



Milano, 25 novembre 2017

L'accesso precoce alla rete di cure palliative e alla rete hospice

Dr.ssa Gabriella Farina



OSPEDALE FATEBENEFRAATELLI E OFTALMICO
OSPEDALE MACEDONIO MELLONI

Sistema Socio Sanitario

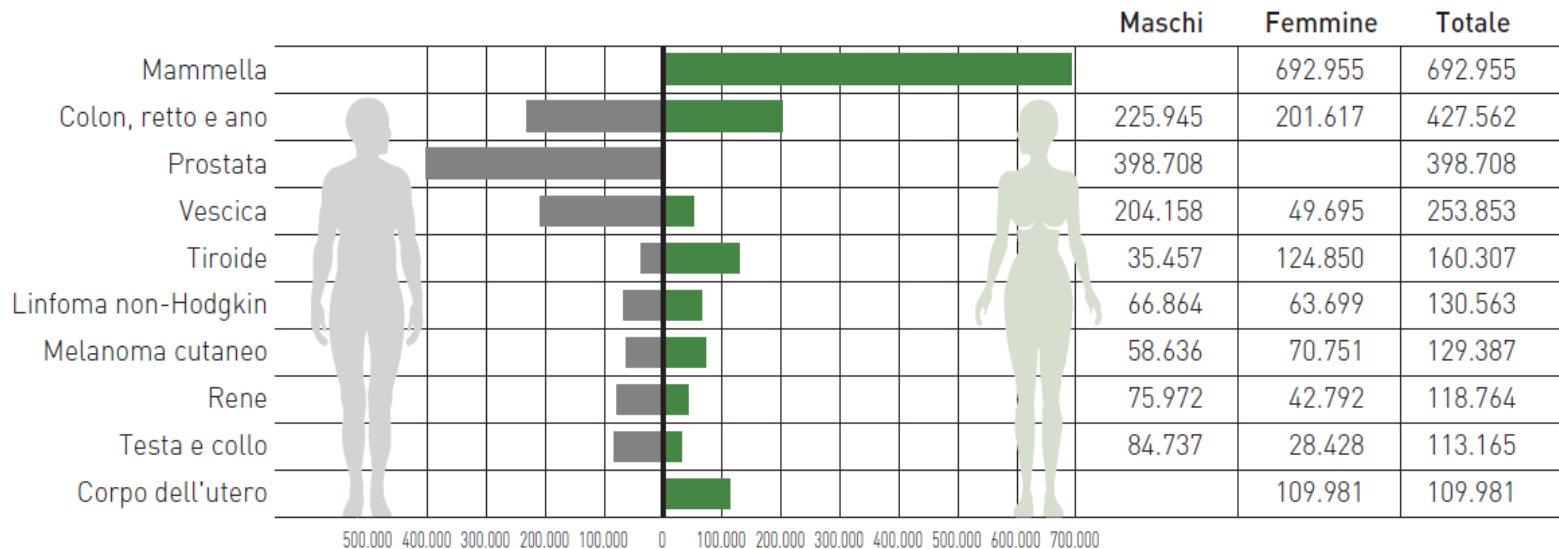


Regione
Lombardia

ASST FATEBENEFRAATELLI SACCO

Epidemiologia dei tumori in Italia

- I dati di prevalenza stimano che nel 2015, le persone vive in Italia dopo una diagnosi di tumore erano 3.037.127 (il 4,9% della popolazione italiana), il 46% maschi (1.382.386) e il 54% femmine (1.654.741). Oltre un terzo (35%) erano persone di 75 anni e oltre; ancor di più (39%) quelli tra 60 e 74 anni di età.



. Numero di persone vive dopo una diagnosi di tumore, per sede e sesso. Italia, 2015.

“I numeri del cancro in Italia 2016”

Decessi a causa dei tumori in Italia

- I tumori sono la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi), dopo le malattie cardio-circolatorie (37%)
- I dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) indicano per il 2013 (ultimo anno al momento disponibile) poco più di **176.000 decessi attribuibili a tumore**

“I numeri del cancro in Italia 2016”

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione *
1°	Polmone (26%)	Mammella (17%)	Polmone (19%)
2°	Colon-retto (10%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (11%)
3°	Prostata (8%)	Polmone (11%)	Mammella (7%)
4°	Fegato (7%)	Pancreas (7%)	Stomaco (6%)
5°	Stomaco (6%)	Stomaco (6%)	Pancreas (6%)

Prime cinque cause di morte tumorali più frequenti e*proporzione sul totale dei decessi oncologici per sesso. Pool AIRTUM 2008-2012.

Bisogno di Cure palliative in Italia per i pazienti oncologici

Sapendo che i morti per tumore sono circa **175.000 all'anno** e che circa il 90% dei pazienti che muoiono di tumore attraversa una fase terminale di malattia che richiede cure palliative, si può affermare con ragionevole sicurezza che nel nostro paese **quasi 150.000 pazienti all'anno hanno bisogno di cure palliative.**

Questa è tuttavia una stima in difetto. È peraltro verosimile che, per effetto dei recenti dati degli studi clinici sull'integrazione precoce delle cure palliative nell'ambito dei trattamenti antitumorali, il bisogno di cure palliative vada incontro ad un ulteriore progressivo incremento.

Bisogno di Cure palliative per i pazienti non oncologici

L'European Association for Palliative Care (EAPC)⁽¹⁾ ha pubblicato un **“libro bianco”** che contiene una serie di raccomandazioni per l'implementazione delle cure palliative in Europa, anche in ambito non oncologico. Non è difficile comprenderne le motivazioni, se pensiamo alla dimensione epidemiologica del problema...in altri termini, se tutti i pazienti potessero accedere ai servizi dedicati, circa il 60% di essi sarebbe affetto da malattie oncologiche ed il **40% da altre patologie**.

Se poi indaghiamo quanto succede in casa nostra scopriamo uno scenario ancor più desolante: in Italia, gli stessi pazienti sono meno dell'1%⁽²⁾.

In base ai dati epidemiologici lombardi (Registri di mortalità, Archivi di patologia, BDA) la potenziale popolazione annua di riferimento (per la rete delle cure palliative) è di 45.000 casi, di cui 29.000 pazienti neoplastici (16.000 malati non neoplastici) ⁽³⁾.

1. Radbruch L.,Payne S. et al., *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, in «European Journal of Palliative Care», 16 (6), 2009*

2. Valle A. *Cure palliative: solo per i malati di cancro? Bioetica News Torino Anno II n.10-Novembre 2013*

3. Dgr IX/4610 del 28 Dicembre 2012, allegato 2 pag.6

Cure palliative per quali pazienti?

Gold Standard Framework

Il metodo anglosassone del Gold Standard Framework (GSF) definisce i malati che *“si avvicinano alla fine della vita”* come coloro che hanno una probabilità di morire entro 12 mesi. In questa definizione sono inclusi:

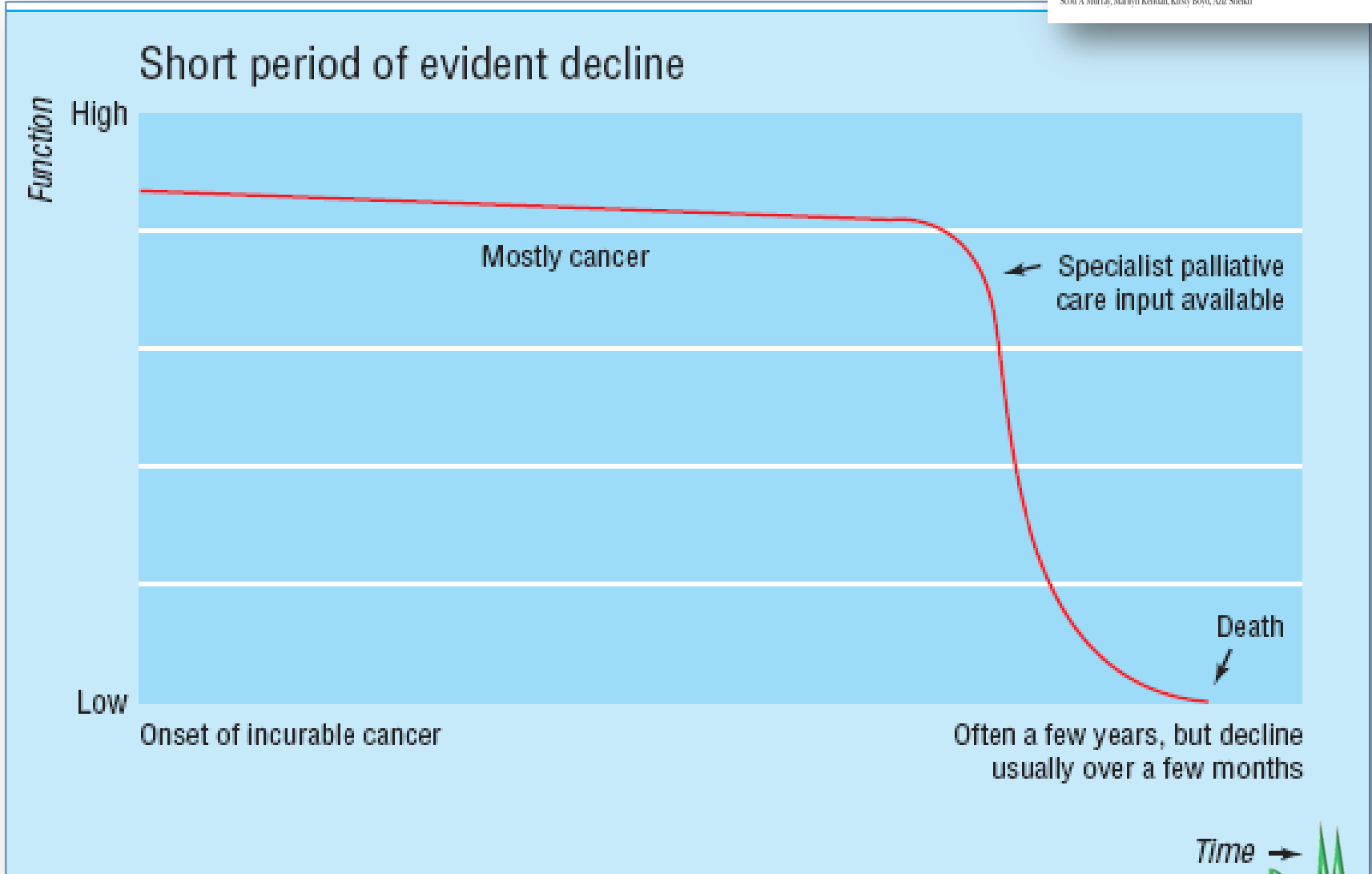
- pazienti la cui morte è imminente (attesa entro poche ore o giorni)
- pazienti con malattie inguaribili, progressive, in fase avanzata
- pazienti con una condizione clinica di fragilità generale e patologie concomitanti per la quali è prevedibile una morte entro 12 mesi
- pazienti con condizioni cliniche per effetto delle quali è presente un rischio di morte per una crisi acuta ed improvvisa legata alla loro situazione o causata da eventi improvvisi e catastrofici.

L'utilizzo di **indicatori clinici di orientamento prognostico e un approccio valutativo sistemico della malattia e della complessità dei bisogni del singolo malato e della sua famiglia** consentono di riconoscere i pazienti che si avvicinano alla fase finale della loro vita, intendendo come tale gli ultimi 6-12 mesi di vita. In questo contesto la visione globale del malato, l'attenzione al controllo dei sintomi e alla qualità della vita, l'appropriatezza e la proporzionalità degli interventi, il lavoro multiprofessionale in équipe e il coordinamento strutturato della Rete costituiscono elementi chiave per lo sviluppo di un percorso integrato di cura.

La storia naturale di malattia

Illness trajectories and palliative care

Scott A Murray, Marilyn Kendall, Kirsty Boyd, Aziz Sheikh

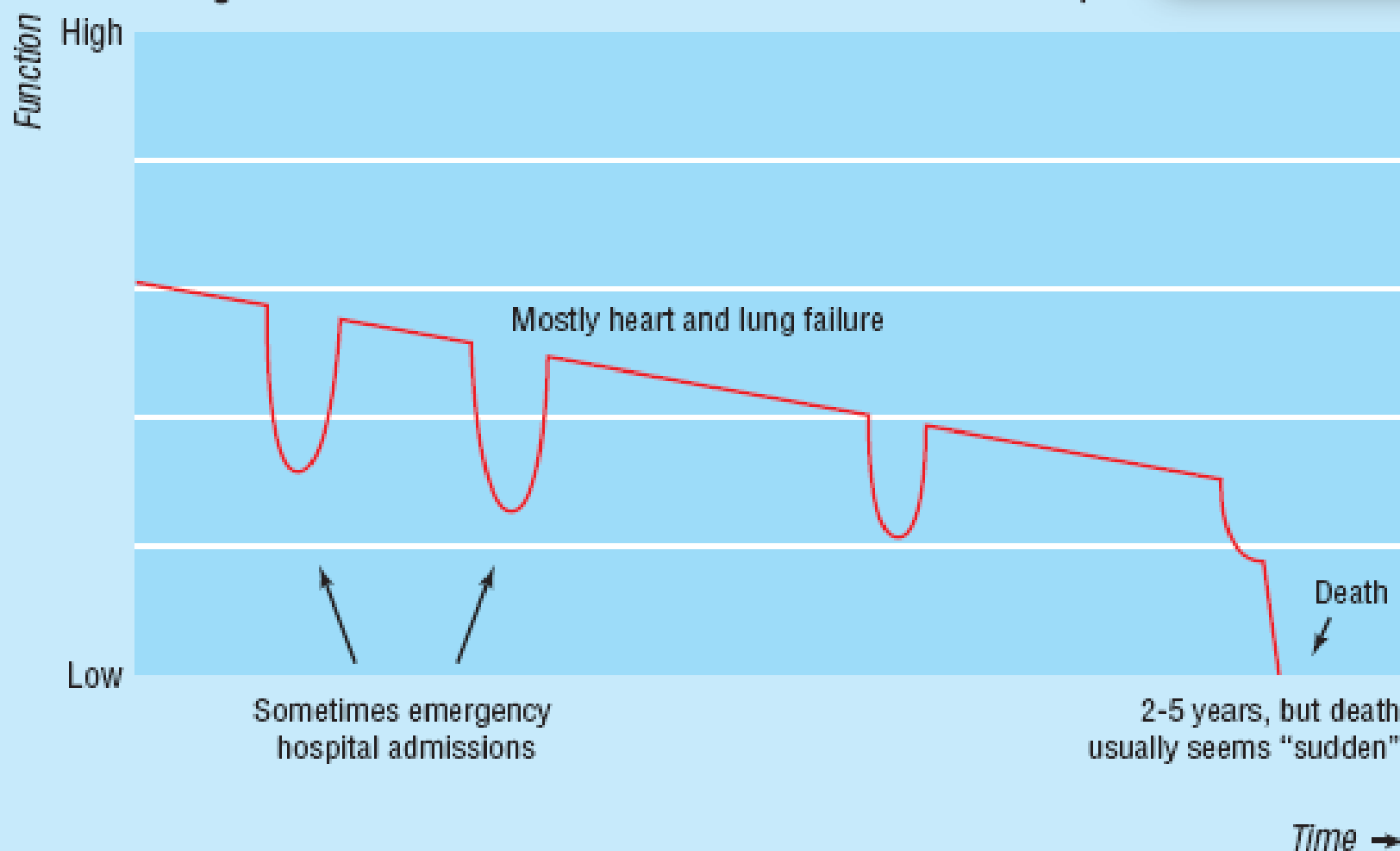


La storia naturale di malattia

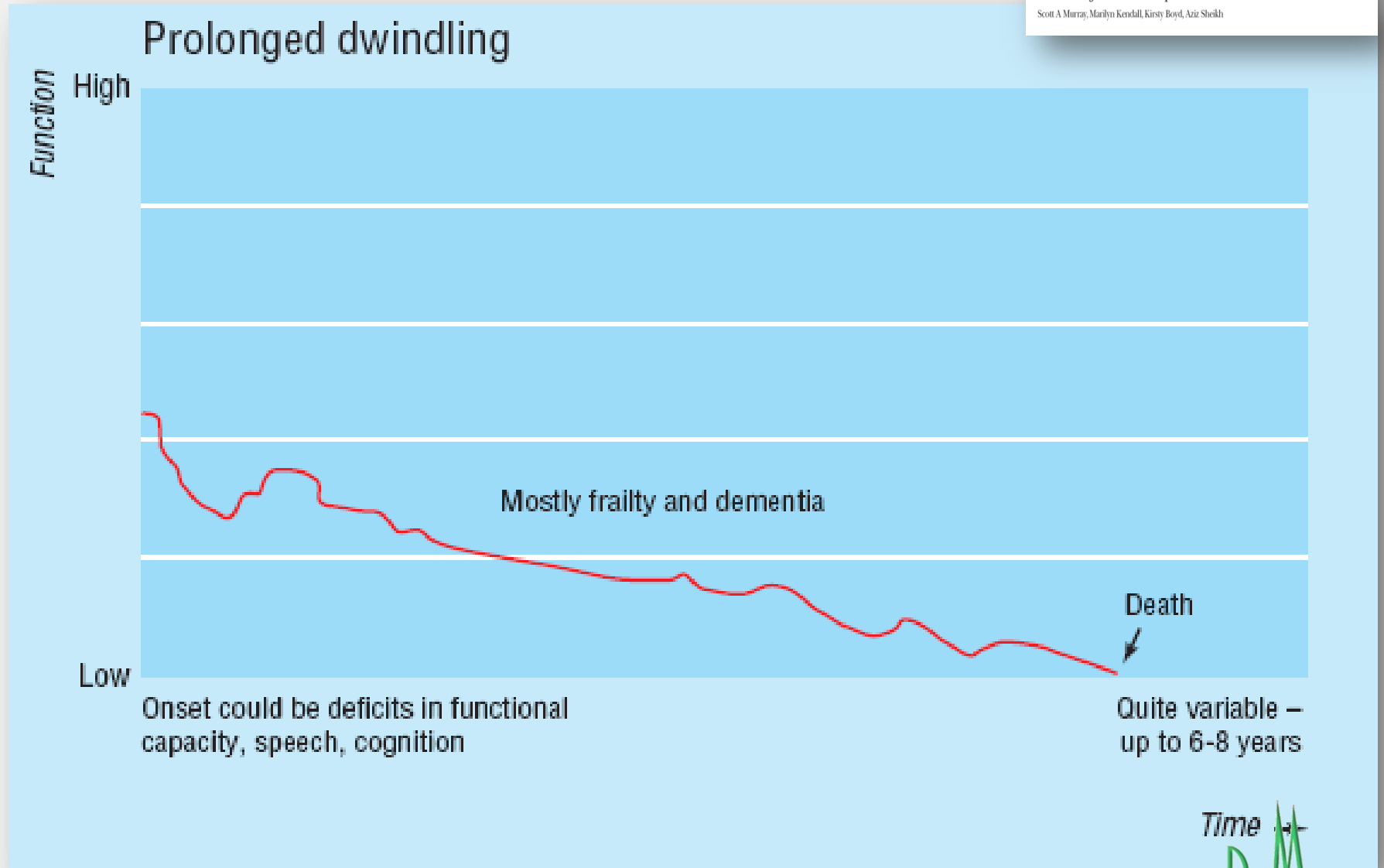
Illness trajectories and palliative care

Scott A Murray, Marilyn Kendall, Kirsty Boyd, Aziz Sheikh

Long term limitations with intermittent serious episodes



La storia naturale di malattia



I 3 elementi per definire l'approssimarsi del fine vita

- **Domanda sorprendente**

“Saresti sorpreso se questo malato morisse nei prossimi mesi, settimane, giorni ?”

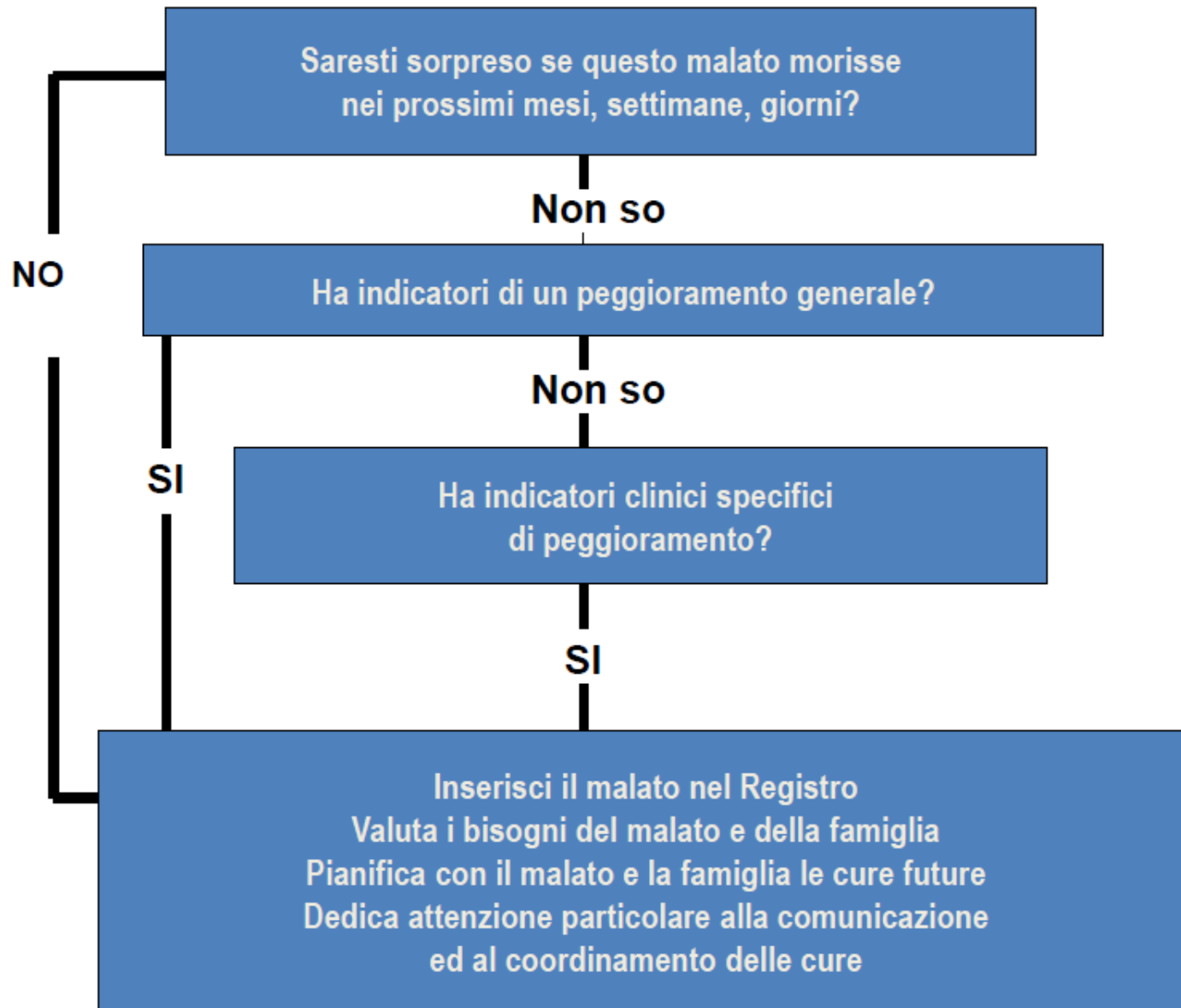
La domanda sorprendente è solo il primo dei 3 criteri utilizzati per determinare con una certa precisione l'aspettativa di vita dei malati in fase avanzata ed evolutiva di una patologia inguaribile

- **Indicatori generali di declino/deterioramento o scelta di abbandono delle cure**

- **Indicatori clinici specifici di patologia**

Una risposta negativa alla domanda sorprendente (“non mi sorprenderebbe”), un livello basso della Palliative Performance Scales (PPS), il precipitare del decadimento fisico, l'avanzamento della malattia, anche se non tutte contemporaneamente presenti, sono state giudicate condizioni utili a suggerire l'opportunità di attivare le Cure palliative.

The surprise question



Step 1 The Surprise Question

For patients with advanced disease of progressive life limiting conditions - Would you be surprised if the patient were to die in the next few months, weeks, days?

- The answer to this question should be an intuitive one, pulling together a range of clinical, co-morbidity, social and other factors that give a whole picture of deterioration. If you would not be surprised, then what measures might be taken to improve the patient's quality of life now and in preparation for possible further decline?

Step 2 General Indicators

Are there general indicators of decline and increasing needs?

- Decreasing activity – functional performance status declining (e.g. Barthel score) limited self-care, in bed or chair 50% of day) and increasing dependence in most activities of daily living
- Co-morbidity is regarded as the biggest predictive indicator of mortality and morbidity
- General physical decline and increasing need for support
- Advanced disease - unstable, deteriorating complex symptom burden
- Decreasing response to treatments, decreasing reversibility
- Choice of no further active treatment
- Progressive weight loss (>10%) in past six months
- Repeated unplanned/crisis admissions
- Sentinel Event e.g. serious fall, bereavement, transfer to nursing home
- Serum albumen <25g/l
- Considered eligible for DS1500 payment

Functional Assessments

Barthel Index describes basic Activities of Daily Living (ADL) as 'core' to the functional assessment. E.g. feeding, bathing, grooming, dressing, continence, toileting, transfers, mobility, coping with stairs etc .

PULSE 'screening' assessment - P (physical condition); U (upper limb function); L (lower limb function); S (sensory); E (environment).

Karnofsky Performance Status Score
0-100 ADL scale .

WHO/ECOG Performance Status
0-5 scale of activity.

Step 3

Specific Clinical Indicators - flexible criteria with some overlaps, especially with Those with frailty and other co-morbidities.

a) Cancer – rapid or predictable decline

Cancer

- Metastatic cancer
- More exact predictors for cancer patients are available e.g. PiPS (UK validated Prognosis in Palliative care Study). PPI, PPS etc. 'Prognosis tools can help but should not be applied blindly'
- 'The single most important predictive factor in cancer is performance status and functional ability' - if patients are spending more than 50% of their time in bed/lying down, prognosis is estimated to be about 3 months or less.

b) Organ Failure – erratic decline

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

At least two of the indicators below:

- Disease assessed to be severe (e.g. FEV1 <30% predicted)
- Recurrent hospital admissions (at least 3 in last 12 months due to COPD)
- Fulfils long term oxygen therapy criteria
- MRC grade 4/5 – shortness of breath after 100 metres on the level or confined to house
- Signs and symptoms of right heart failure
- Combination of other factors – i.e. anorexia, previous ITU/NIV resistant organisms
- More than 6 weeks of systemic steroids for COPD in preceding 6 months.

Heart Disease

At least two of the indicators below:

- CHF NYHA Stage 3 or 4 - shortness of breath at rest on minimal exertion
- Patient thought to be in the last year of life by the care team - The 'surprise question'
- Repeated hospital admissions with heart failure symptoms
- Difficult physical or psychological symptoms despite optimal tolerated therapy.

La Stima prognostica

La **Stima prognostica**:

1. è un processo che si sviluppa nel tempo
2. è sempre presuntiva ed è tendenzialmente meno sicura nelle malattie non oncologiche.
3. migliora e diviene più affidabile nel tempo, grazie all'osservazione della tendenza del decadimento, della sua rapidità e della possibile crescente rilevanza di segni, sintomi e episodi di instabilità/ospedalizzazione tipici delle fasi più avanzate, preterminali o terminali.

Le cure simultanee

Palliative Cancer Care a Decade Later: Accomplishments, the Need, Next Steps—From the American Society of Clinical Oncology

Frank D. Ferris, Eduardo Bruera, Nathan Cherny, Charmaine Cummings, David Currow, Deborah Dudgeon, Nora Janjan, Florian Strasser, Charles F. von Gunten, and Jamie H. Von Roenn

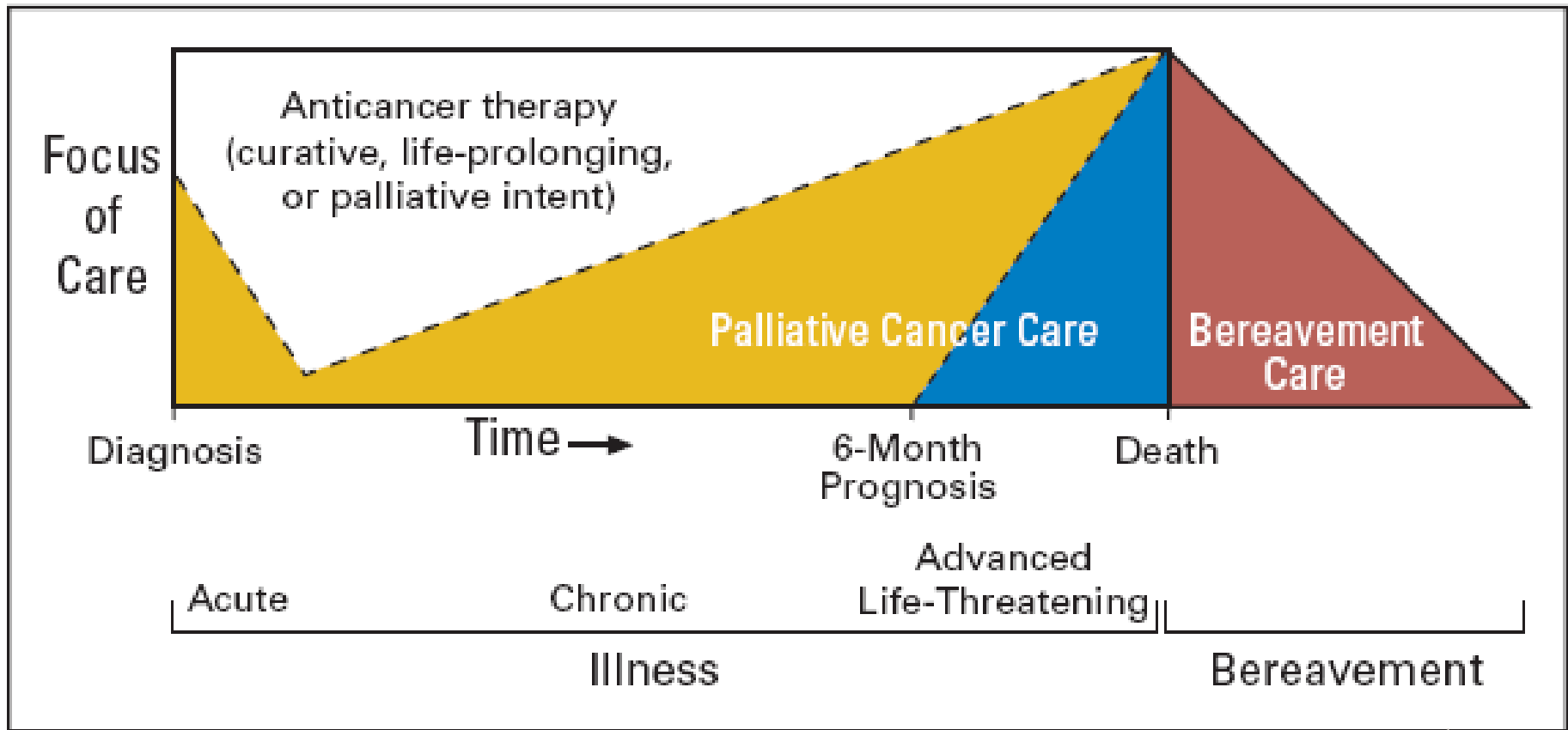


Fig 2. Model of palliative cancer care.

Cure simultanee

Integrazione tra le terapie oncologiche attive e le cure per il controllo dei sintomi, per il sollievo dalla sofferenza del paziente oncologico (cure palliative)

“Le cure palliative iniziano quando inizia la sofferenza del malato e dei suoi familiari”

E. Bruera Lectio magistralis, Bentivoglio 2011

Con quale obiettivo

- Migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari
- Migliorare la sopravvivenza dei pazienti
- Aumentare la loro consapevolezza rispetto alla situazione clinica
- Garantire la continuità assistenziale (evitare il senso di abbandono)
- Garantire una maggior appropriatezza delle cure e miglior utilizzo delle risorse

**Le simultaneous care
vanno iniziate precocemente**

Nel 2009 l'ASCO...



“The need for palliative cancer care is greater than ever notwithstanding the strides made over the last decade. Further efforts are needed to realize the integration of palliative care in the model and vision of comprehensive cancer care by 2020”.

ORIGINAL ARTICLE

N Engl J Med 2010;363:733-42.

Copyright © 2010 Massachusetts Medical Society.

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.I., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

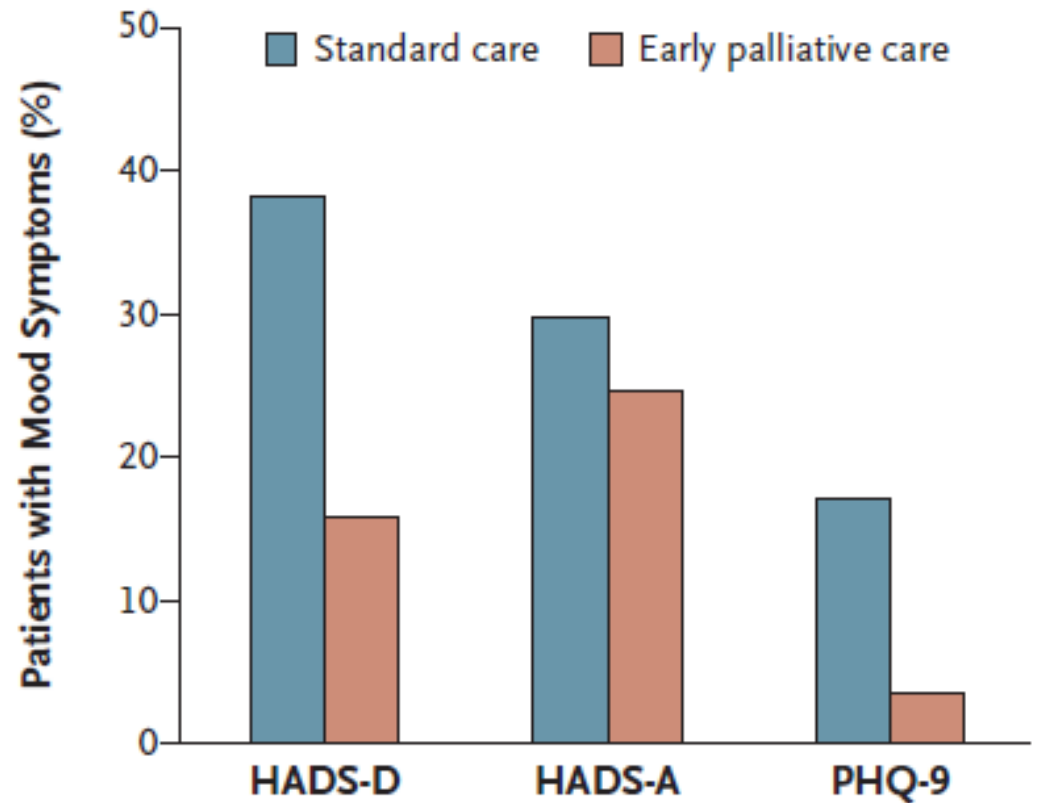


Figure 2. Twelve-Week Outcomes of Assessments of Mood.

N Engl J Med 2010;363:733-42.
Copyright © 2010 Massachusetts Medical Society.

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

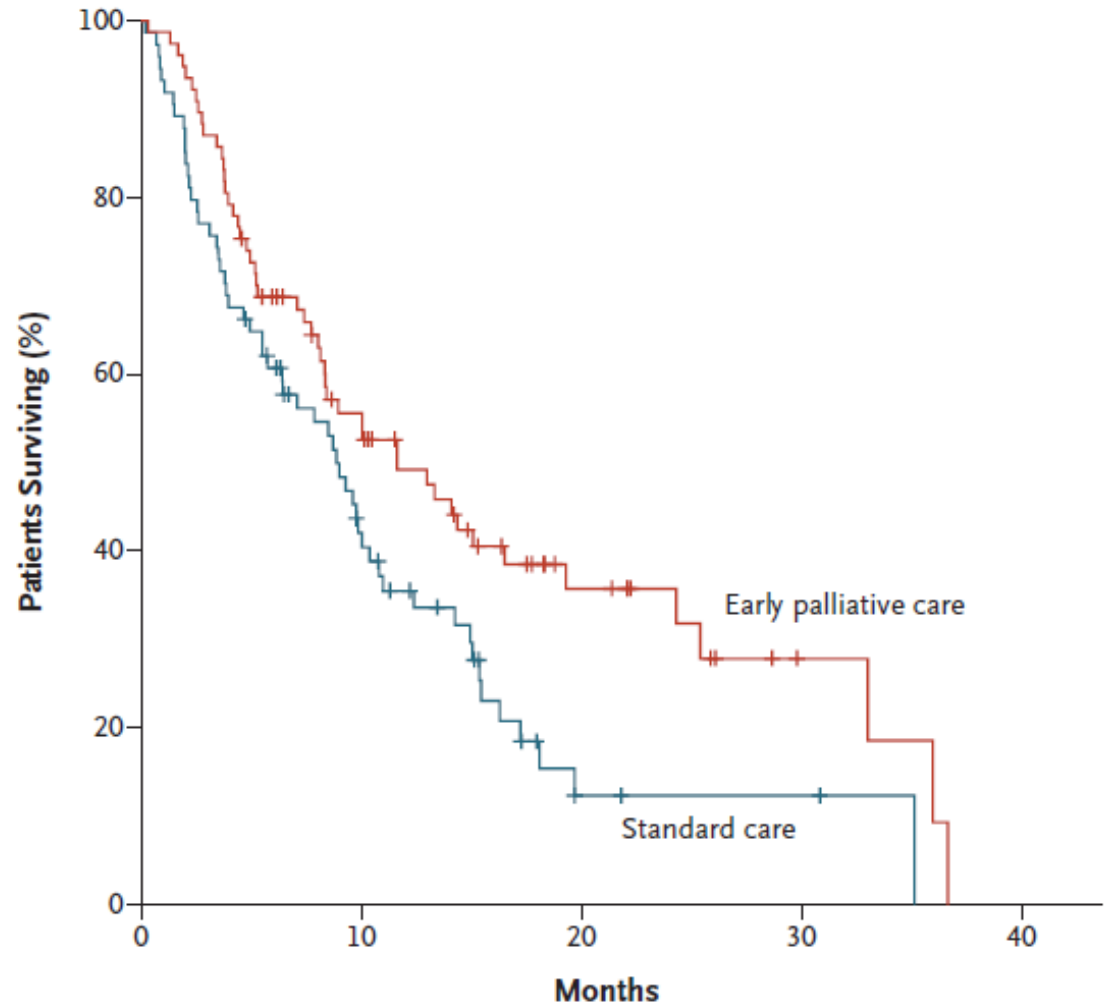


Figure 3. Kaplan–Meier Estimates of Survival According to Study Group.

Lo studio ENABLE III

VOLUME 33 · NUMBER 13 · MAY 1 2015

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

Marie A. Bakitas, J. Nicholas Dionne-Odom, and Andres Azuero, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, AL; Marie A. Bakitas, Jennifer Frost, and Konstantin H. Dragnev, Dartmouth-Hitchcock Medical Center, Zhongze Li, Norris Cotton Cancer Center, Lebanon; Tor D. Tosteson, Kathleen D. Lyons, and Mark T. Hegel,

Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial

Marie A. Bakitas, Tor D. Tosteson, Zhigang Li, Kathleen D. Lyons, Jay G. Hull, Zhongze Li, J. Nicholas Dionne-Odom, Jennifer Frost, Konstantin H. Dragnev, Mark T. Hegel, Andres Azuero, and Tim A. Ahles

Patients and Methods

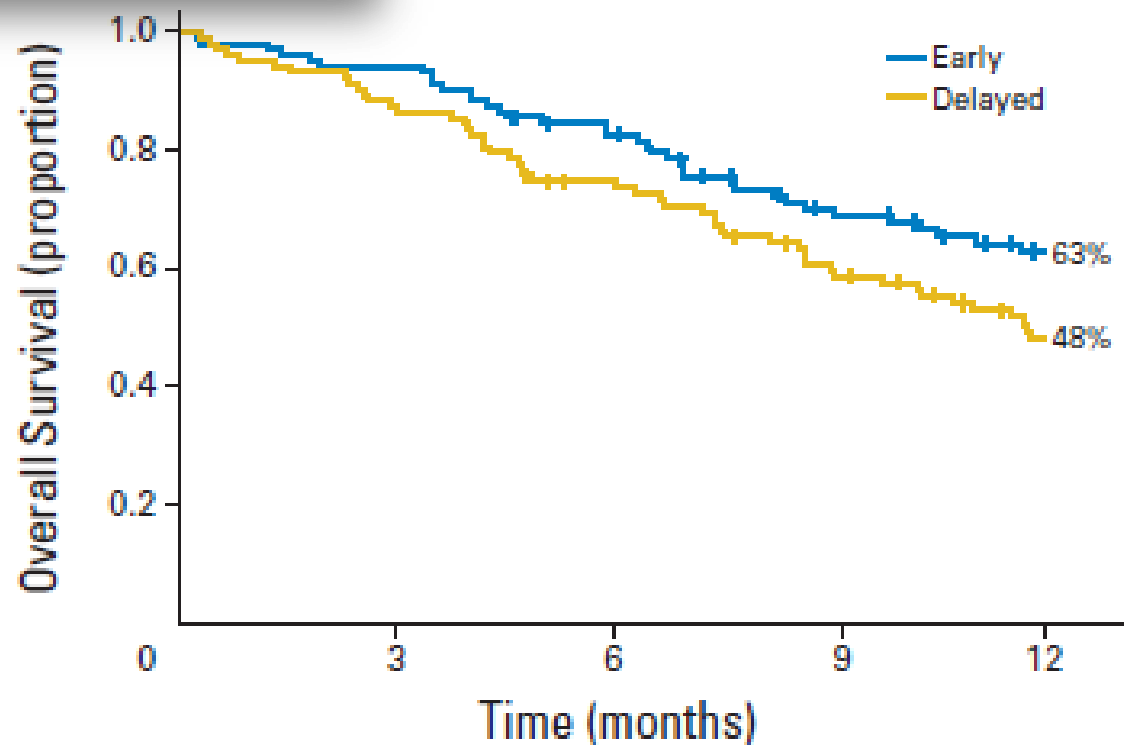
Between October 2010 and March 2013, 207 patients with advanced cancer at a National Cancer Institute cancer center, a Veterans Affairs Medical Center, and community outreach clinics were randomly assigned to receive an in-person PC consultation, structured PC telehealth nurse coaching sessions (once per week for six sessions), and monthly follow-up either early after enrollment or 3 months later. Outcomes were QOL, symptom impact, mood, 1-year survival, and resource use (hospital/intensive care unit days, emergency room visits, chemotherapy in last 14 days, and death location).

Marie A. Bakitas, J. Nicholas Dionne-Odom, and Andres Azuero, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, AL; Marie A. Bakitas, Jennifer Frost, and Konstantin H. Dragnev, Dartmouth-Hitchcock Medical Center, Zhongze Li, Norris Cotton Cancer Center, Lebanon; Tor D. Tosteson, Kathleen D. Lyons, and Mark T. Hegel, Geisel School of Medicine at Dartmouth; Zhigang Li and Jay G. Hull, Dartmouth College, Hanover, NH; and

Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial

Marie A. Bakitas, Tor D. Tosteson, Zhigang Li, Kathleen D. Lyons, Jay G. Hull, Zhongze Li, J. Nicholas Dionne-Odom, Jennifer Frost, Konstantin H. Dragnev, Mark T. Hegel, Andres Azuero, and Tim A. Ahles

See accompanying editorial on page 1420



No. at risk					
Early	104	98	83	62	48
Delayed	103	89	73	55	39

Fig 2. Kaplan-Meier estimates of 1-year survival by treatment group

I centri accreditati ESMO



GOOD SCIENCE
BETTER MEDICINE
BEST PRACTICE

ESMO

SEARCH

LOGIN



[about esmo](#)

[membership](#)

[career & grants](#)

[events](#)

[education & research](#)

[policy](#)

[patients](#)

[oncologypro](#)

[ESMO Clinical Practice Guidelines](#)

[Abstracts, virtual meetings and meeting reports](#)

[Scientific journal access](#)

[Practice Tools](#)

[Handbooks](#)

[Educational books](#)

[Recommendations for a Global Core Curriculum in MO](#)

[Certification and accreditation](#)

[Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care](#)

[Accredited centers list](#)

ESMO » EDUCATION & RESEARCH » DESIGNATED CENTERS OF INTEGRATED ONCOLOGY AND PALLIATIVE CARE

ESMO Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care



Designated Centers
of Integrated
Oncology and
Palliative Care

The ESMO Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care accreditation program is an incentive program initiated in 2003 in which cancer centers can receive special recognition for achieving a **high standard of integration of medical oncology and palliative care**.

I centri accreditati ESMO

ati della ric X ESMO ESMO Designated Centre X

www.esmo.org/Patients/Designated-Centres-of-Integrated-Oncology-and-Palliative-Care/(offset)/30?&activeFacets[attr_country_s:Country]

Patient Advocates Working Group

Did you know?

We have a Personalised Cancer Medicine Guide for Patients

>> ESMO Designated Centres survey

A survey was conducted to help us better understand the structure, processes and outcomes among these centres and to learn about novel approaches to attain integration. **Find out more here.** The abstract from this study was presented in the Supportive and Palliative care Poster Discussion Session during **ESMO 2016 in Copenhagen, Denmark.**

Country

Italy (39) X

< 1 2 **3** >

NAME	COUNTRY	ACCREDITED SINCE
A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico	Italy	2009
Policlinico S.Orsola-Malpighi	Italy	2008
Medical Oncology Hospital of Piacenza	Italy	2008
Medical Oncology Unit, University Hospital Parma	Italy	2006

L'accesso precoce alle cure palliative ed il ruolo della rete



Regione Lombardia
LA GIUNTA

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)



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 5918

Seduta del 28/11/2016

Le cure palliative domiciliari si articolano in:

1. livello base

- a. interventi rivolti a malati con bisogni clinici e assistenziali a decorso stabile e con minor tendenza a sviluppare complicanze
- b. interventi programmabili
- c. percorsi per i quali si prevede, in base al PAI, un Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) inferiore a 0,50 e, di norma, superiore a 0,20

2. livello specialistico

- a. interventi rivolti a malati con bisogni clinici e assistenziali complessi legati anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, per i quali gli interventi di base sono inadeguati
- b. interventi erogati in modo specifico da équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate all'attività di cure palliative
- c. interventi che richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare
- d. il referente clinico è il medico palliativista
- e. percorsi per i quali si prevede, in base al PAI, un CIA superiore o uguale a 0,50.

L'importanza della rete

“La rete rappresenta un **modello organizzativo che assicura la presa in carico** del paziente **mettendo in relazione**, con modalità formalizzate e coordinate, **professionisti, strutture e servizi** che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi **nel rispetto della continuità assistenziale e dell’appropriatezza clinica e organizzativa**. La rete individua i **nodi** e le relative connessioni definendone le **regole** di funzionamento, il sistema di **monitoraggio**, i **requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura**, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini”.

Ruolo della rete

1. Garantisce la presa in carico del paziente e della sua famiglia
2. Garantisce l'avvio tempestivo del percorso di cure palliative e la flessibilità nell'individuazione del *setting* assistenziale più idoneo, sulla base dei bisogni individuati
3. Assicura la continuità di cure, attraverso l'integrazione ospedale territorio
4. Promuove sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate, attraverso un sistema di indicatori quali e quantitativi
5. Promuove ed attua programmi obbligatori di formazione continua, rivolti a tutte le figure professionali operanti nella Rete
6. Garantisce la corretta informazione all'utenza sui nodi della rete e sulle modalità di presa in carico

La realtà di Milano da cui partiamo



I 2 progetti sperimentali di ATS Milano



Piano oncologico - Progetti attuativi per l'applicazione della DGR 23-7-2004 n VII/18346 – Interventi in campo oncologico, in attuazione del PSSH 2002-2004, confermato dal PSSH 2007-2009

1. Titolo:

Creazione di una rete tra gli Hospice della città di Milano volta all'implementazione dell'offerta delle cure palliative alla città attraverso un modello organizzativo innovativo che tenga conto dei bisogni del territorio di appartenenza.

1.1. Area tematica 1: Sviluppo di progetti di implementazione della Rete per le Cure Palliative attraverso un'analisi dei bisogni e modelli organizzativi innovativi.

**anno 2008
1° progetto**



**anno 2010
2° progetto**

PROGETTO

“La rete delle cure palliative per il malato oncologico terminale: creazione di un nuovo modello gestionale per l'identificazione di indicatori clinici e sociali volti all'ottimizzazione dell'uso delle risorse nel territorio della ASL Milano”

Gli attori coinvolti

STRUTTURE PARTECIPANTI



HOSPICE
ASSISTENZA DOMICILIARE

A.O. FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO



HOSPICE

VIDAS



HOSPICE
ASSISTENZA DOMICILIARE

ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO



HOSPICE

ISTITUTO PALAZZOLO



HOSPICE
ASSISTENZA DOMICILIARE

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI



HOSPICE

FONDAZIONE LA PELUCCA



HOSPICE
ASSISTENZA DOMICILIARE

A.O. NIGUARDA CA' GRANDA



HOSPICE

PIO ALBERGO TRIVULZIO



HOSPICE
ASSISTENZA DOMICILIARE

A.O. LUIGI SACCO



HOSPICE

ISTITUTO GERIATRICO GOLGI REDAELLI



ASSISTENZA DOMICILIARE

A.O. SAN PAOLO



HOSPICE

FONDAZIONE MANTOVANI



ASSISTENZA DOMICILIARE

A.O. SAN CARLO BORROMEIO



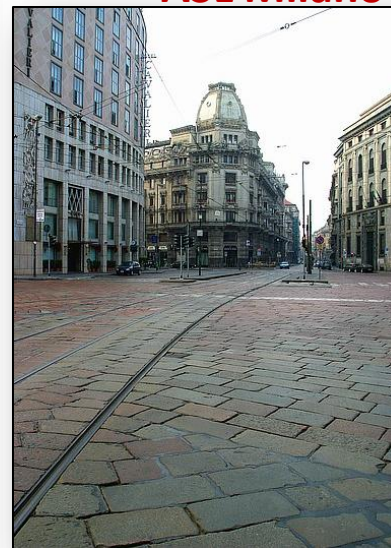
HOSPICE

POLO GERIATRICO RIABILITATIVO

Regione Lombardia



ASL Milano





Hospice Bassini c/o Ospedale Bassini
Ma Gorki 50, 20092 Cinisello Balsamo



Hospice Istituto Palazzolo
Ma Don Palazzolo 21, 20149 Milano



Hospice La Pelucca
Ma Campanella 8/10 20099 Sesto san Giovanni



Hospice Casa Claudia Galli
Corso di Porta Nuova 23, 20121 Milano



Hospice Piero Redaelli
Ma B. d'Alviano 78, 20146 Milano



Hospice Fondazione Mantovani
Ma Dalla Chiesa 43 20093 Cologno Monzese



Hospice Pio Albergo Trivulzio
Ma Trivulzio 15, 20146 Milano



Hospice Il Tulipano
Ma Ippocrate 46, 20161 Milano



Hospice Casa VIDAS
Ma Djetti 66, 20151 Milano



Hospice Malattie Infettive
Ma Giovanni Battista Grassi, 74, 20157 Milano



Hospice Santa Francesca Cabrini
Ma Buonarroti, 48 - 20146 Milano



Hospice Beati Coniugi Martin
Ma San Faustino 27, 20134 Milano



Hospice "Virgilio Floriani" SC Cure Palliative
Ma Venezian 1, 20133 Milano





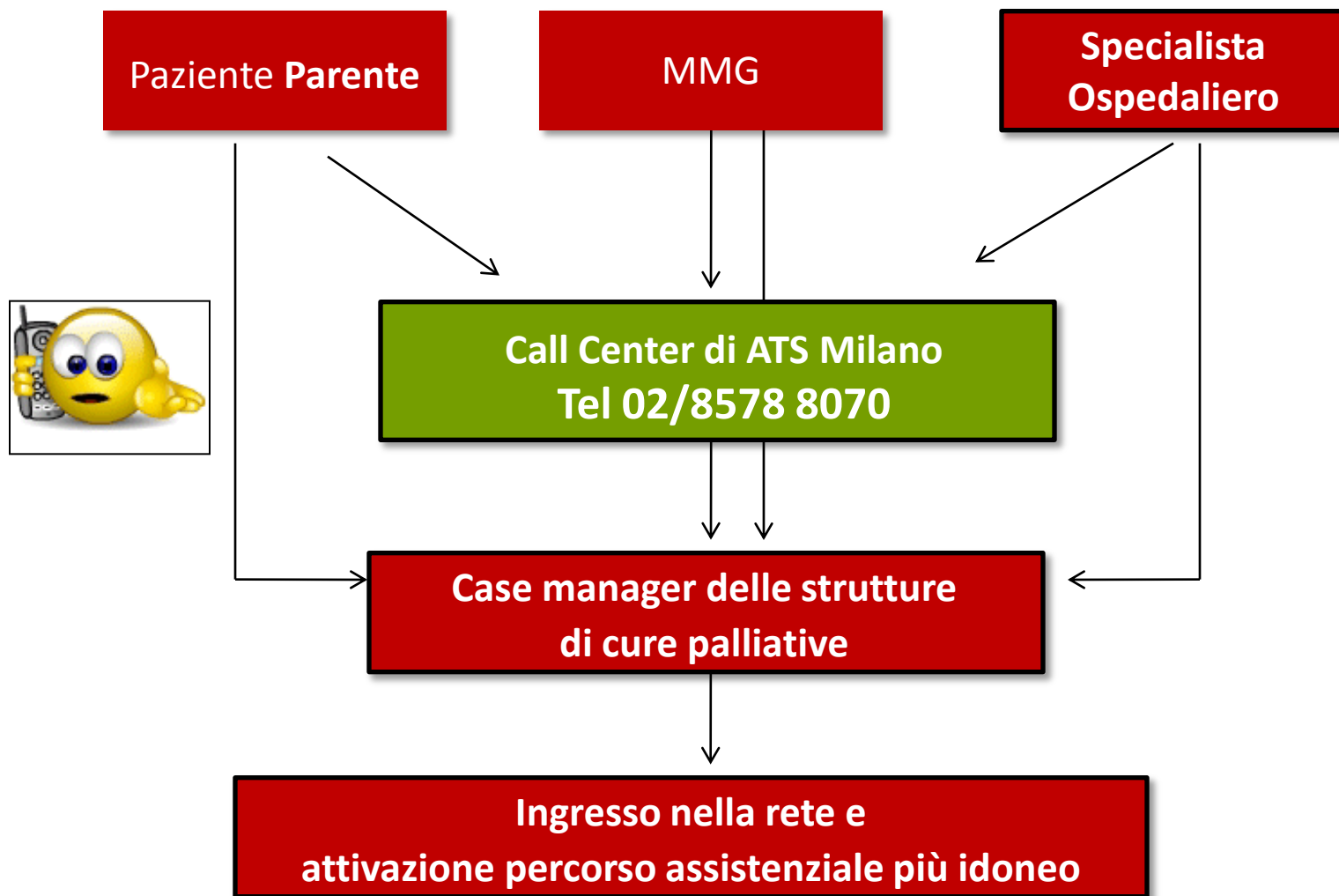
Obiettivo:

- ✓ creare una rete tra le strutture della Città per facilitare la presa in carico dei pazienti
- ✓ condividere le modalità operative di gestione dei pazienti
- ✓ analizzare i bisogni dei pazienti per attivare le risposte assistenziali migliori
- ✓ individuare criteri di priorità per il ricovero in hospice

Sono stati condivisi:


- La procedura di gestione del paziente e della messa in nota di ricovero in hospice
- La scheda di raccolta dati del paziente
- La griglia di valutazione della priorità di accesso
- Il consenso informato
- Il software di gestione della lista di attesa


Le modalità di accesso alla rete






Il software accessibile via web


 Regione Lombardia
ASL Milano



Rete Cure Palliative

Username

Password

 Login



Soluzione informatica realizzata da  medas

Dedicato, online, per inserire anche i pz in domiciliare, non collegato al SISS

Griglia per il ricovero in hospice



A.O.Fatebenefratelli Oftalmico Milano

Utente: Dr.ssa Gabriella Farina Ruolo: Medico Profilo: Amministratore Di Progetto

sabato 20 novembre 2010 - 17.56

[Home Page](#) [Amministrazione](#) [Dati Utente](#) [Lista d'Attes.](#) e [Log Out](#)

VISUALIZZAZIONE PAZIENTE

Paziente: [redacted] - Nato/a il: 03/09/1974

Griglia di Valutazione Accesso Hospice

A PROBLEMI SOCIO-ASSISTENZIALI

Sottocriteri Maggiori:

- Vive solo
- Inadeguatezza risorse familiari
- Non autosufficienza

Sottocriteri Minori:

- Inadeguatezza abitativa
- Presenza minori
- Patologie in famiglia
- Inadeguatezza ausili necessari
- Mancanza di assistenze domiciliari sul territorio

B SINTOMI

Sottocriteri Maggiori:

- Dispnea:
 - Non controllata
 - Poco controllata
- Dolore:
 - Non controllato
 - Poco controllato
- Emorragie:
 - Non controllate
 - Poco controllate
- Agitazione psicomotoria / alterazioni cognitive:
 - Non controllate
 - Poco controllate
- Altro sintomo:
 - Non controllato

Sottocriteri Minori:

- Astenia:
 - Non controllata
 - Poco controllata
- Febbre:
 - Non controllata
 - Poco controllata
- Disfagia:
 - Non controllata
 - Poco controllata
- Nausea e vomito:
 - Non controllati
 - Poco controllati
- Diarrea:
 - Non controllata
 - Poco controllata
- Altro sintomo:
 - Poco controllato

C MEDICALIZZAZIONE

- Catetere vescicale
- Tracheotomia
- Entero/Colostomia
- Uretero cutaneostomia
- Presenza drenaggio a permanenza
- CVC
- SNG
- Terapia parenterale nutrizionale
- Nutrizione enterale
- Medicazioni complesse
- Emotrasfusione
- Altro

D CASE MANAGER

Valutazione del bisogno da parte del Case Manager:

Minor bisogno 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Maggiore bisogno

[Torna Indietro](#)

CLASSE SINTOMI:

Sottocriteri Maggiori:

Dispnea:

- Non controllata
 Poco controllata

Dolore:

- Non controllato
 Poco controllato

Emorragie:

- Non controllate
 Poco controllate

Agitazione psicomotoria / alterazioni cognitive:

- Non controllate
 Poco controllate

Altro sintomo:

- Non controllato

Sottocriteri Minori:

Astenia:

- Non controllata
 Poco controllata

Febbre:

- Non controllata
 Poco controllata

Disfagia:

- Non controllata
 Poco controllata

Nausea e vomito:

- Non controllati
 Poco controllati

Diarrea:

- Non controllata
 Poco controllata

Altro sintomo:

- Poco controllato

CLASSE MEDICALIZZAZIONE:


- Catetere vescicale
 Tracheotomia
 Entero/Colostomia
 Uretero cutaneostomia
 Presenza drenaggio a permanenza
 CVC
 SNG
 Terapia parenterale nutrizionale
 Nutrizione enterale
 Medicazioni complesse
 Emotrasfusione
 Altro

CLASSE CASE MANAGER:

Valutazione del bisogno da parte del Case Manager:

- 0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

L'analisi dei bisogni



Scheda

DATI ANAGRAFICI:

Cognome*

Nome*

Sesso*

Codice fiscale*

Data di nascita*

Luogo di nascita*

Comune di residenza*

CAP*

Provincia*

Indirizzo*

N. Civico

Telefono fisso*

Cellulare

E-mail

DATI ASSISTENZIALI:

Centro Oncologico di riferimento*

ASL*

MMG*

Recapiti telefonici del MMG*

Referenti del Paziente

RICHIESTA:

Nominativo richiedente*


Tipologia*


Ruolo

Riferimenti telefonici*

E-mail

* Dati obbligatori





Scheda

ANAMNESI ONCO/EMATOLOGICA:

Diagnosi*

Estensione di malattia

Trattamenti effettuati*

Attualmente in solo supporto*

Comorbidità Cardiovascolari

Nessuna

TERAPIE IN ATTO:

Descrizione

CONSAPEVOLEZZA:

Informazione e consapevolezza paz

CRITERI DI ELEGIBILITA':

Sospensione di terapia causale inef
(* è possibile trattamento causale s

Almeno uno dei seguenti criteri:

Uno o più sintomi refrattari

ECOG >= 3

Patologie intercorrenti o concomitanti

Patologia non trattabile nel luogo do

HOSPICE PRESCELTI (per i Pazienti m

Indifferente

Hospice

FBF BA

INT FC

NIGUARDA PA


SACCO/COLUMBUS PC

SACCO/INFETTIVI L


REDAELLI

TRIVULZIO

VIDAS



Rete del



Scheda

**INDICATORI AREA SOCIO-ASSIST
FAMIGLIA**

Situazione familiare

Vive solo, non ha famiglia

Vive solo ma ha famiglia

Vive in famiglia

Ha una/un badante

Paziente senza fissa dimora

Straniero irregolare

Altro (precisare)

**INDICATORI AREA SOCIO-ASSIST
FAMILIARE DI RIFERIMENTO**

Familiare referente

Presente

Grado di parentela

Maschio/femmina

Età

Convivente

**INDICATORI AREA SOCIO-ASSIST
ABITAZIONE E RISORSE ECONOM**

Situazione abitativa

Alloggio idoneo per l'assistenza


Alloggio idoneo per la presenza de
estraneo alla famiglia residente)

Alloggio non idoneo all'assister


Sovrappollamento abitativo

Presenza di barriere all'uso degli a

Inadeguatezza degli ausili a disp



Rete del



Scheda

**INDICATORI AREA SOCIO-ASSIS
CONTATTO SOCIALE**

Contatto sociale

Presenza dell'aiuto di amici

Presenza dell'aiuto di vicini

Presenza di aiuto strutturato (vol

Nessun contatto sociale esterno

Vive in residenza protetta (RSA)

**INDICATORI AREA CLINICA:
AUTONOMIA DEL PAZIENTE**

Valutazione globale

Non autosufficiente

Capacità di movimento

Cammina autonomamente

Cammina con il bastone

Cammina con l'aiuto di altra p

Seduto su carrozzina

Allettato

Orientamento

Orientato

Parzialmente orientato

Frequentemente disorientato

Stabilmente disorientato

INDICATORI AREA PSICOLOGIC

Stato psicologico del paziente

Ansia non controllata

Stato depressivo non controllato

Il paziente preferisce il ricovero


Il paziente non accetta una bada

Problemi relazionali


Presenza di contrasti in famiglia

Scarsa comunicazione tra i famil

Altro (precisare)



Rete del



Regione Lombardia
ASL Milano

Scheda raccolta dati del Paziente
Griglia di valutazione bisogni

PERFORMANCE STATUS Indice di Karnofsky (0-100)

B SINTOMI:

Sottocriteri maggiori:	Sottocriteri minori:
Dispnea:	Astenia
<input type="checkbox"/> Non controllata <input type="checkbox"/> Poco controllata	<input type="checkbox"/> Non controllata <input type="checkbox"/> Poco controllata
Dolore:	Febbre
<input type="checkbox"/> Non controllato <input type="checkbox"/> Poco controllato	<input type="checkbox"/> Non controllata <input type="checkbox"/> Poco controllata
Emorragie:	Disfagia
<input type="checkbox"/> Non controllate <input type="checkbox"/> Poco controllate	<input type="checkbox"/> Non controllata <input type="checkbox"/> Poco controllata
Agitazione psicomotoria/alterazioni cognitive:	Nausea e vomito
<input type="checkbox"/> Non controllate <input type="checkbox"/> Poco controllate	<input type="checkbox"/> Non controllati <input type="checkbox"/> Poco controllati
Altro sintomo:	Diarrea:
<input type="checkbox"/> Non controllato	<input type="checkbox"/> Non controllata <input type="checkbox"/> Poco controllata
	Anoressia
	<input type="checkbox"/> Non controllata <input type="checkbox"/> Poco controllata
	Edema generalizzato
	<input type="checkbox"/> Non controllato <input type="checkbox"/> Poco controllato
	Altro sintomo:
	<input type="checkbox"/> Non controllato <input type="checkbox"/> Poco controllato

C MEDICALIZZAZIONE:


<input type="checkbox"/> Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Tracheotomia	<input type="checkbox"/> Entero/Colostomia	<input type="checkbox"/> Presenza drenaggio a permanenza
<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Terapia parenterale nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale
<input type="checkbox"/> Medicazioni complesse	<input type="checkbox"/> Emotrasmfusioni	<input type="checkbox"/> Ureterocutaneostomia	
<input type="checkbox"/> Catetere spinale	<input type="checkbox"/> Chemioterapia per controllo sintomi	<input type="checkbox"/> Terapia di supporto ev quotidiana	
<input type="checkbox"/> Altro			

D CASE MANAGER:


Valutazione del bisogno da parte del Case Manager:

Minor bisogno 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Maggiore bisogno

Data compilazione Firma compilatore



Rete delle Cure Palliative di ASL Milano - ver 14/7/2013

Sistema Sanitario  Regione Lombardia

Le cartelle dei pz condivise in rete

The screenshot displays a web-based medical application interface. At the top, there is a navigation bar with tabs for 'Amministrazione', 'Anagrafica Pazienti', 'Cartella RCP' (selected), 'Lista di Attesa', and 'Agende'. Below the navigation bar, there is a search bar with a magnifying glass icon and a folder icon. The main content area is divided into two views: 'Grid View' (selected) and 'Timeline View'. The 'Grid View' shows a list of documents for a patient's record, titled 'Lista Documenti'. The table below contains the following data:

	DocId	Data Creazione	Tipo	Struttura Refer	Operatore	Assistenza
	RCPMI13c389f01F	13/09/13 11.26	Registrazione ingresso in RCP	Fatebenefratelli	ROSSETTI Edoa	Nessuna
	RCPMI1370b3101F	13/09/13 11.26	Tipologia assistenziale - variazione	Fatebenefratelli	ROSSETTI Edoa	Domiciliare
	RCPMI13fddb901F	13/09/13 11.30	Anamnesi - iniziale	Fatebenefratelli	ROSSETTI Edoa	Domiciliare
	RCPMI13d35f301F	13/09/13 11.31	Anamnesi - aggiornamento	Fatebenefratelli	ROSSETTI Edoa	Domiciliare
	RCPMI13b807b01F	19/09/13 14.49	Hospice prescelti	Fatebenefratelli	ROSSETTI Edoa	Domiciliare
	RCPMI137ebfe01F	19/09/13 14.50	Anamnesi - aggiornamento	Fatebenefratelli	ROSSETTI Edoa	Domiciliare
	RCPMI134af4201F	19/09/13 14.56	Valutazione del bisogno - iniziale	Fatebenefratelli	ROSSETTI Edoa	Domiciliare

At the bottom of the interface, there is a status bar showing 'Fine', 'Internet | Modalità protetta: attivata', and a zoom level of '100%'.

Tra tutti gli operatori

Unica lista di attesa per l'hospice

24/11/2017 ore 21

Amministrazione Anagrafica Pazienti Cartella RCP **Lista di Attesa** Agende

Lista di attesa

Filtro Generico

Lista di attesa

	Pos.	Rank.	PPLA	ΔI	ΔA	Case Manager	Paziente	Struttura	Hospice Prescelto
	1	1	510	2	2	GORNI G.			REDAEL,NIGUAR,PAT,VIDAS
	2	2	485	2	2	STEFA R.		Redaelli	REDAEL
	3	3	438	157	157	SCARANI R.		ICP Buzzi	ICPBAS,FLP
	4	5	432	214	200	CESARIS L.		ICP Buzzi	SACCOL,ICPBAS,DGNOCC,REDAEL,VID
	5	6	429	157	157	SCARANI R.		ICP Buzzi	MANTOV,FLP,NIGUAR,ICPBAS
	6	7	403	10	10	GORNI G.		Niguarda	SACINF,SACCOL,DGNOCC
	7	8	402	0	0	TUR		Fatebenefratelli	REDAEL,GERIAT,DGNOCC,FBF,PAT,INT
	8	11	395	119	119			Niguarda	SACINF,FBF,NIGUAR,SACCOL
	9	12	386	91	91			Vidas	SACINF,VIDAS,REDAEL,PAT,DGNOCC
	10	13	385			ERTS I		ICP Buzzi	NIGUAR,VIDAS,PAT,SACCOL,SACINF,VIDAS

Pagina 1 di 12

Visualizzati 1 - 10 di 116

Pazienti in Lista: 116

Pazienti

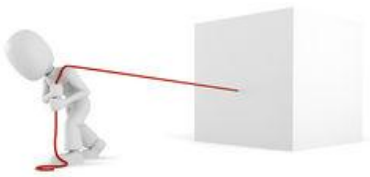
amento: 100

Pazienti sotto limite aggiornamento: 16

Pazienti oltre limite Permanenza: 91

Dal 22/4/2013 al 24/11/2017 inseriti in rete 8239 PZ

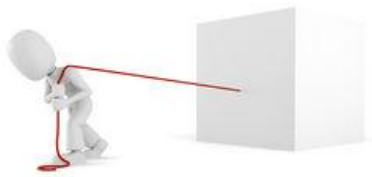
116 paz in lista di attesa



Le sfide future

Far diventare la rete un vero strumento gestionale, in grado di favorire la continuità assistenziale in tutti gli ambiti, di produrre indicatori e di supportare la programmazione degli interventi





Le sfide future

Integrando tutte le componenti accreditate di ATS (sia per la parte residenziale che domiciliare), pur se estremamente “variegate” tra di loro.



Grazie per l'attenzione