi anche degli strumenti di Health Technology Assessment (HTA), che comprendano indicatori di esito basati almeno sui seguenti criteri: luogo del decesso, controllo dei sintomi, supporto al carico assistenziale e allo stato d'ansia del caregiver, soddisfazione rispetto alle attese/preferenze del paziente e del caregiver. La **valutazione deve essere finalizzata al miglioramento continuo** delle prassi clinico assistenziali e dei modelli organizzativi.

LA SITUAZIONE DI OGGI – LUOGO DI DECESSO

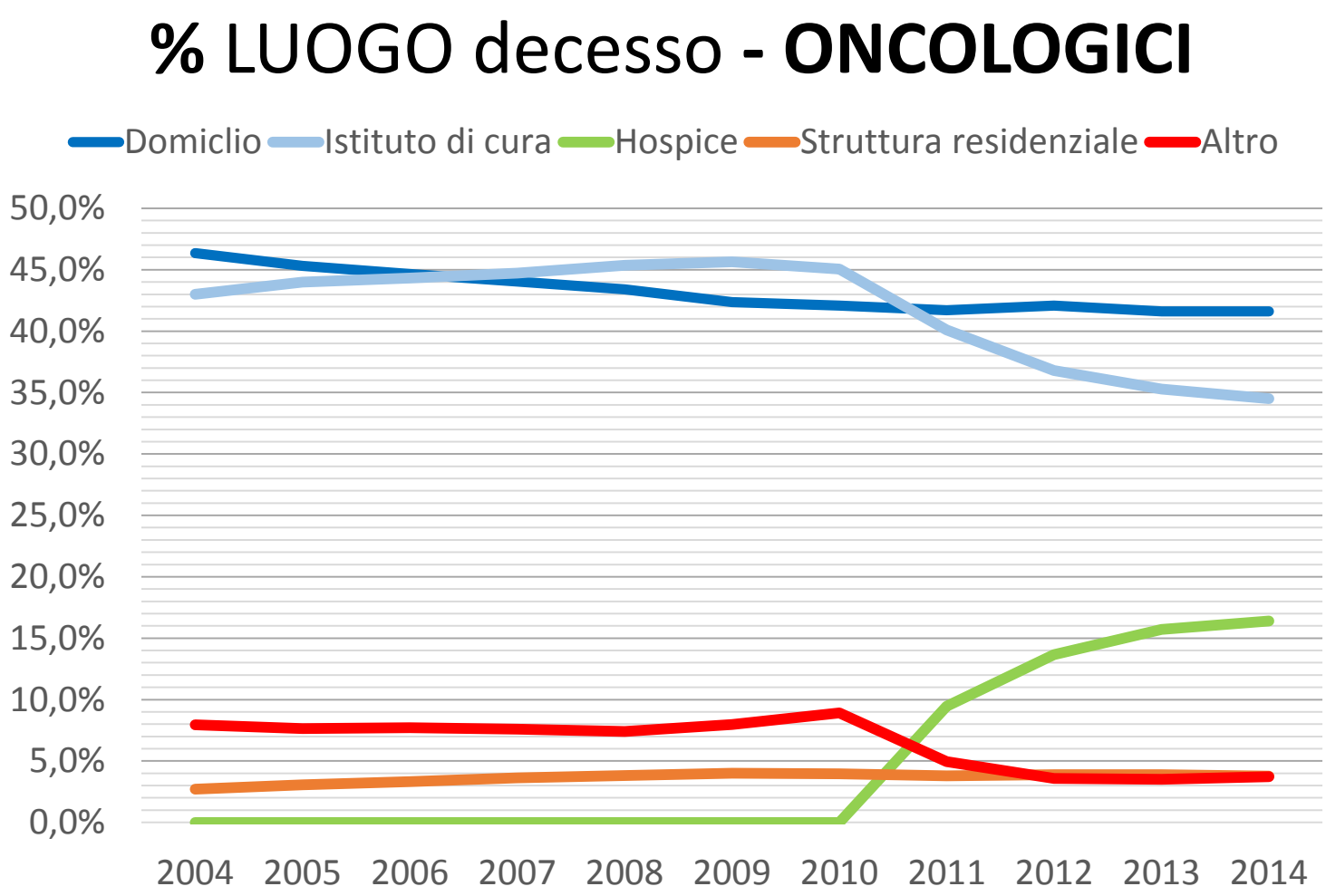
(FONTE: DATI ISTAT 2014)

LUOGO DECESSO ITALIANI (FONTE: DATI ISTAT 2014)	LUOGO DI DECESSO 2014	LUOGO DI DECESSO 2014 ONCO
CASA	38,90%	41,60%
ISTITUTO DI CURA	41,40%	34,50%
HOSPICE	5,70%	16,40%
STRUTTURA RESIDENZIALE O SOCIO-ASS.	8,40%	3,80%
ALTRO (COMPRESO ISTITUTI DI PENA)	5,70%	3,70%
N	**589.280**	**174.697**

Differenze negli anni: DATI ISTAT MORTALITÀ



Differenze negli anni: DATI ISTAT MORTALITÀ



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

STANDARD NORMATIVI VS DATI REALI DOCUMENTATI NEI FLUSSI NSIS

Ministero della Salute

Deceduti oncologici totali	**167 502**		Dato reale
65%	**108 876**		Dato reale
	STANDARD (n deceduti)	**DATI REALI (n deceduti)**	**Differenza Assoluta (%)**
• **45% - domicilio**	**75 376**	**12 814 (*di cui solo 8 289 con accesso MD PALLIATIVISTA)**	**62 562 (- 83.0%)**
• **20% - hospice**	**33 500**	**20 245 (*dato Cruscotto)**	**13 255 (- 39.6%)**

ES. DATI REGIONE LOMBARDIA - 2015

Cure Palliative su percorsi paralleli

Afferenti ai due Assessorati SANITÀ e FAMIGLIA

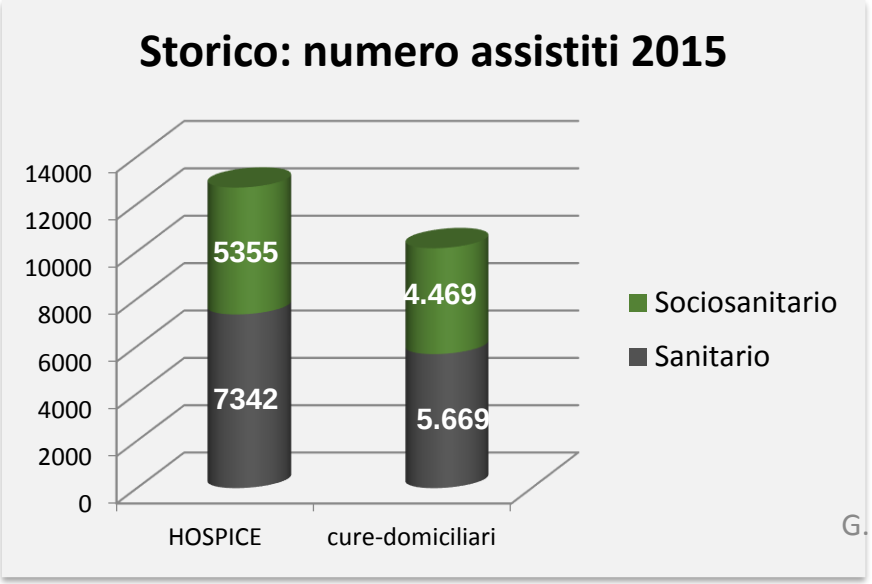
2 tipologie di Hospice

2 tipologie di Cure Palliative Domiciliari

L'attuale livello di **spesa storica direttamente allocata** attraverso il sistema di rimborso, per le cure palliative

Circa 84 milioni di euro

HOSPICE	Sanitario	Sociosanitario	Complessivo
numero assistiti	**7.342**	**5.355**	**12.697**
spesa storica	32.924.069	27.713.854	60.637.923
CURE-DOMICILIARI			
numero percorsi	**5.669**	**4.469**	**10.138**
spesa storica 2015	14.129.160	9.320.885	23.450.045
COMPLESSIVO			
numero assistiti	13.011	9.824	**22.835**
spesa storica	47.053.229	37.034.739	**84.087.968**



Nel CRUSCOTTO (ind. 2): HOSPICE DECEDUTI ONCOLOGICI in LOMBARDIA nel 2015:

3859 deceduti!

Nel FLUSSO SIAD : ASSISTITI AL DOMICILIO – CP in LOMBARDIA nel 2015:

2 192 assistiti!

ALTRI STUDI DI VALUTAZIONE DEGLI ESITI:

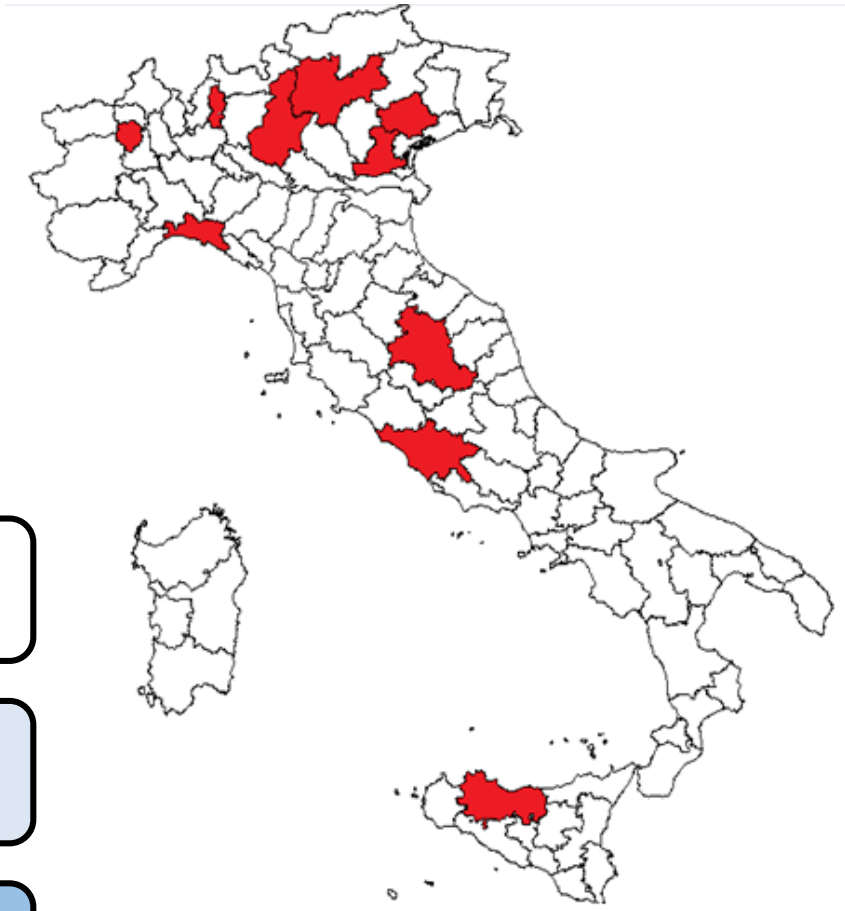
1. Studio osservazionale ARIANNA
2. Analisi deceduti oncologici 2015 in Emilia-Romagna
3. Analisi deceduti 2012-2013 nella Provincia di Lecco *(presentato in apertura di questa relazione)*

STUDIO ARIANNA

Studio osservazionale prospettico su un modello di cura integrato tra MMG e UCP domiciliari caratterizzato da:

- **Identificazione Precoce**
- **Valutazione Multidimensionale**
- **Pianificazione delle cure**

- ✓ **10 UNITÀ DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**
- ✓ **94 MMG**



Pazienti assistiti dai MMG
N=139,071

Pazienti identificati precocemente
N=937

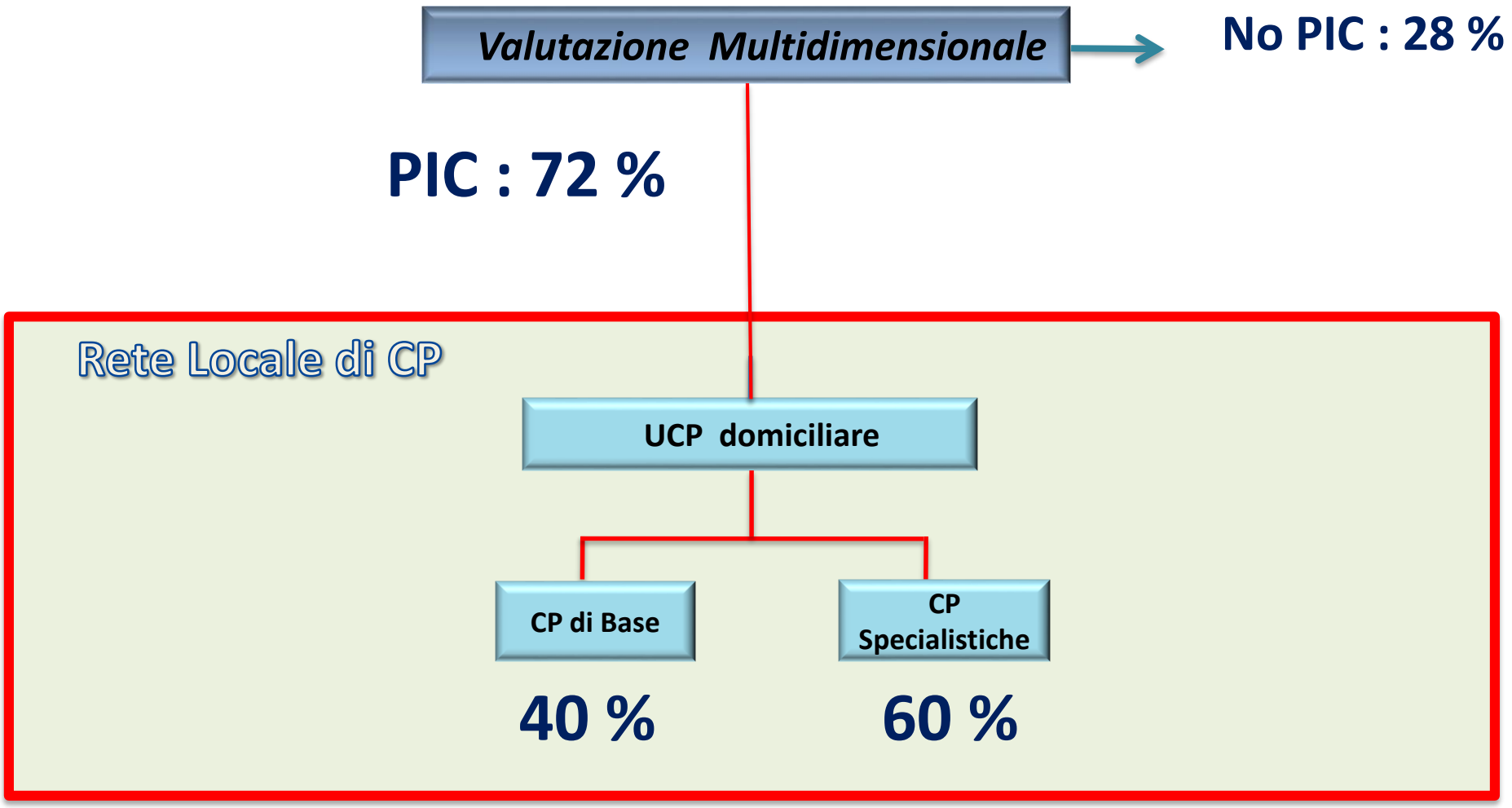
Pazienti inviati a UCP per VMD
N=433

PIC UCP
N=329

ARIANNA
Studio osservazionale sull'applicazione di un modello integrato di cure palliative domiciliari - Dati in pubblicazione

Lo STUDIO ARIANNA

IDENTIFICATI: 60% NON ONCOLOGICI – 40% ONCOLOGICI



TASSO DI IDENTIFICAZIONE

- I medici di medicina generale hanno identificato il **0,67%** del bacino totale dei loro assistiti (il **3.67%** negli over 75 anni).

VALORE PREDITTIVO POSITIVO

- **55.2%** (517) dei malati identificati, tempo mediano di sopravvivenza nei deceduti di 85 giorni.

MALATI ONCOLOGICI / NON ONCOLOGICI

- **60%** malati non oncologici

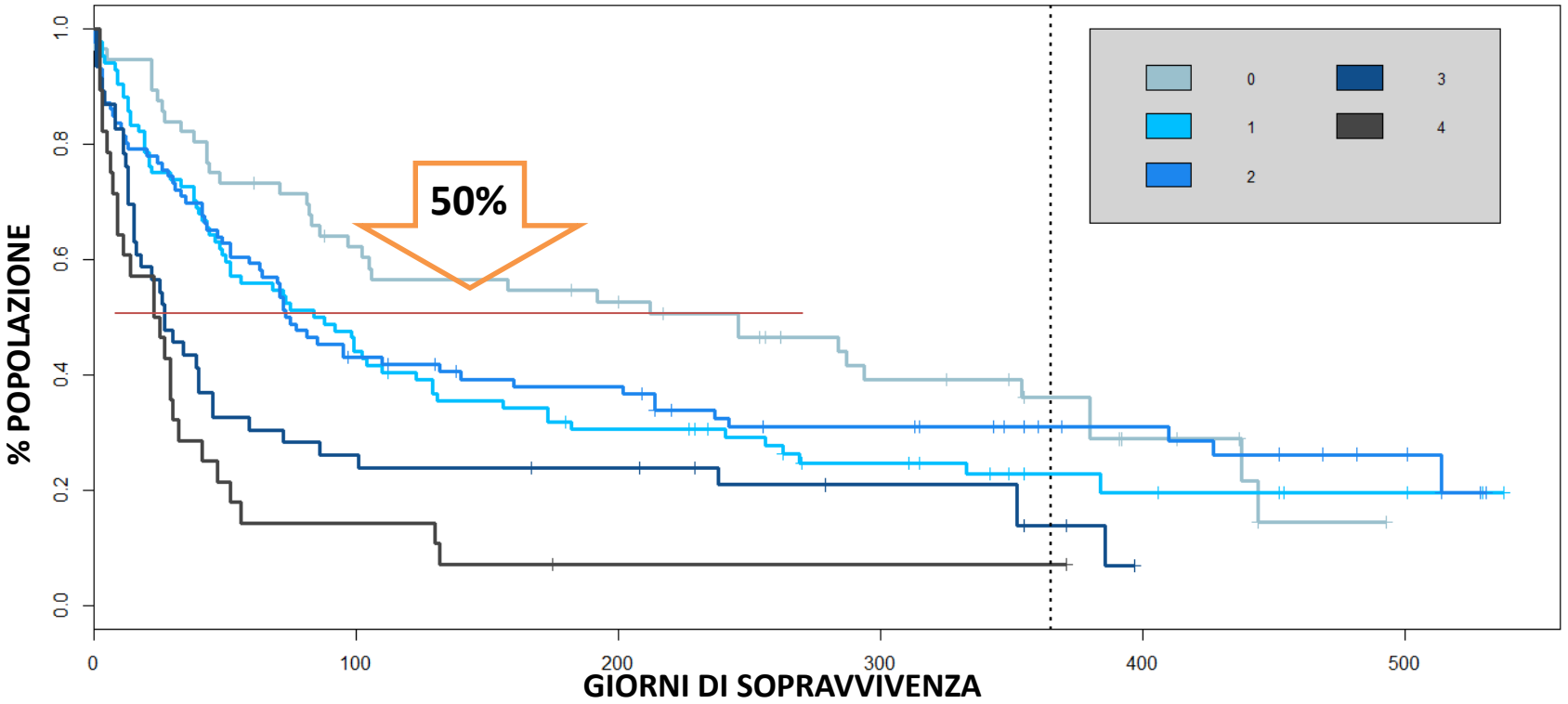
LUOGO DI DECESSO

- **70%** dei malati identificati decedono al proprio domicilio

LA VMD

CHESS misura la complessità clinica e l'instabilità della salute in base a: vomito, disidratazione, cibo lasciato sul piatto, perdita di peso, respiro affannoso, edema, fase finale di malattia, declino della cognizione e delle ADL. Punteggi più alti indicano livelli più alti di complessità clinica.

L'EFFICACIA DELLA VMD:
UNO STRUMENTO PER IL GOVERNO CLINICO



Curve di sopravvivenza stratificate per valori di CHESS

AL CRESCERE DEI VALORI DI CHESS AUMENTA IN MODO LINEARE IL RISCHIO DI MORTALITÀ (HAZARD RATIO)

Il fine vita nei pazienti con tumore in Emilia-Romagna

Bologna, 15 settembre 2016

Auditorium Regione Emilia-Romagna

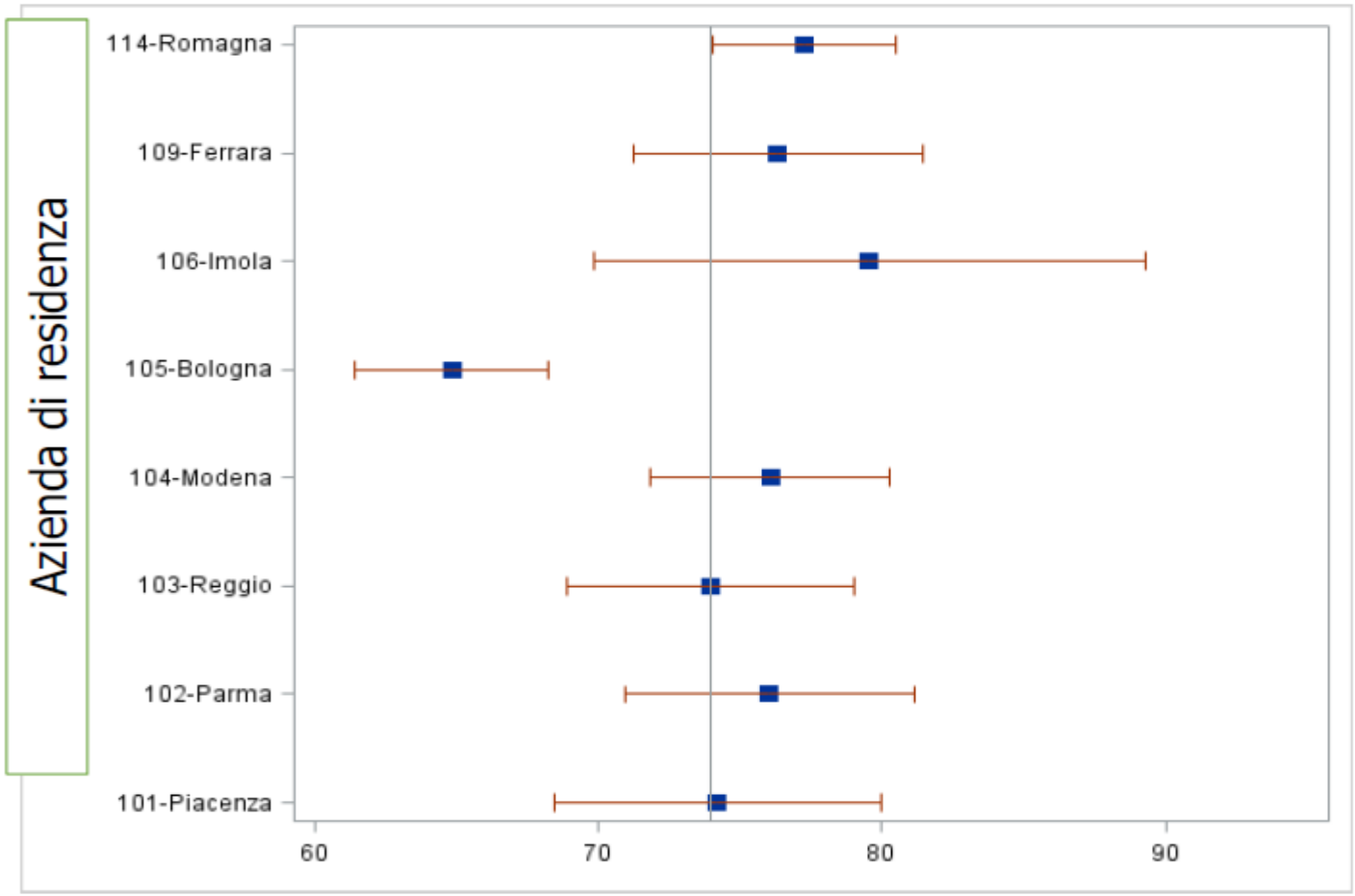
viale Aldo Moro 18

Ospedalizzazione negli ultimi 30 gg di vita

per azienda di residenza

Anno 2015

RER 74%

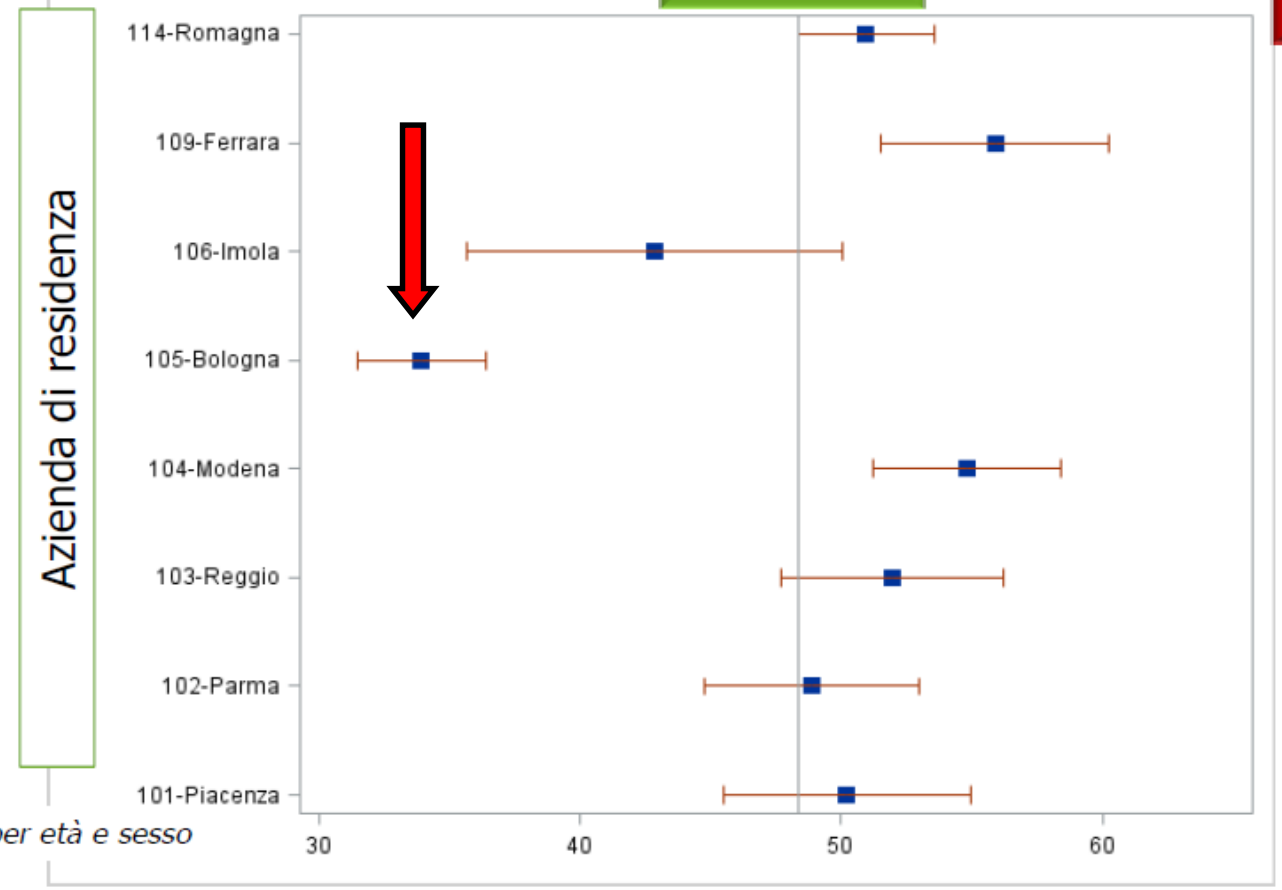


SLIDE presentate dalla REGIONE il 15 settembre 2016

Mortalità intra-ricovero

RER 48%

Anno 2015



Valori aggiustati per età e sesso

Bologna ha la % di decessi intra-ricovero significativamente più bassa mentre Modena e Ferrara la più elevata

G. Scaccabarozzi

STUDIO OSSERVAZIONALE DEMETRA1

Monitorerà il percorso dei malati in condizioni di cronicità avanzate e complesse, e delle loro famiglie, che vengono presi in carico da una delle strutture che compongono la Rete Locali di Cure Palliative (Hospice, domicilio, ospedale)

5 centri: LECCO, FORLÌ, FIRENZE, ROMA, PALERMO

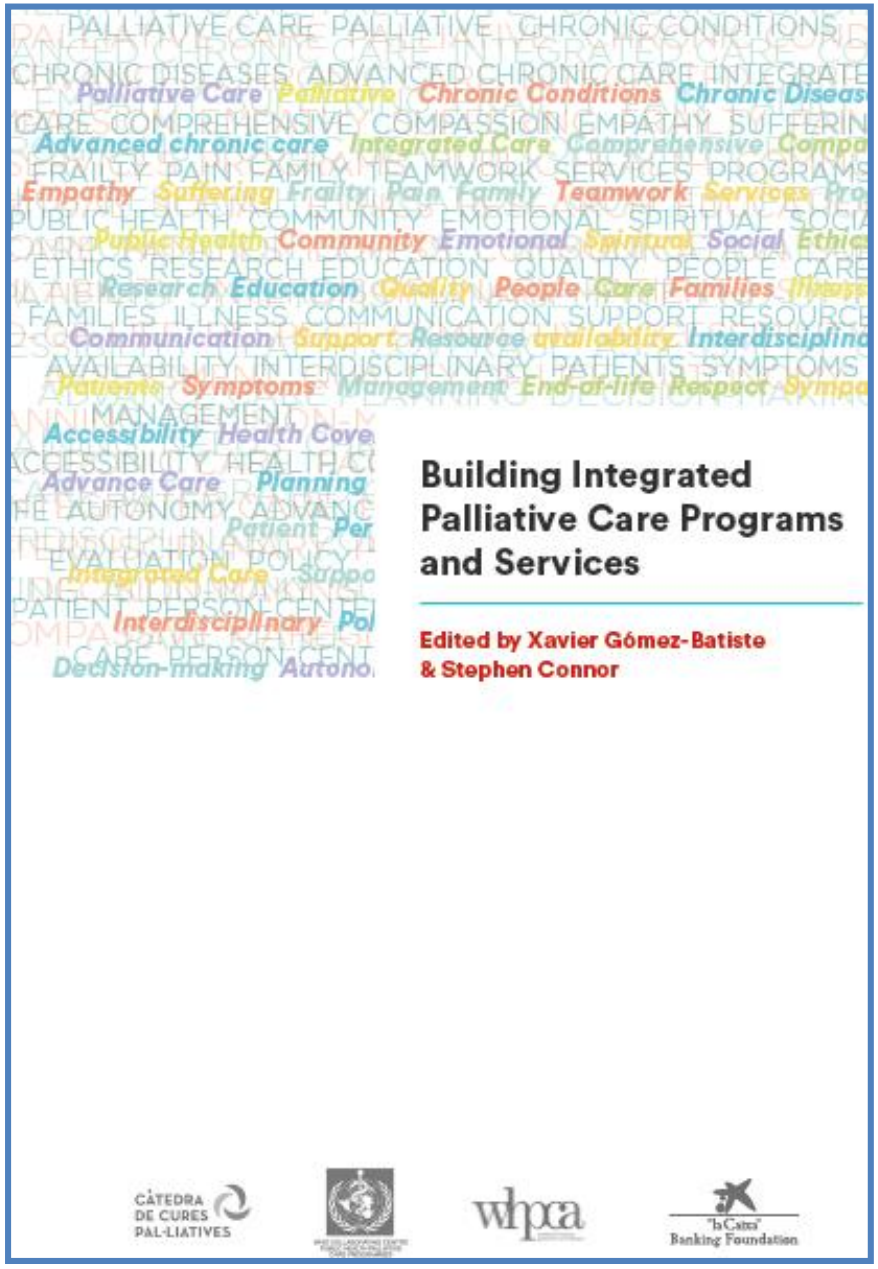
6 mesi di reclutamento: AVVIATO IL 15 MAGGO 2017
+ 1 anno di follow-up:

Verranno monitorati:
- ASPETTI CLINICI OGGETTIVI (NECPAL, INTER-RAI, ITEM SPECIFICI)
- ASPETTI CLINICI SOGGETTIVI (ESAS)
- ASPETTI PSICO-SOCIO RELAZIONALI (PSR)
- COSTI INDIRETTI DELLE FAMIGLIE
- VISSUTO DEI CAREGIVER (FOCUS GROUP)

DEMETRA

Fondazione Guido Berlucchi
Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale (ONLUS)

FONDAZIONE FLORIANI
UNA RISPOSTA ALLA SOFFERENZA DEI MALATI INGUARIBILI


Building Integrated Palliative Care Programs and Services
Edited by Xavier Gómez-Batiste & Stephen Connor
CÀTEDRA DE CURES PAL·LIATIVES
whpca
"la Caixa" Banking Foundation