

Unità Operativa
di Cure Palliative
ASST di Pavia

Dott.ssa
Mediani T. Sabina

“Io sono un viaggiatore in viaggio da una vita alla prossima e in quel viaggio ho bisogno di un luogo in cui sia benvenuto, curato ed assistito e possa essere me stesso” . N. Hadlock

Palliative Care Definition 2019

IAHPC

Le cure palliative rappresentano la cura olistica di individui di **ogni età** con **gravi sofferenze correlate alla salute** dovute alla **malattia**, in particolare di coloro che si avvicinano alla fine della vita.

Le CP hanno lo scopo di migliorare la qualità della vita dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro caregiver.



Palliative Care Definition

4. Integrano gli aspetti psicologici, sociali e spirituali dell'assistenza
5. Offrono un sistema di supporto per aiutare i pazienti a vivere il più attivamente possibile fino alla morte
6. Offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia durante la malattia e il lutto

Offerta Assistenziale UOCP ASST di Pavia

3) Attività di consulenza:

terapia del dolore,

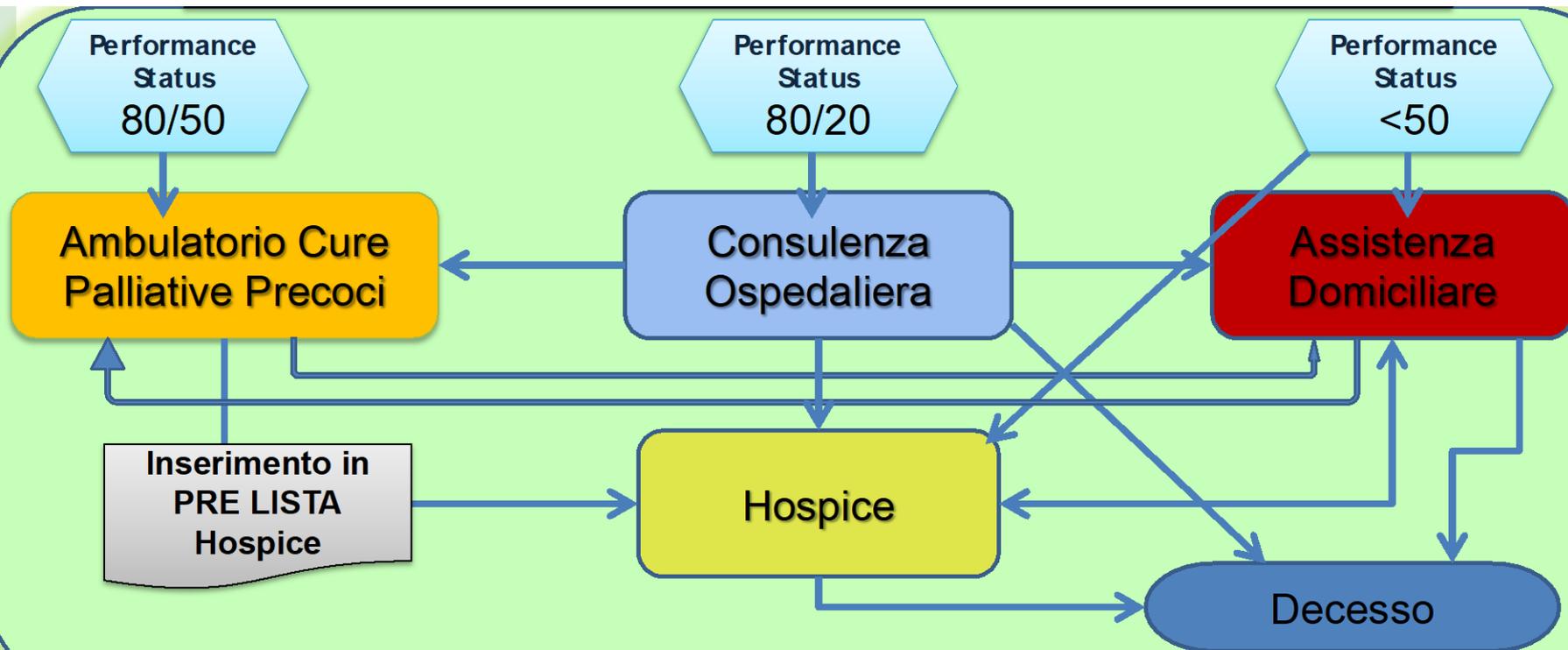
sedazione palliativa,

comunicazione di cattive notizie,

Valutazione idoneità' percorso di CP (setting)

- in tutti i reparti degli ospedali dell'ASST (Vigevano: mercoledì, Voghera: giovedì')

- al domicilio (previo contatto/richiesta e con impegnativa del MMG)



ECOG = 4		
100%	ECOG = 0	Nessun disturbo, nessun segno di malattia.
90%	ECOG = 0	Possibili le normali attività, Sintomatologia molto sfumata.
80%	ECOG = 1	Normali attività possibili con difficoltà. Sintomi evidenti.
70%	ECOG = 1	Cura di se stessi. Normali attività e lavoro non possibili.
60%	ECOG = 2	Necessario qualche aiuto, indipendente nei bisogni personali.
50%	ECOG = 2	Aiuto spesso necessario, richiede frequenti cure mediche.
40%	ECOG = 3	Disabile. Necessario un aiuto qualificato.
30%	ECOG = 3	Severamente disabile. Ospedalizzazione necessaria ma senza rischio di morte.
20%	ECOG = 4	Estremamente malato. Richieste misure intensive di supporto alla vita.
10%	ECOG = 4	Moribondo. Processi di malattia fatali rapidamente progressivi.
0%	ECOG = 5	Morte.

Hospice

L'unità operativa:

- è situata al terzo piano dell'Ospedale S. Martino di Mede
- è dotata di **15 posti letto** di degenza ordinaria
- ambulatorio di CP

Ogni stanza:

- ospita un **solo paziente**
- è provvista di **bagno, TV e poltrona letto**



Equipe Multidisciplinare

- **1 Medico Responsabile dell'UOCP:**

DR. Battistin IVAN

- **4 Medici**

- **1 Coordinatrice Infermieristica:**

Barbaro Rosanna

Equipe Multidisciplinare

- **1 Assistente Sociale** (dedicato; 10 ore/settimana)
- **1 Psicologo** (dedicato; 10 ore/settimana)
- **Assistente spirituale, Dietista, Fisioterapista** (on demand)
- **Volontari** (AVO, ODV “Amici delle CP Mariuccia e Giovanni” ...)



Offerta di Cura (Hospice)

- Malati affetti da patologia neoplastica non più suscettibili di terapia causale (CT, RT, biologici)
- Malati con insufficienza d'organo "end stage" (cardiaca, renale, respiratoria, epatica, neurologica)
- Malati con sintomi di difficile controllo (dolore)
- Ricovero di pazienti per il sollievo dei famigliari



Raccomandazioni della SICP, ott 2015

Legge 219/17: articolo 1

1 - La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, **tutela il diritto alla vita**, alla salute, alla dignità e all'**autodeterminazione della persona** e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere **iniziato o proseguito** se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2 - È **promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico** che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'**équipe sanitaria**. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, **anche i suoi familiari** o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

8 - Il tempo di comunicazione è tempo di cura

I fondamentali per ricovero in Hospice

- Completamento delle indagini diagnostiche relative alla patologia oncologica e non;
- Esclusione di terapie specifiche/causali volte alla guarigione della malattia;
- Assenza di terapie sostitutive d'organo (dialisi, ventilazione meccanica, farmaci vasoattivi, etc)

Processo di presa in carico

1. Segnalazione di persona malata con potenziale necessità di CP
2. **Identificazione** di pazienti affetti da malattie in fase avanzata con necessità di CP (Suballegato E)
3. Individuazione del **setting assistenziale appropriato**
4. Messa in lista: software (**criteri di priorità**)
5. **Attività clinica ed assistenziale personalizzata** (IPOS e PAI)

1. Segnalazione

- **Medico Palliativista** (in consulenza presso il reparto di degenza, in ambulatorio, al domicilio, presso RSA)
- proposta di un **Medico Specialista**
- proposta/segnalazione del **MMG e/o del Medico di RSA**
- accesso diretto da parte del **Paziente e/o del Caregiver**
- segnalazione dei **servizi sociali (Assistente Sociale)**

2.Valutazione idoneità al ricovero in Hospice

STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO ONCOLOGICO		
1. DOMANDA SORPRENDENTE		
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI NEOPLASIA (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)		
○ Diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi: neoplasie polmone, pancreas ed esofago) che presenti scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione durante il trattamento o metastasi in organi vitali (SNC, fegato, grave disseminazione polmonare)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
○ Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
○ Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

3. Setting di cura appropriato

- Colloquio:
 - con la **persona malata e/o il caregiver**
 - con il **MMG e/o medico specialista e/o di RSA**
- **volontà' persona malata e/o familiare**
- **Presenza o meno di caregiver h24**
- **Necessità clinico-assistenziali (PS)**
- **Terapie causali**

4. Attività clinica ed assistenziale (1)

- dare **risposte personalizzate** ai bisogni, non solo sanitari, da parte di un'equipe di professionisti esperti e dedicati;
- **il controllo del dolore** attraverso la sua misurazione costante e trattamenti adeguati;
- **il controllo di altri sintomi fisici** che provocano sofferenza al malato;
- il rilevamento e la cura della **sofferenza psicologica**;
- il sostegno **sociale e spirituale**;
- il supporto, anche per il **lutto**, ai familiari.

dolore non neoplastico cancro debolezza effetti collaterali

SORGENTE SOMATICA



DEPRESSIONE

perdita del lavoro
problemi finanziari
perdita del ruolo in famiglia
stanchezza cronica
insonnia
senso di abbandono
alterazioni dell'aspetto



RABBIA

difficoltà burocratiche
ritardi nella diagnosi
irritabilità
fallimento terapeutico
medici irreperibili
allontanamento degli amici



ANSIA

paura dell'ospedale o del ricovero preoccupazioni per la famiglia
paura della morte inquietudine spirituale paura del dolore
perdita della dignità e del controllo del proprio corpo incertezza sul futuro

4. Attività clinica ed assistenziale (2)

- IPOS (Integrated Palliative Outcome Scale): strumento di valutazione multidimensionale dei bisogni e problemi della persona malata
- PAI (Piano di Assistenza Individuale):
 - cause (problema), Obiettivi, indicatori, figure coinvolte,
 - condiviso con pz e/o caregiver
 - verificato settimanalmente con riunione multidisciplinare
 - modificato ad ogni significativa variazione clinica ed assistenziale

Dati UOCP 2018 - 2021

	Numero ricoveri/mese (totale annui)	Età media (anni)	Sesso (M)	Degenza media (gg)	Pazienti oncologici	Tempo attesa ricovero (gg)
Hospice ASST 2019	23 (276)	78	142 (51,4%)	13,2	186 (68%)	2,5
Hospice ASST 2020	22 (263)	78	133 (49,4 %)	15	169 (64%)	3,46
Hospice ASST 2021 (primi 6 mesi)	21 (126)	77	74 (59%)	15	91 (72,2%)	3,88

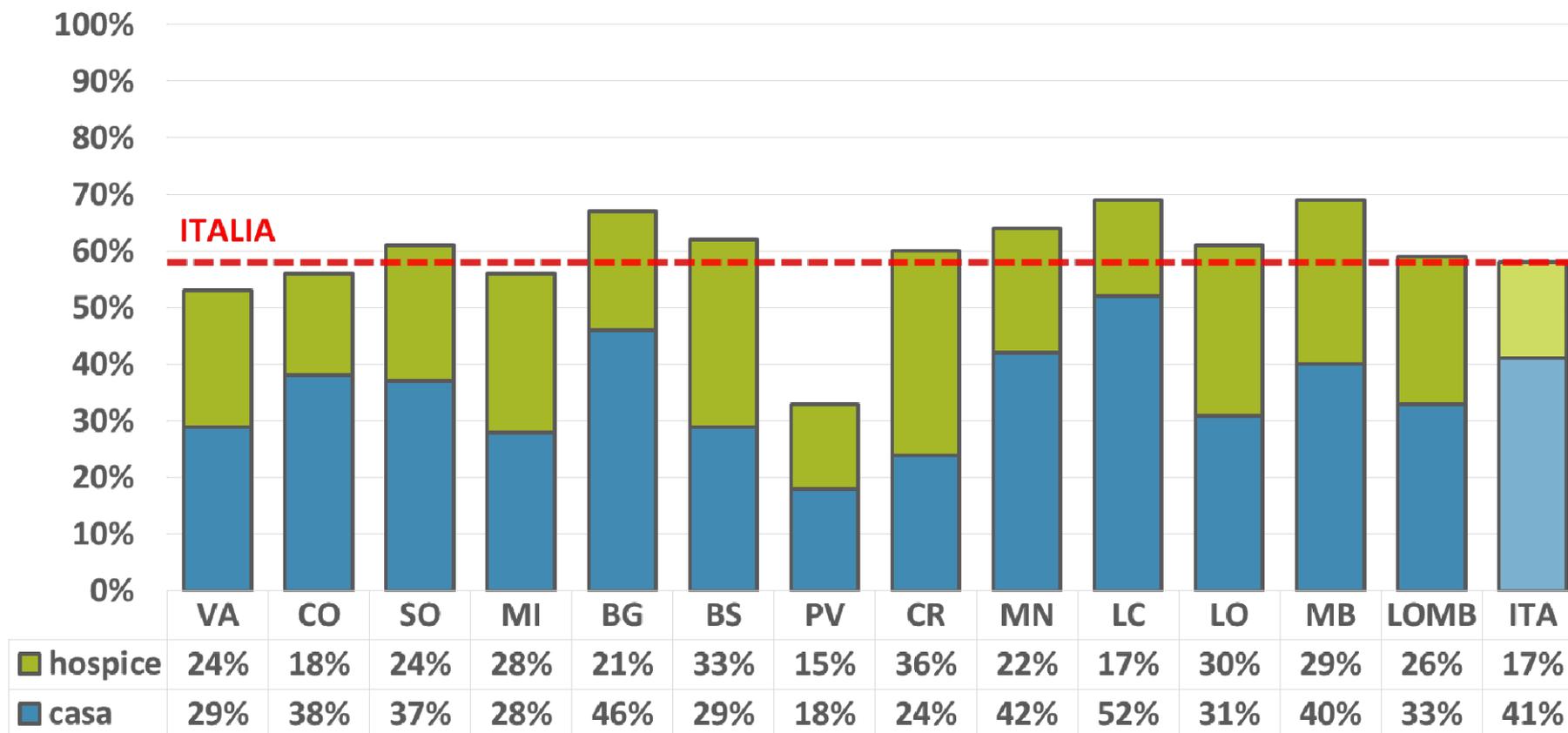
Dati UOCP 2018-2021

	Domicilio	Polo Lomellino	Polo Oltrepò	Da Ospedali ASST
Hospice ASST 2019	40 (14,4%)	143 (51,8%)	41 (14,8%)	184 (66,6%)
Hospice ASST 2020	45 (17%)	147 (55,8%)	35 (13,3%)	182 (69,2%)
Hospice ASST 2021 (primi 6 mesi)	19 (15%)	59 (46,8)	30 (23,8%)	89 (70,63)

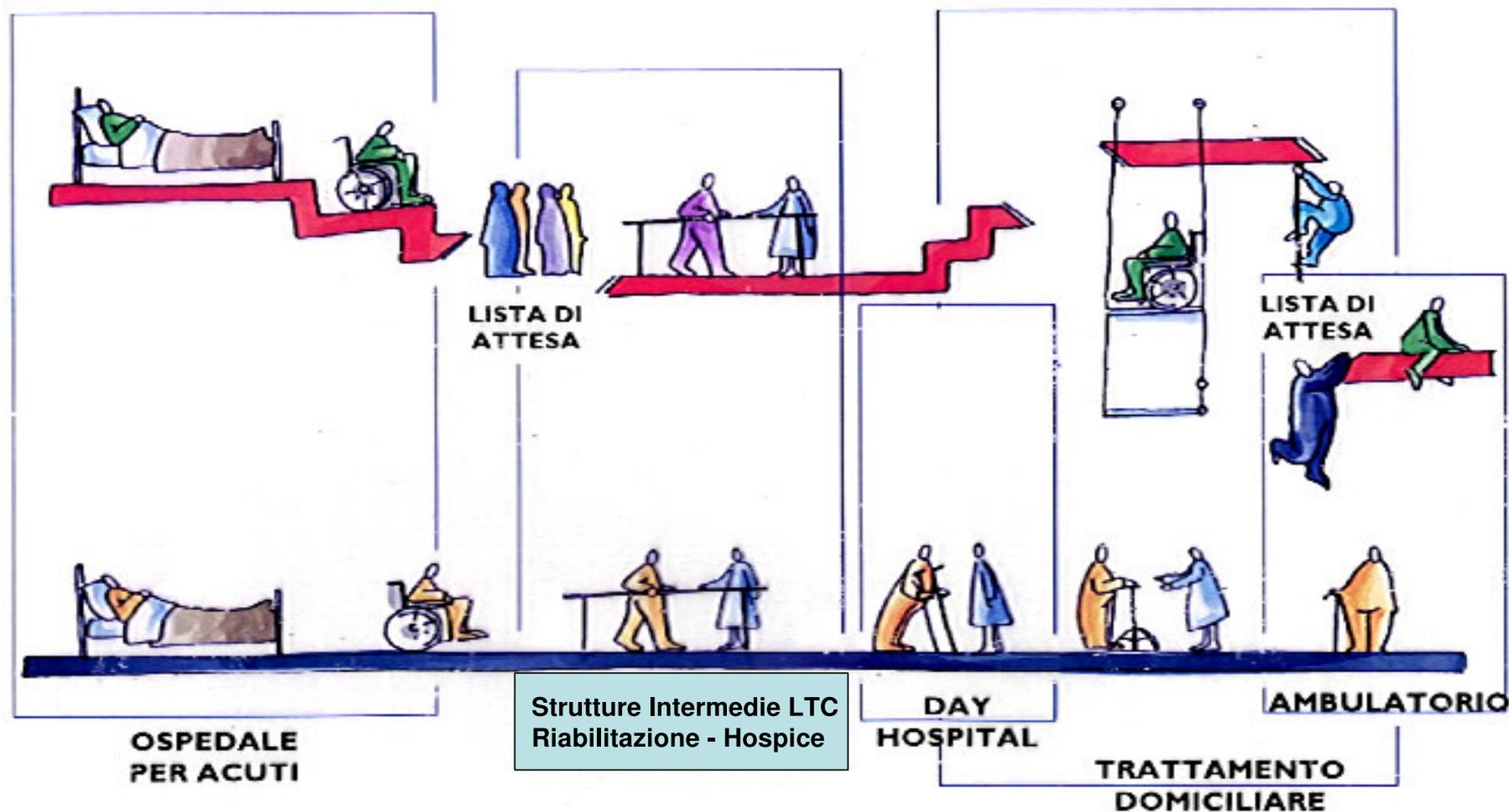
Dati UOCP 2018-2021

	Decesso	Dimessi	Domicilio	RSA	Altro reparto	Altro Hospice
Hospice ASST 2019	247 (89,4%)	29 (10,5%)	14 (48%)	5 (17%)	8 (27,5%)	2 (6,5%)
Hospice ASST 2020	235 (89%)	22 (10,6%)	11 (50%)	7 (31%)	2 (9%)	2 (9%)
Hospice ASST 2021 (primi 6 mesi)	108 (88%)	15 (12,19%)	5 (4%)	6 (5%)	4 (3%)	0

ANNO 2015 - % DECESSO al DOMICILIO O HOSPICE – MALATI ONCOLOGICI 2015



UN PERCORSO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE CONTINUATIVO

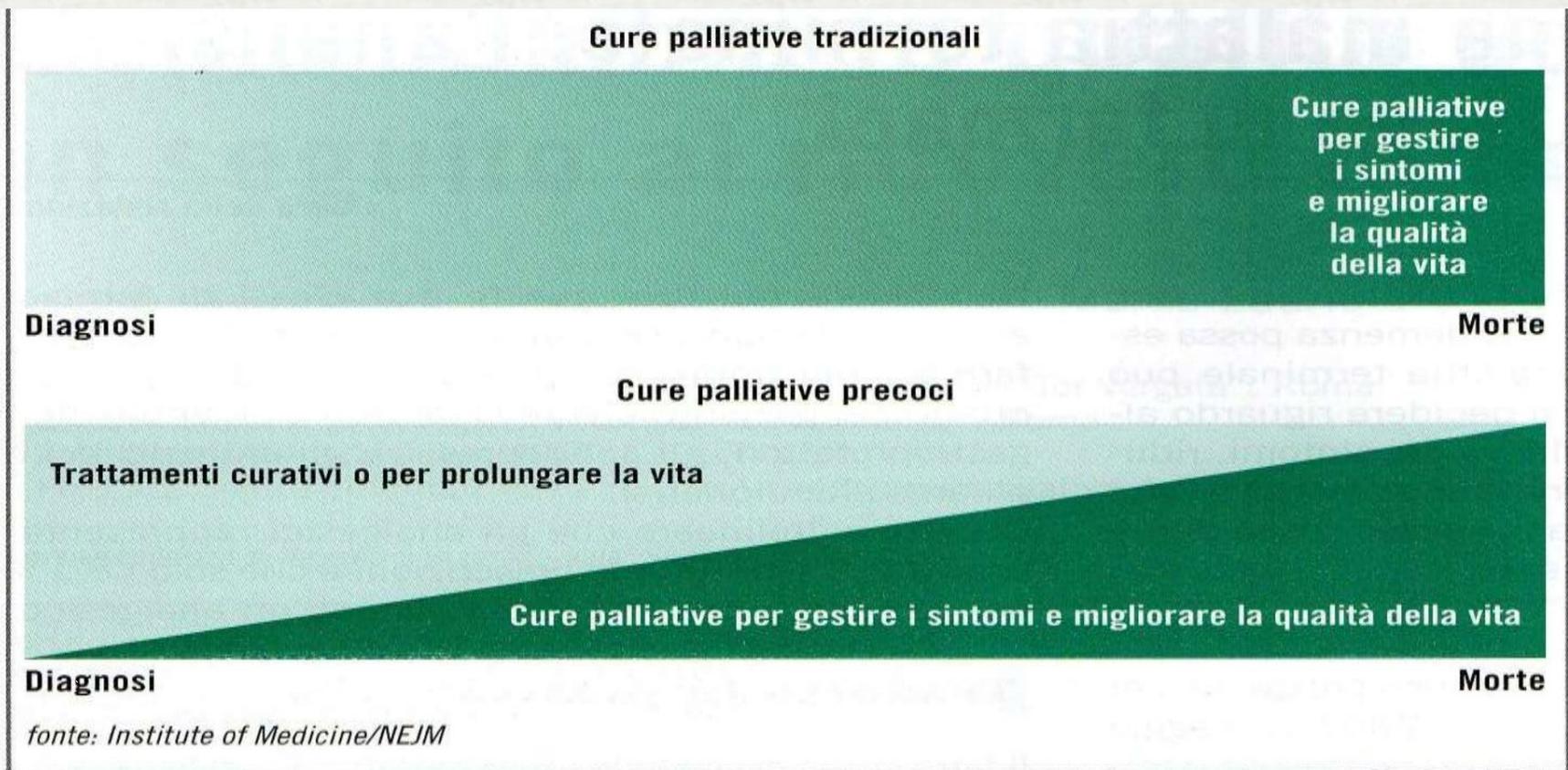


EFFICACIA PER IL PAZIENTE

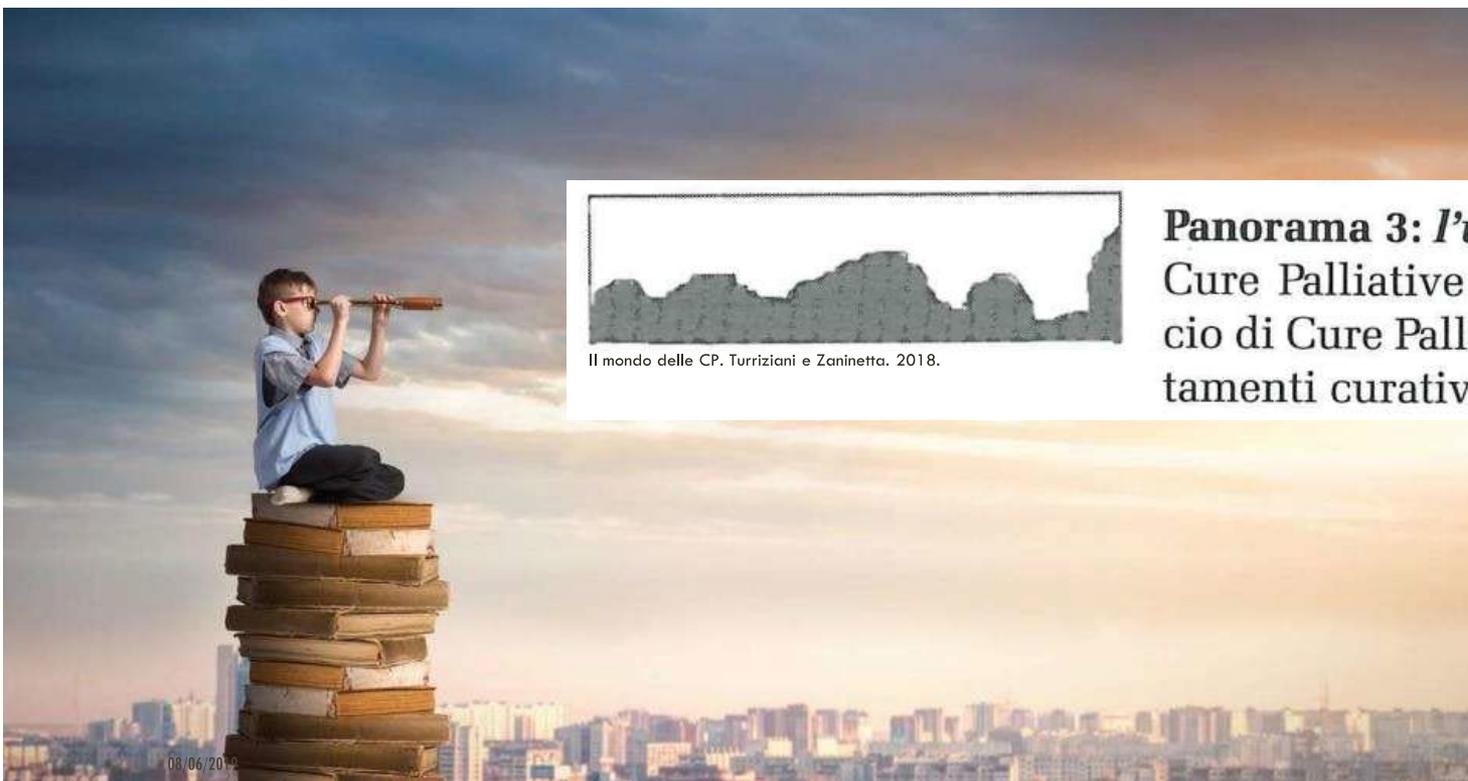
EFFICIENZA AZIENDALE

Cure palliative sempre più precoci

Parikh R.: early specialty palliative care . Translating data in oncology into practice. N.Engl J Med 2013;369: 2347-51



PANORAMA DELLE CP...DOMANI



Il mondo delle CP. Turriziani e Zaninetta. 2018.

Panorama 3: *l'ultima frontiera.*
Cure Palliative per tutti, un approccio di Cure Palliative integrate ai trattamenti curativi.

Cure Palliative..... chiunque e dovunque?

- Struttura adeguata (criteri di accreditamento vincolanti strutturali ed organizzativi)
- Team multidisciplinare (gestione olistica del paziente)
- Formazione specialistica (core curriculum, protocolli e percorsi formativi specifici)

In centri multidisciplinari / centri specializzati

Ed alla finesulle CP



- **Cliccate per modificare il formato del testo della struttura**
- **importante integrare il limite nel momento del formato del testo della struttura**
- **Il tempo di fine vita non è solo tempo di dolorosa attesa ma può essere tempo di straordinaria pienezza e intensità**
- **Secondo livello struttura**
- **terzo livello struttura**
- **Quarto livello struttura**
- **Si può curare anche quando non si può guarire**
- **Quinto**

I Sogni.....



- CP domiciliario
- **Cliccate per modificare il formato del testo della struttura**
- Potenziamento attività ambulatoriale
- Incremento attività consulenziale (RSA e domicilio)
 - Secondo livello struttura
 - Terzo livello struttura
 - Quarto livello struttura
 - Quinto



GRAZIE