



Regione Toscana



Workshop
Il portale per l'audit di AFT: aggiornamento e
programmazione dei lavori

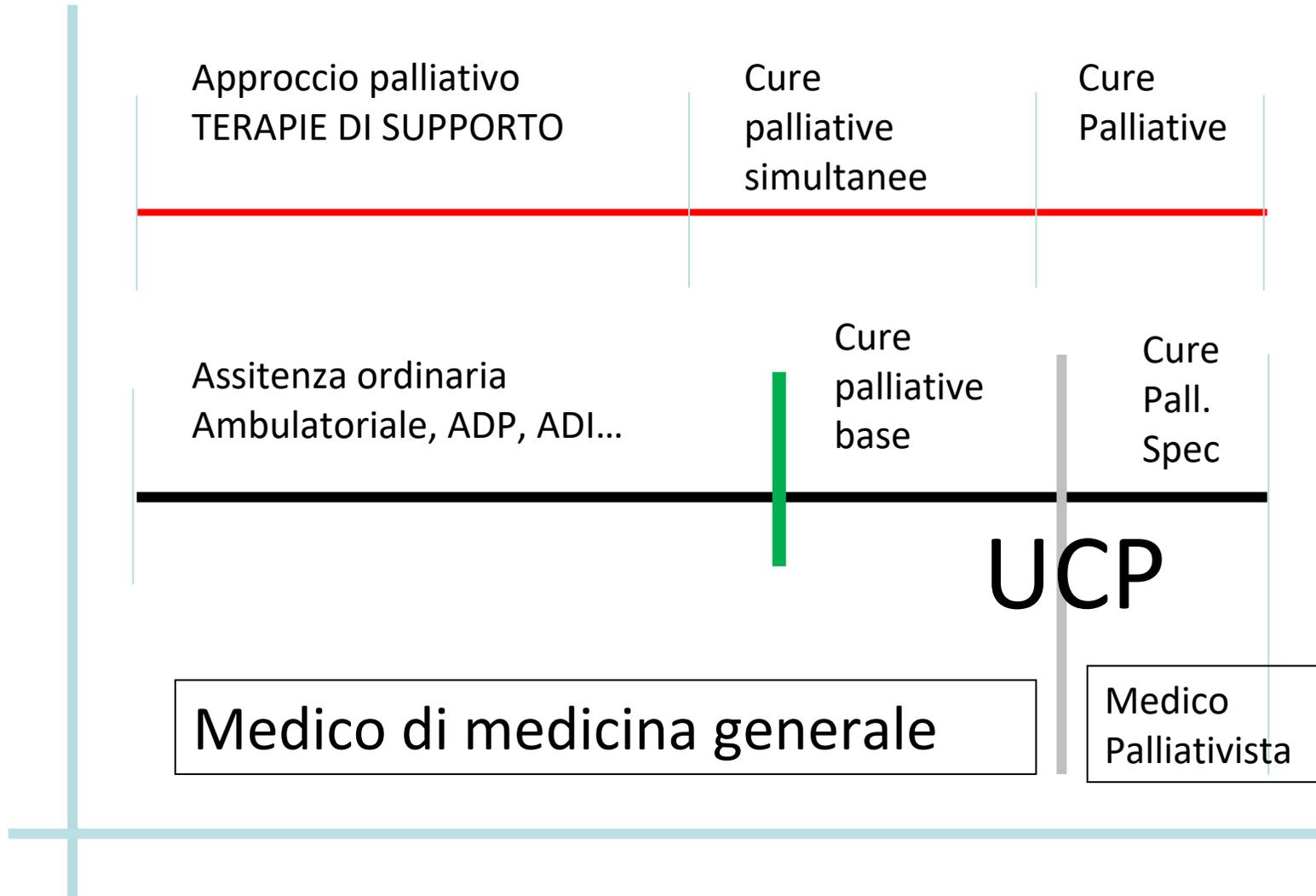
Firenze, 5 maggio 2018

SALA BLU - Centro Servizi e Formazione Il Fuligno (via Faenza 48)

Le cure simultanee nell'end stage disease,

Andrea Salvetti Coordinatore AFT_SUD Area Vasta Sud Est Toscana

Area della Responsabilità Clinica



di cosa parliamo?

Cure di fine vita

Medicina palliativa

Terapie di supporto

Terapia del dolore

Terapie complementari

Simultaneous care

.....

Definizione WHO

Le **Cure Palliative** si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una *malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte*. In questa situazione il controllo del dolore, degli altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. *Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie.*

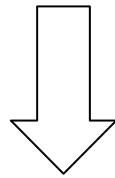
Alcuni interventi palliativi sono applicabili anche più precocemente nel decorso della malattia. In particolare le cure palliative: affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale; non accelerano né ritardano la morte; provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi; integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza; aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte; sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto

«Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 19 marzo 2010

Cure palliative precoci e simultanee

...Alcuni interventi palliativi sono applicabili il più precocemente possibile nel decorso della malattia,



Cure palliative precoci e simultanee

Le cure simultanee/cure palliative precoci, nel malato oncologico e non, rappresentano un modello organizzativo mirato a garantire la presa in carico globale del malato attraverso un'assistenza continua, integrata e progressiva fra Terapie "tradizionali" e Cure Palliative quando **l'outcome non sia principalmente la sopravvivenza del malato.**

Cure palliative precoci e simultanee

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

Identificazione precoce: quanto precoce ?

Malati che si “avvicinano alla fine della vita”

Le cure palliative si rivolgono a tutte le persone portatrici di patologie croniche evolutive senza esclusivo riferimento alle fasi ultime della vita. Dalla recente letteratura l'orizzonte temporale di intervento delle cure palliative si è esteso fino a 12-24 mesi dalla morte

OHTAC Recommendation Ontario Health Technology Advisory Committee, End-of-Life Health Care in Ontario: December, 2014

Xavier Gómez-Batiste et All, Mortality, place, and cause of death of patients with advanced chronic conditions, palliative care needs and limited life prognosis identified by the Surprise Question and the NECPAL-WHOCC-ICO tool in the general population: results of a cohort study at 2 years, Draft.

**Una nuova prospettiva di sviluppo per le cure palliative:
più collegate ai bisogni ed alle preferenze
dei “malati che si avvicinano alla fine della vita” e dei loro familiari
sempre meno alla tipologia della diagnosi**

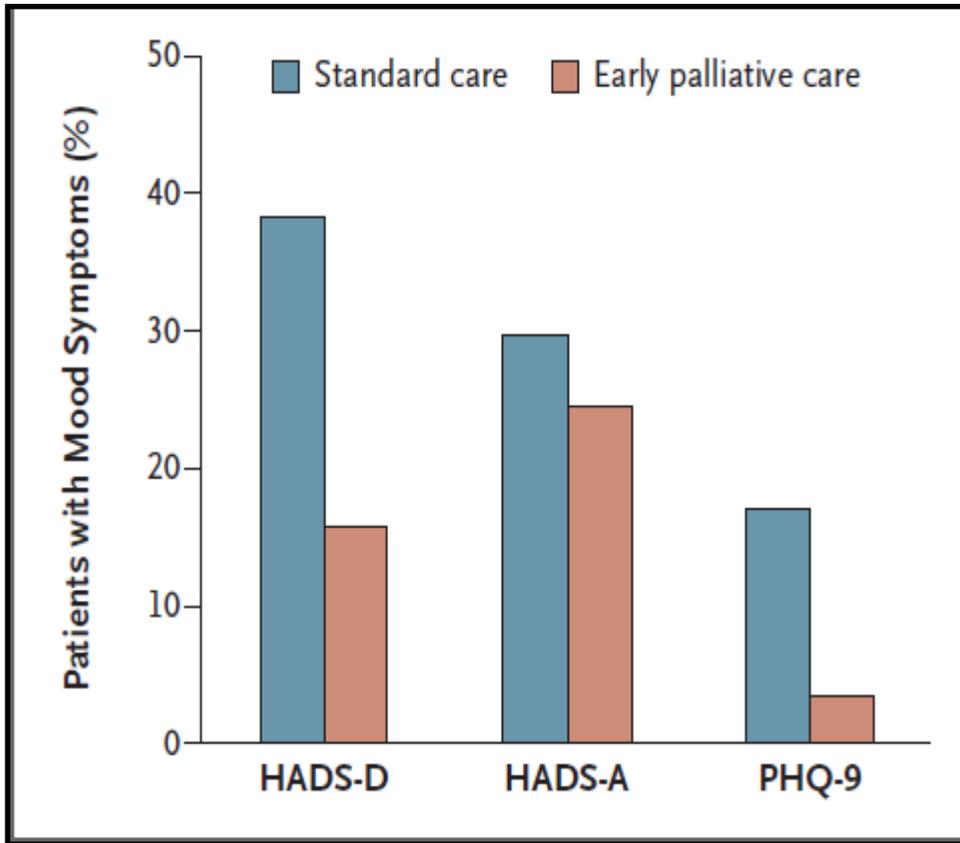
Quality Standards for End of life care of adults. National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) 12/2011

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

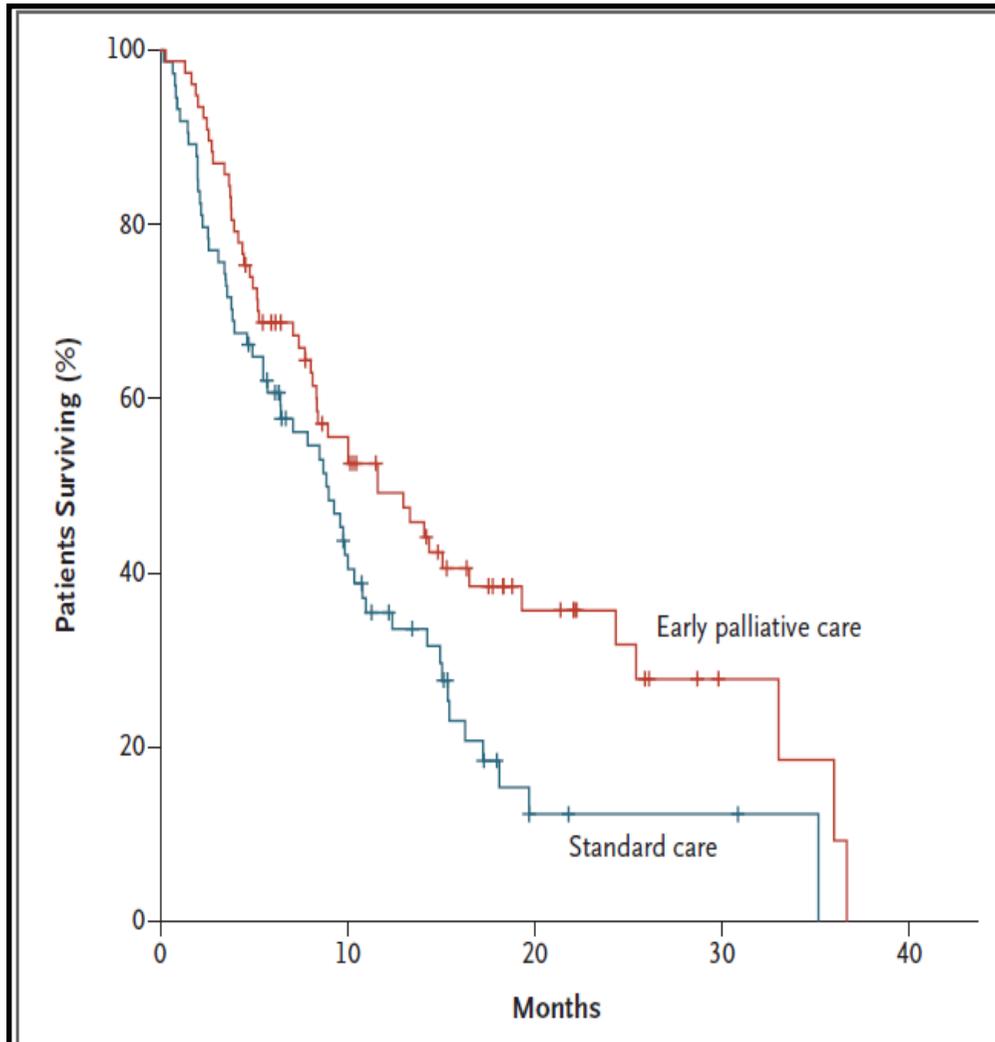
ORIGINAL ARTICLE

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.N.,
Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H.,
J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.



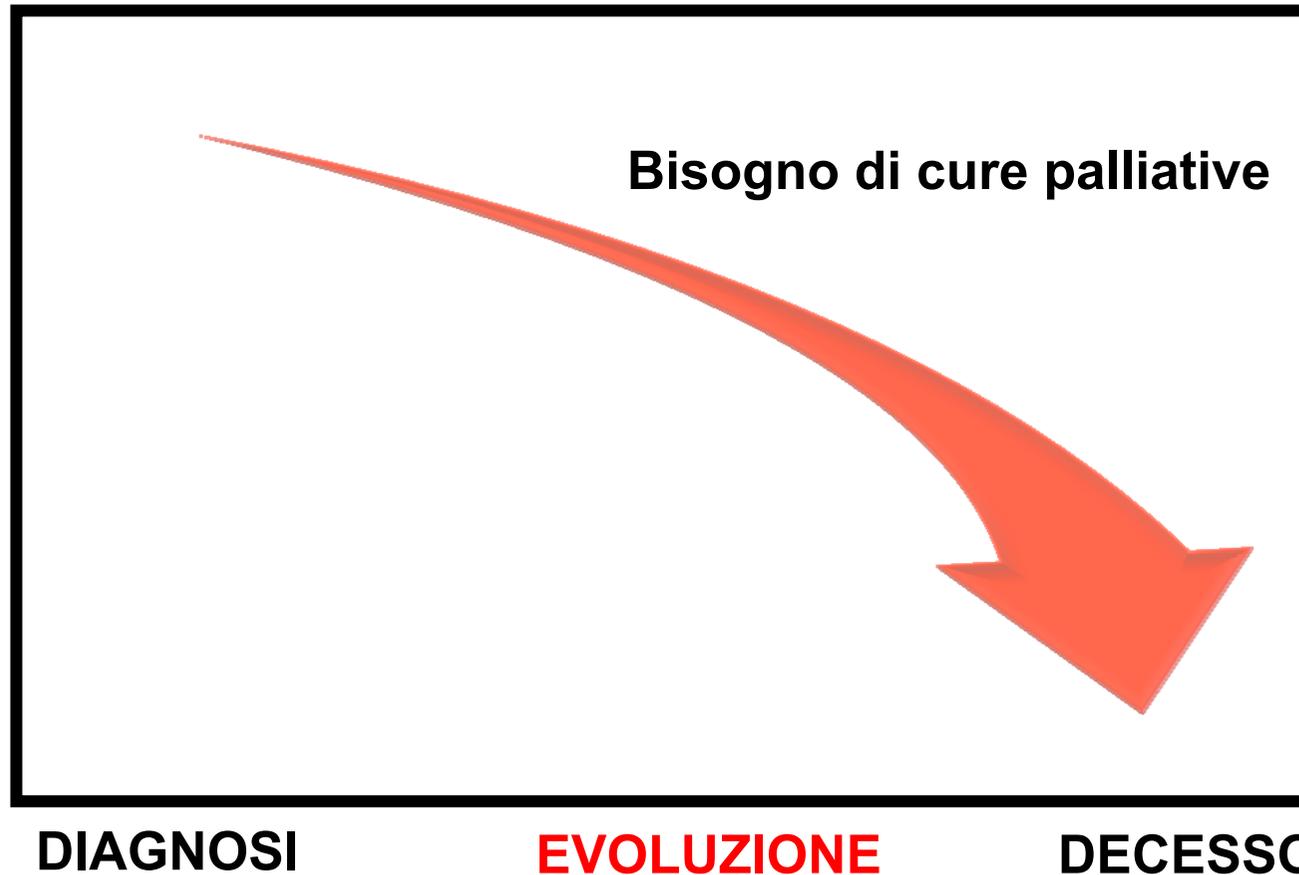
La percentuale di pazienti con depressione era significativamente più bassa nel gruppo sottoposto a cure palliative precoci rispetto al gruppo di controllo.



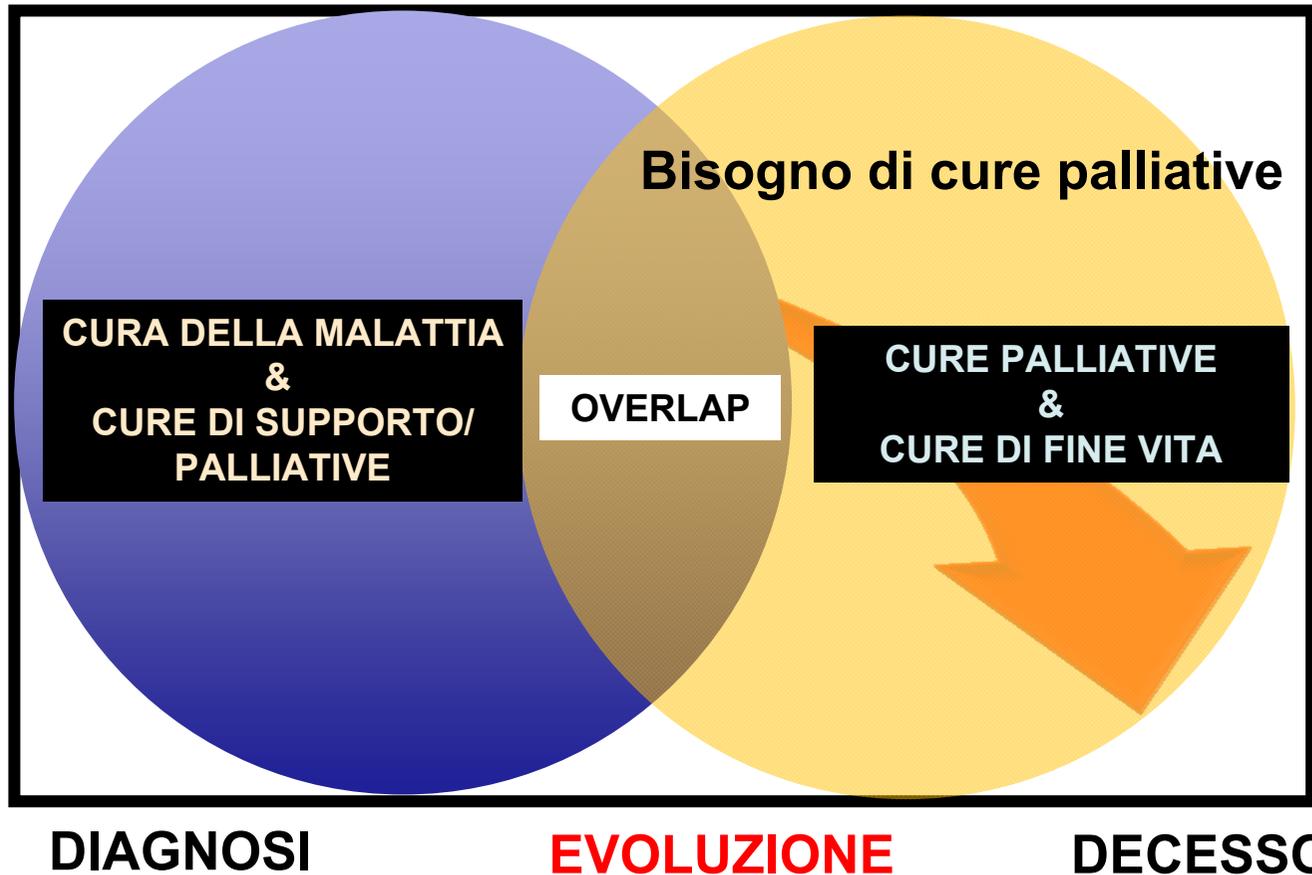
I pazienti sottoposti a cure palliative precoci hanno avuto una sopravvivenza significativamente più lunga rispetto a quelli del gruppo in terapia palliativa standard (11,6 vs 8,9 mesi; $P = 0.02$)

J Temel et al, N Engl J Med, 2010

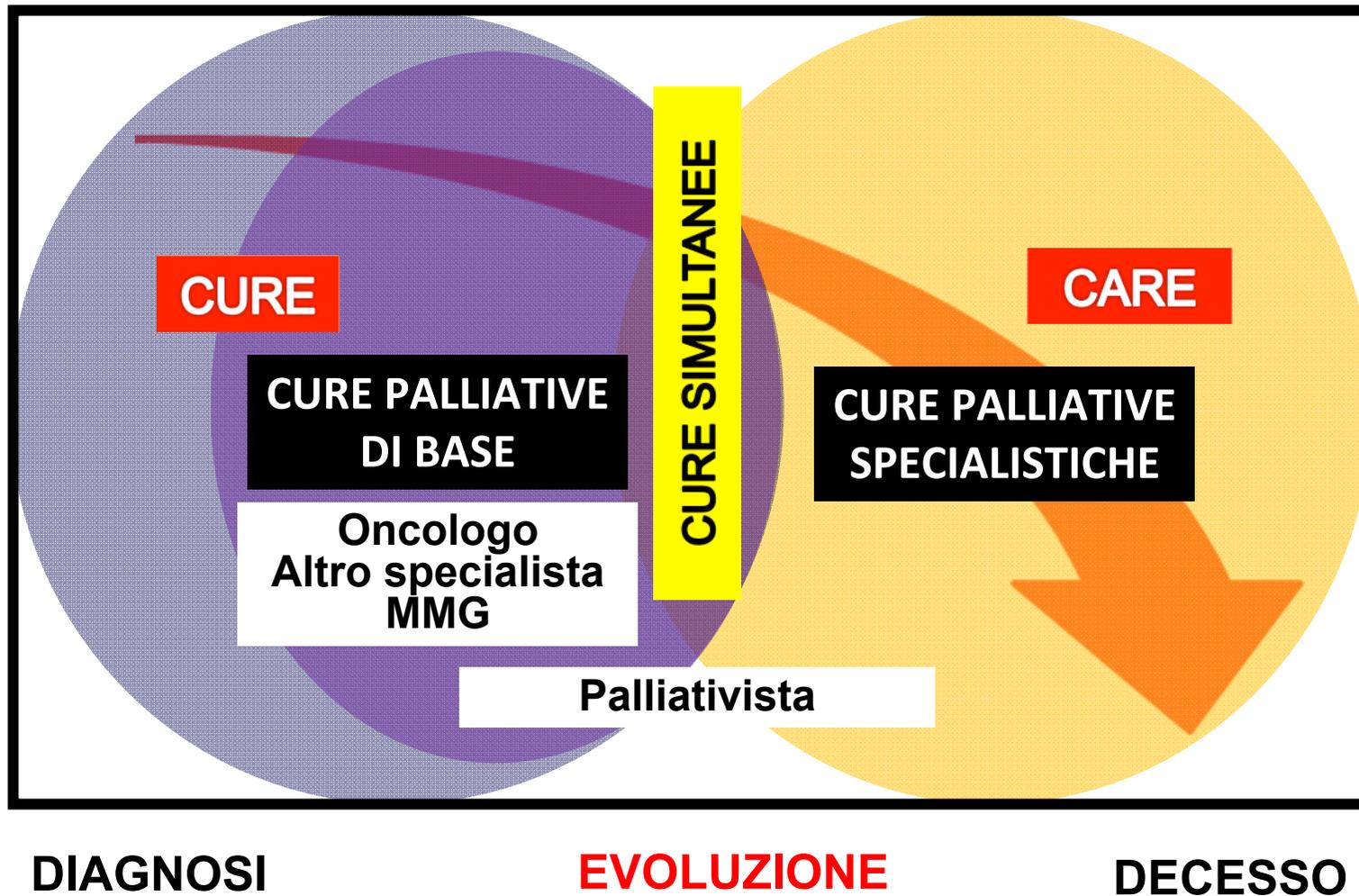
Cure palliative precoci e simultanee



Cure palliative precoci e simultanee



Cure palliative precoci e simultanee



Le cose che non facciamo !

“Noi stiamo incrementando i costi e fornendo cure di basso livello a causa di **cose che non facciamo**:

- Iniziare le discussioni sulla possibilità di morire e sulle decisioni di fine vita. Questa discussione è il prerequisito indispensabile per una adeguata pianificazione delle cure.
- L'importanza di queste discussioni è oggi evidente: i malati che hanno la possibilità di confrontarsi su questi aspetti manifestano minore ansia e depressione, ricevono cure meno aggressive alla fine della vita, quasi mai muoiono in reparti di rianimazione. In più, questo permette ai familiari sopravvissuti di avere una qualità di vita migliore e permette alla nostra società di risparmiare milioni di dollari.”

Smith T.J. Hillner B.E. “Bending the cost curve in cancer care” N.E.J.M. 2011:364; 2060-65

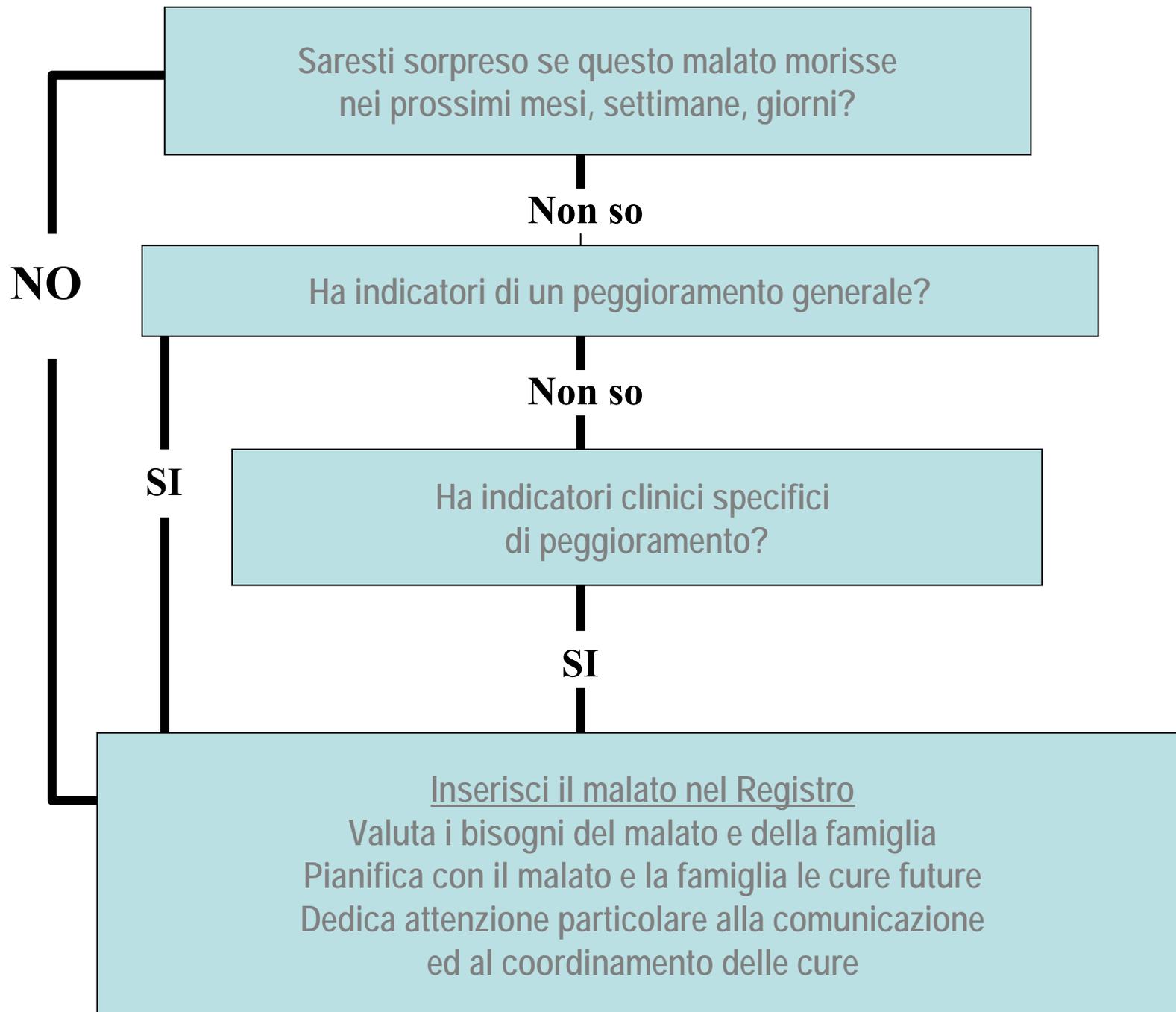
L'identificazione precoce dei malati da Cure Palliative vuol dire organizzarsi da un punto di vista assistenziale in modo diverso (con visite continuative con infermieri, specialisti e/o altre figure professionali), determina un minore numero di accesso al PS e ricoveri ospedalieri. *Vuole dire anche vivere meglio alla fine della vita!*

Come identificare i malati da Cure Palliative

Attraverso strumenti di facile impiego da parte della Medicina Generale:

1. N.E.C.P.A.L.
2. S.P.I.C.T.
3. “Surprising question”

Ciò permetterebbe anche di creare un Registro dei malati che hanno bisogno di Cure Palliative



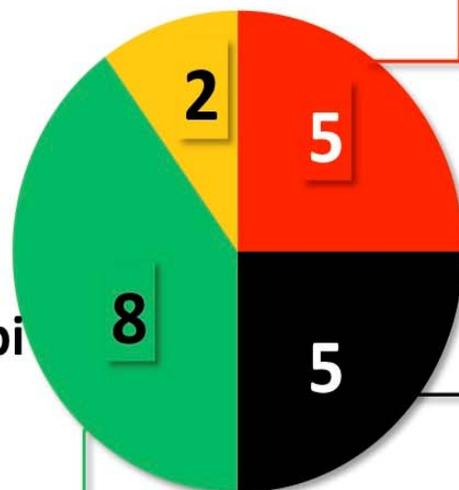
**Proporzione delle cause di morte/
anno
(su 20 decessi/MMG/anno)**

■ Cancro

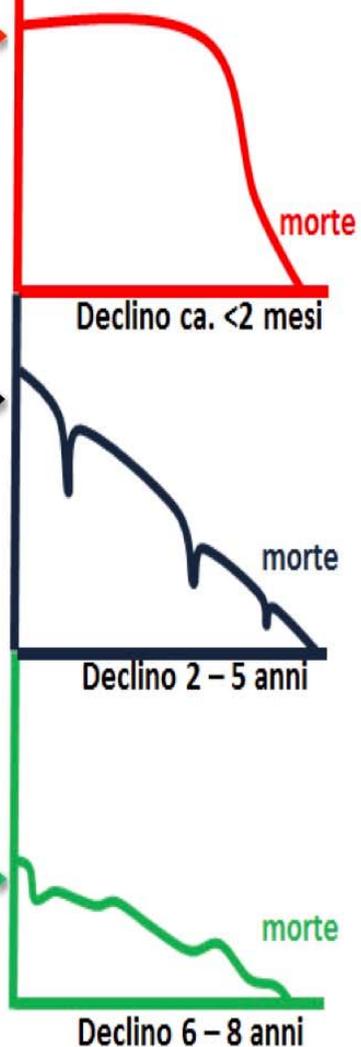
■ Insuff. Croniche

■ Fragilità+Comorbidità+Demenza

■ Morte improvvisa inattesa

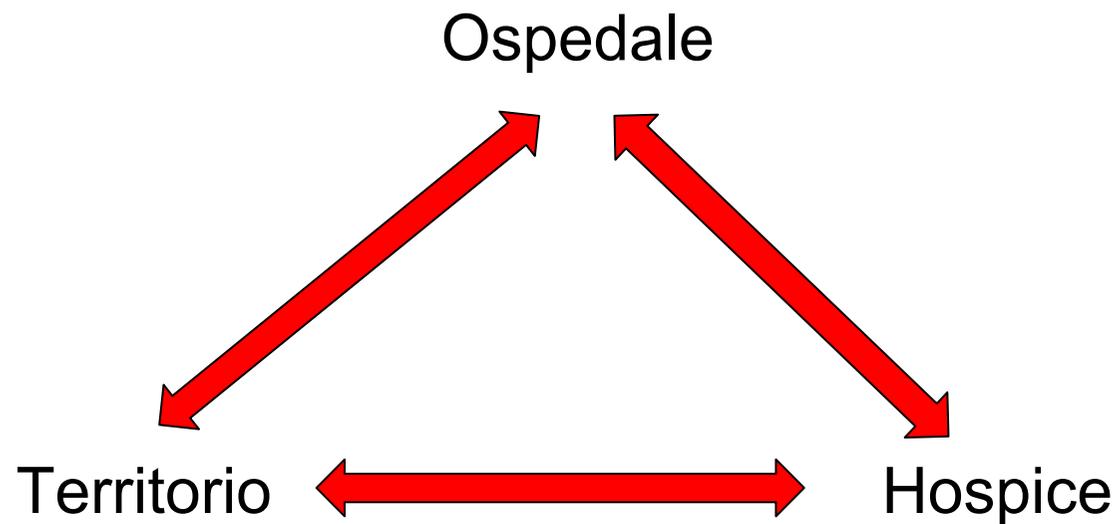


Traiettorie di malattia



Bertolissi S, Miccinesi G, Giusti F. Come si muore in Italia. Storia e risultati dello studio Senti-MELC. Rivista SIMG 2012; 2: 17 - 34

Continuità di cura ospedale-territorio



Continuità assistenziale

Cure di fine vita e differenze culturali

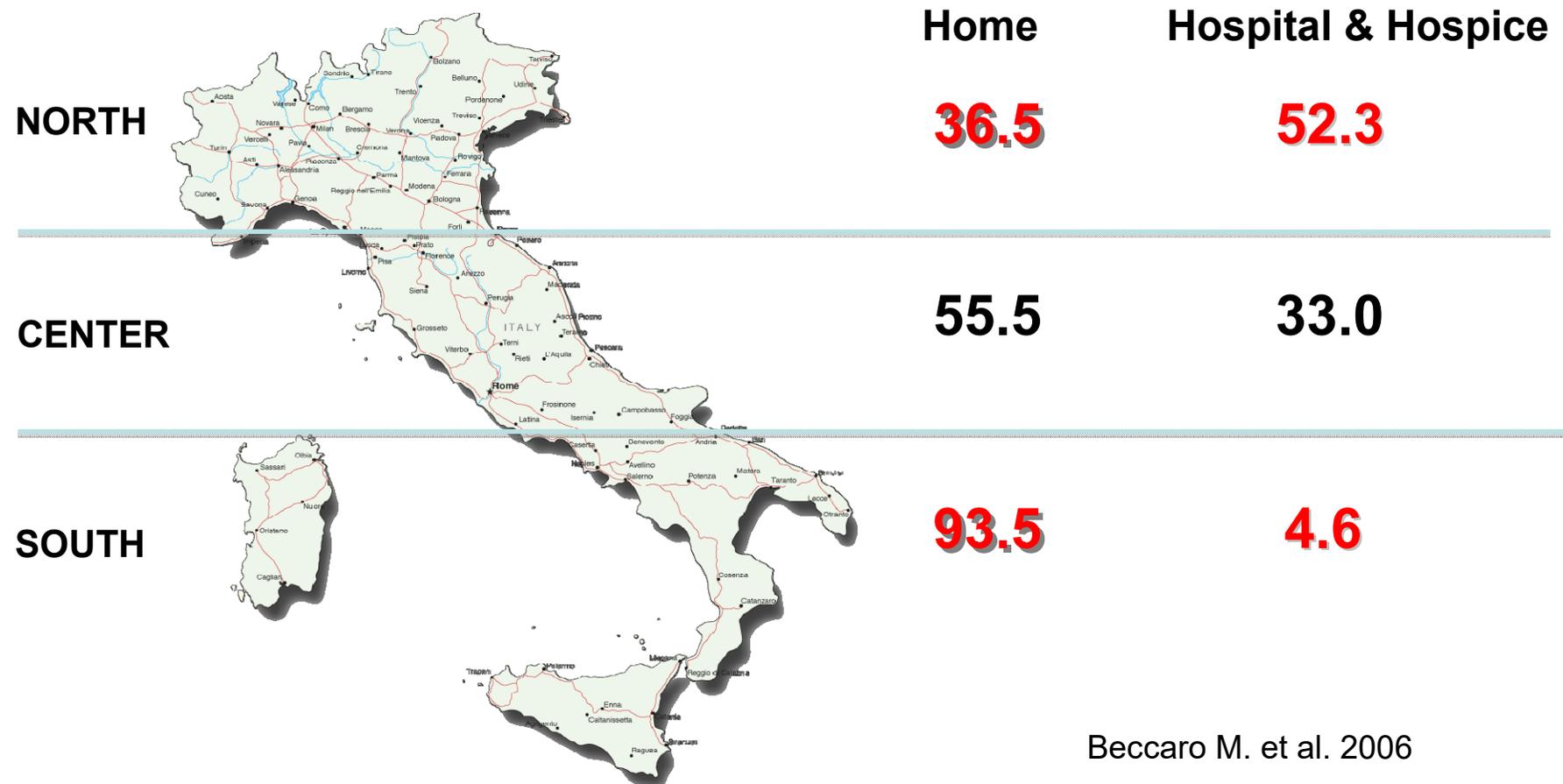


“Health professionals should recognize, assess and address the psychological, social, spiritual, cultural taboos and religious issues realizing that different cultures may require significantly different approaches”

Gli operatori sanitari dovrebbero riconoscere, valutare e affrontare i *tabù psicologici, sociali, spirituali, culturali e gli aspetti religiosi*, rendendosi conto che le diverse culture possono richiedere approcci molto diversi

Cure di fine vita e differenze culturali

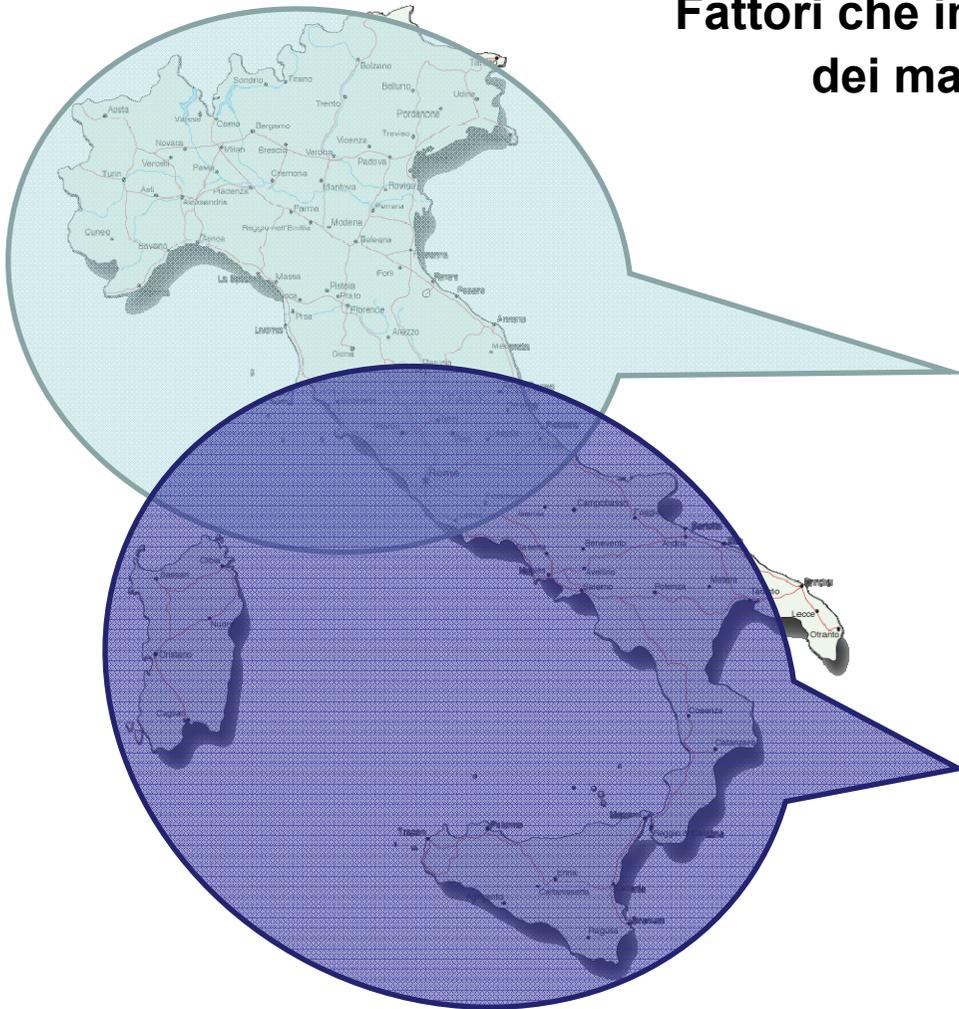
Luogo di decesso in Italia dei pazienti malati di cancro



Beccaro M. et al. 2006

Cure di fine vita e differenze culturali

Fattori che influenzano il luogo del decesso dei malati di cancro: la famiglia



Famiglia del Nord:

- Basso numero di componenti
- Relativamente bassa aderenza alle tradizioni
- Aperta ad uno stile di vita continentale
- Uomini e donne lavorano fuori casa
- Stile di vita dinamico

Famiglia del Sud:

- Elevato numero di componenti
- Aderenza alle tradizioni
- Spesso le donne lavorano in casa
- Tendenza alla creazione di «comunità» reciprocamente utili
- Più fiducia nella comunità che nel sistema sanitario pubblico

L'intervento precoce delle cure palliative nei malati con patologie croniche degenerative in fase avanzata si sta sempre più affermando come un modello nuovo e più efficace di intervento.

Esso è in grado di migliorare la qualità di vita dei malati, di aumentare la loro consapevolezza rispetto alla situazione clinica e di supportarli nelle decisioni relative alle scelte terapeutiche nelle fasi avanzate di malattia e alla fine della vita, di garantire risparmi significativi per i sistemi sanitari attraverso una maggiore appropriatezza delle cure, con una riduzione degli accessi in pronto Soccorso, dei ricoveri nei reparti per malati acuti e della mortalità in ospedale.

Nuovi indicatori Fine Vita

Questi indicatori sono calcolati per le seguenti coorti:

- ***Assistiti >15 anni***
 - ***Prevalenti per scompenso cardiaco***
 - ***Prevalenti per BPCO***
 - ***Pazienti complessi***
-
- **Percentuale di deceduti in ospedale**
 - Si considerano i ricoveri con modalità di dimissione 1= deceduto dei soggetti deceduti nell'anno di analisi

 - **Percentuale di ricovero nell'ultimo mese di vita**
 - Soggetti con almeno 1 ricovero, di qualsiasi tipo, nei 30 giorni precedenti il decesso

Nuovi indicatori Fine Vita

- **Percentuale di accessi domiciliare nell'ultimo mese**
 - Soggetti con almeno 1 accesso di ADI o ADP nei 30 gg precedenti il decesso
 - Fonte: flusso AD-RSA (possibile sottostima)

*Sulla coorte **demenza** si calcola:*

- **Percentuale di PEG ultimi 6 mesi**
 - Soggetti prevalenti per demenza deceduti nell'anno con procedura di inserimento PEG

Popolazione generale deceduti nell'anno 2017		Num	Den	Valore std su popolazione toscana
% di deceduti in ospedale Numeratore: deceduti durante un ricovero (modalità dimissione "1" = deceduto) Denominatore: residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT deceduti nell'anno 2017	MORTI_H 2014	14.480	39.132	35,2
% di deceduti con almeno 1 ricovero ospedaliero nell'ultimo mese di vita Numeratore: deceduti con almeno 1 ricovero nei 30 giorni precedenti la data di decesso (DATA ammissione) Denominatore: residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT deceduti nell'anno 2017	MORTI_RIC_30	18.135	39.132	42,8
% di deceduti con almeno 1 accesso di ADI nell'ultimo mese di vita (fonte: flusso AD - RSA) Numeratore: deceduti con 1 accesso nei 30 giorni precedenti la data del decesso Denominatore: residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT deceduti nell'anno 2017	MORTI_ADI_30	17.238	39132	30,2

Prevalenti per BPCO deceduti nell'anno 2017				
BPCO :% di deceduti con almeno 1 accesso di ADI nell'ultimo mese di vita (fonte: flusso AD - RSA) Numeratore: deceduti con 1 accesso nei 30 giorni precedenti la data del decesso Denominatore: residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT deceduti nell'anno 2017	MORTI_ADI_30_BPCO	4.595	9.694	40,8
BPCO: % di deceduti in ospedale Numeratore: deceduti durante un ricovero (modalità dimissione "1" = deceduto) Denominatore: residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT deceduti nell'anno 2017	MORTI_H_BPCO	4.104	9.694	46,2
BPCO: % di deceduti con almeno 1 ricovero ospedaliero nell'ultimo mese di vita Numeratore: deceduti con almeno 1 ricovero nei 30 giorni precedenti la data di decesso (DATA ammissione) Denominatore: residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT deceduti nell'anno 2017	MORTI_RIC_30_BPCO	5.085	9.694	52,9

Prevalenti per Scopenso deceduti nell'anno 2017				
scopenso: % di deceduti con almeno 1 accesso di ADI nell'ultimo mese di vita (fonte: flusso AD - RSA) Numeratore: deceduti con 1 accesso nei 30 giorni precedenti la data del decesso Denominatore: residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT deceduti nell'anno 2017	MORTI_ADI_30_SC	4.201	8.779	43,5
scopenso: % di deceduti in ospedale Numeratore: deceduti durante un ricovero (modalità dimissione "1" = deceduto) Denominatore: residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT deceduti nell'anno 2017	MORTI_H_SC	3.818	8.779	46,9
scopenso: % di deceduti con almeno 1 ricovero ospedaliero nell'ultimo mese di vita Numeratore: deceduti con almeno 1 ricovero nei 30 giorni precedenti la data di decesso (DATA ammissione) Denominatore: residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT deceduti nell'anno 2017	MORTI_RIC_30_SC	4.629	8.779	54,5

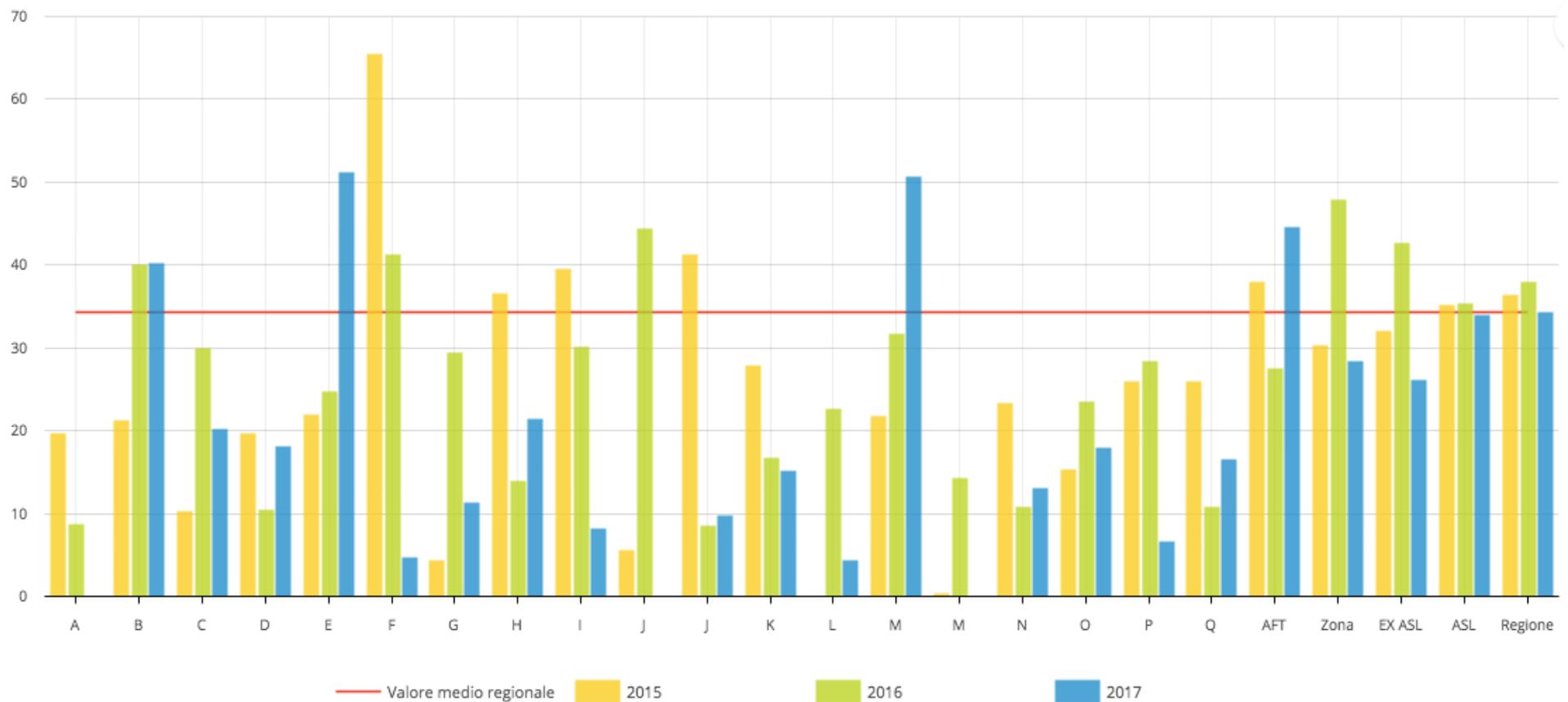
Pazienti complessi deceduti nell'anno 2017				
complessi :% di deceduti con almeno 1 accesso di ADI nell'ultimo mese di vita (fonte: flusso AD - RSA) Numeratore: deceduti con 1 accesso nei 30 giorni precedenti la data del decesso Denominatore: residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT deceduti nell'anno 2017	MORTI_ADI_30_COMPLEX	5.843	11.367	49,5
complessi: % di deceduti in ospedale Numeratore: deceduti durante un ricovero (modalità dimissione "1" = deceduto) Denominatore: residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT deceduti nell'anno 2017	MORTI_H_COMPLEX	4.968	11.367	45,
complessi: % di deceduti con almeno 1 ricovero ospedaliero nell'ultimo mese di vita Numeratore: deceduti con almeno 1 ricovero nei 30 giorni precedenti la data di decesso (DATA ammissione) Denominatore: residenti in Toscana assistiti dai MMG dell'AFT deceduti nell'anno 2017	MORTI_RIC_30_COMPLEX	6.193	11.367	55,8

Prevalenti per demenza deceduti nell'anno 2017				
<p>Coorte: assistiti prevalenti MaCro per demenza deceduti nel 2017 con PEG negli ultimi 6 mesi di vita</p> <p>Numeratore: soggetti prevalenti per demenza con ricovero e codice di procedura in SDO 4311 (PEG) negli ultimi 6 mesi di vita</p> <p>Denominatore: dementi deceduti nel 2017</p>	MORTI_PEG_180_DEM	82	6.674	2

Valutazione del periodo 2015-
2017 per assistiti >15 anni,
affetti da Scompenso
cardiaco, BPCO, pazienti
complessi

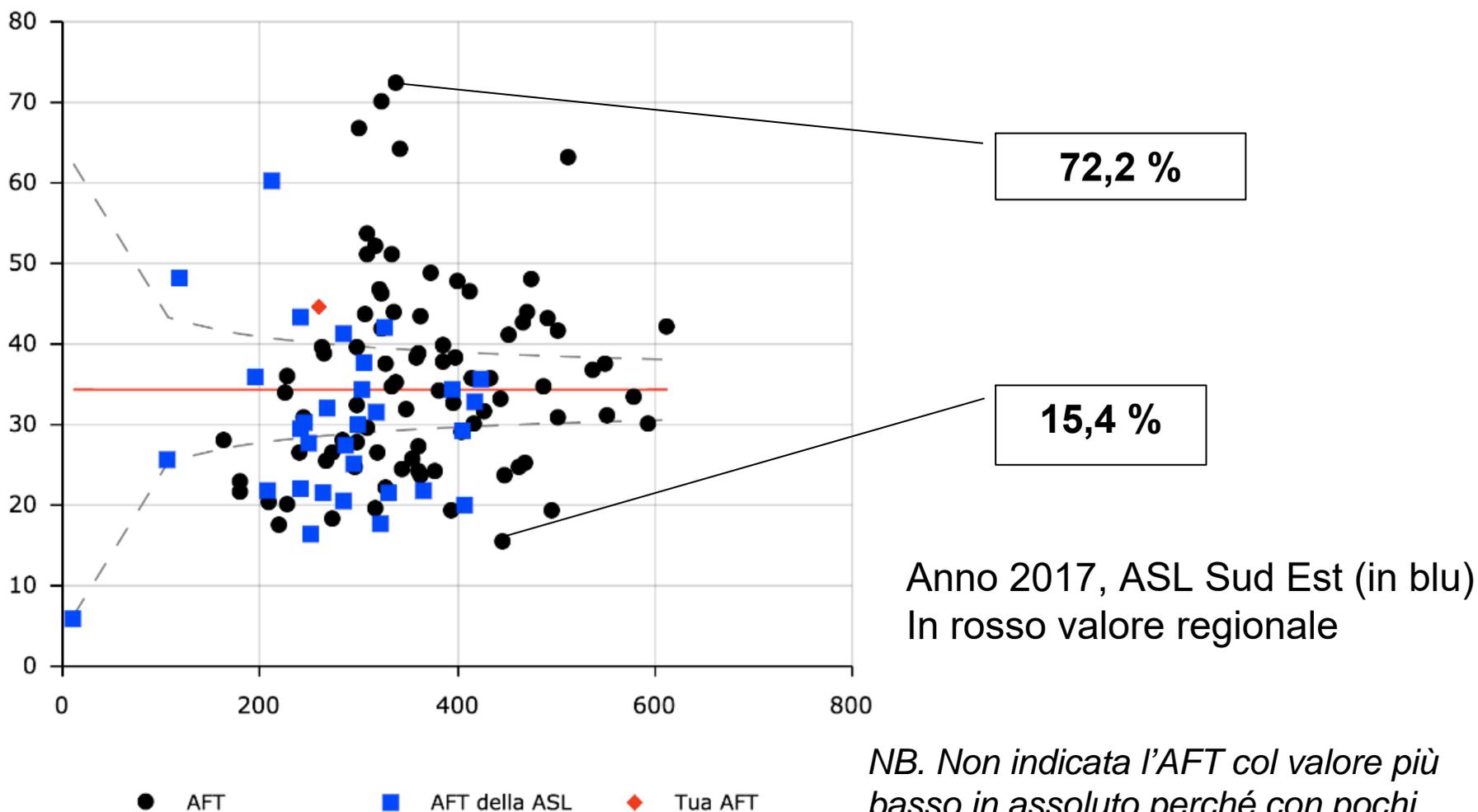
% di deceduti in ospedale

- Valore dell'indicatore a livello regionale: **34,4%** nel 2017 (37,9% nel 2016, 36,3% nel 2015)
- ASL Sud Est: **33,9%** nel 2017 (35,4% nel 2016, 35,2% nel 2015)
- Diminuzione nel 2017



% di deceduti in ospedale

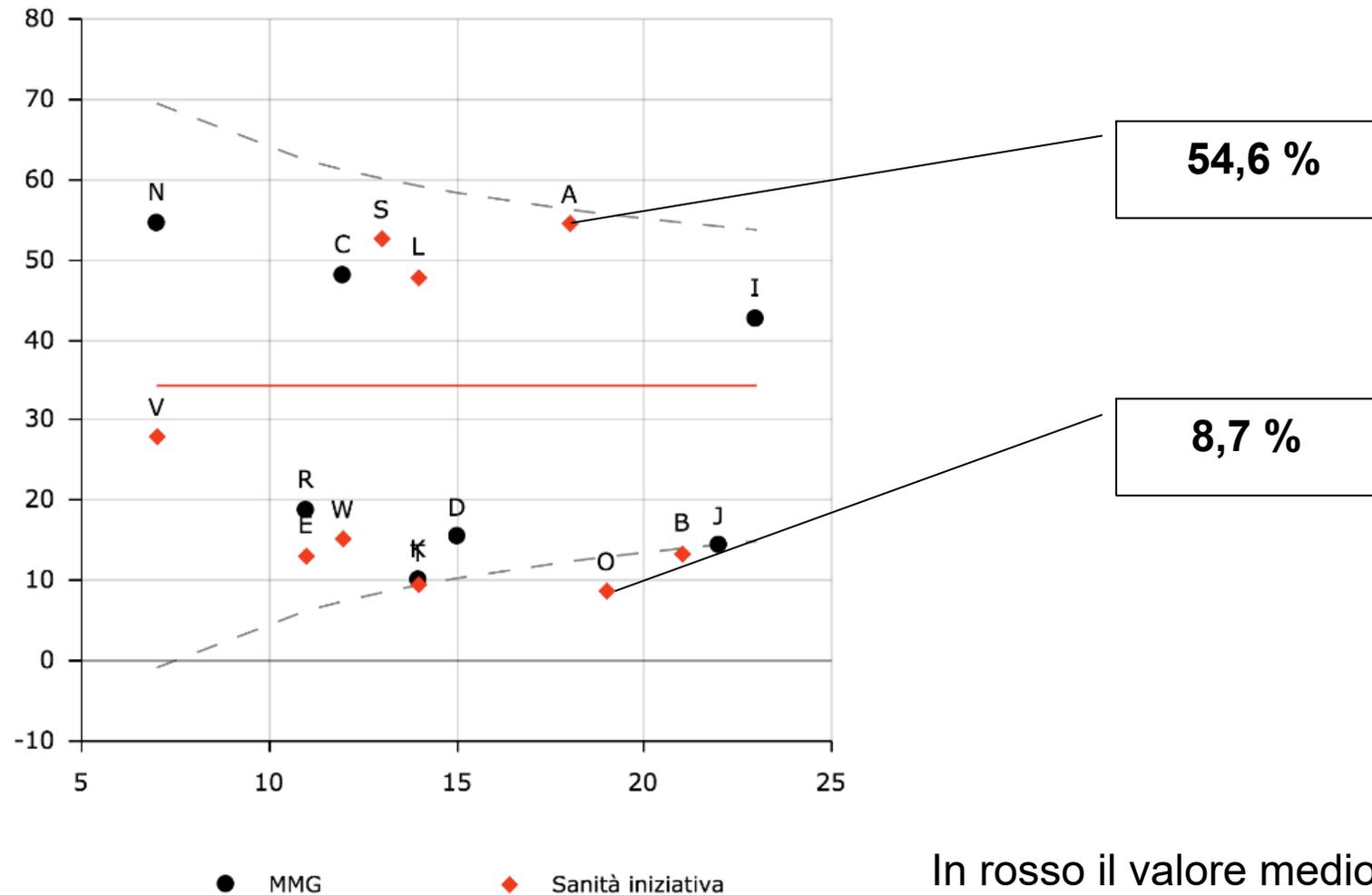
- Valori di tutte le AFT regionali



NB. Non indicata l'AFT col valore più basso in assoluto perché con pochi deceduti

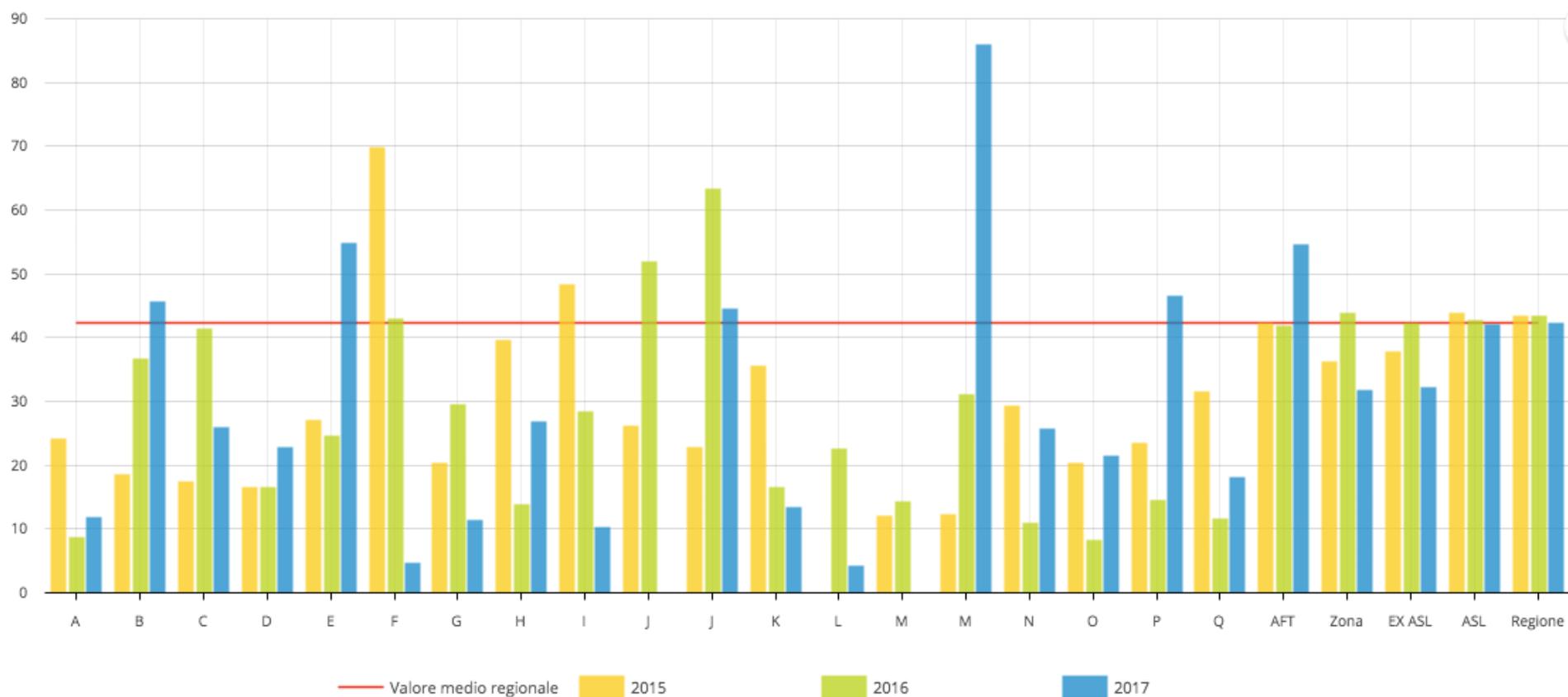
% di deceduti in ospedale

- Variabilità interna di un'AFT in media col valore regionale



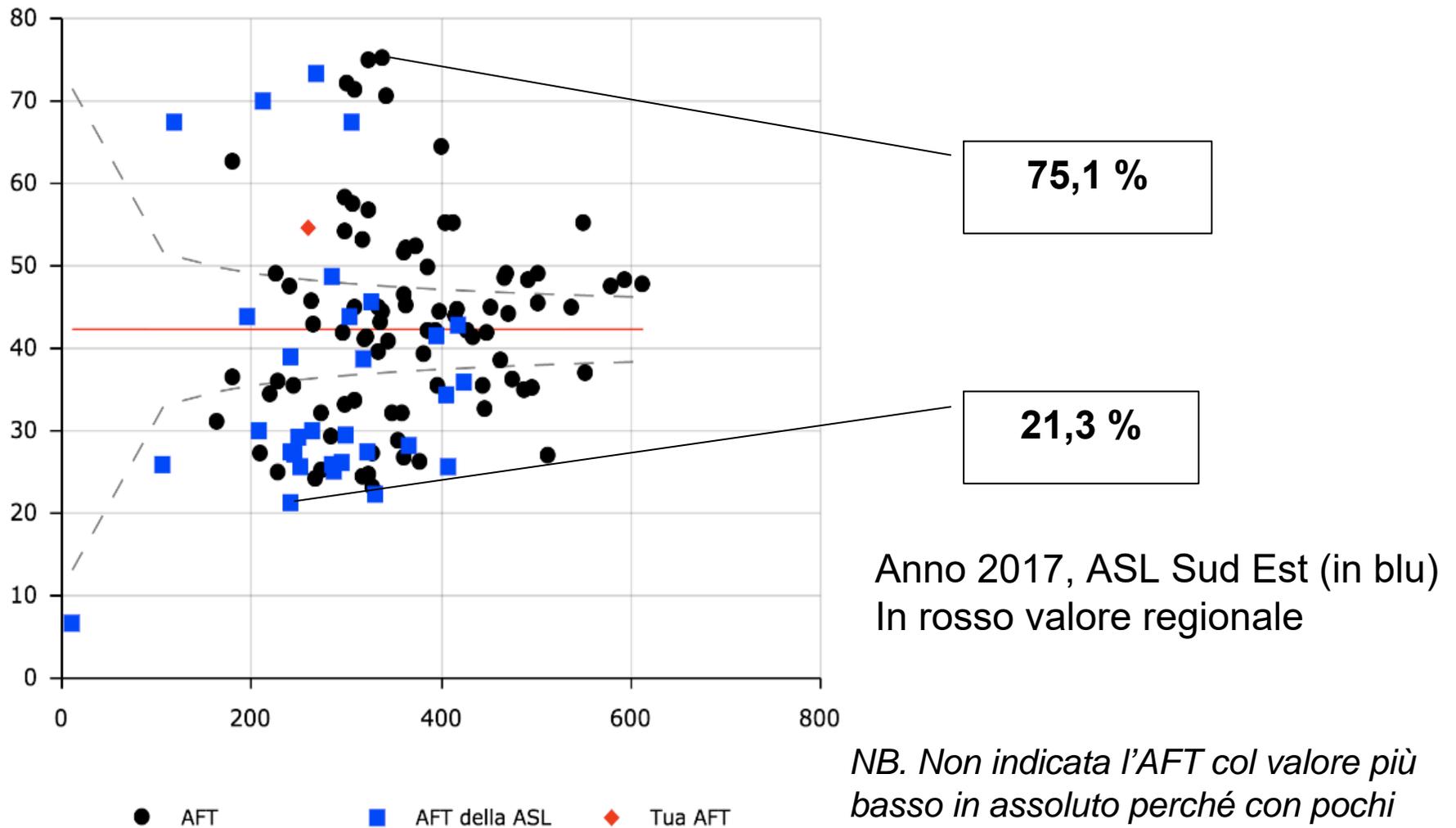
% di ricovero nell'ultimo mese di vita

- Valore dell'indicatore a livello regionale: **42,3%** nel 2017 (43,5% nel 2016, 43,5% nel 2015)
- ASL Sud Est: **42,0%** nel 2017 (42,8% nel 2016, 43,8% nel 2015) in lieve diminuzione



% di ricovero nell'ultimo mese di vita

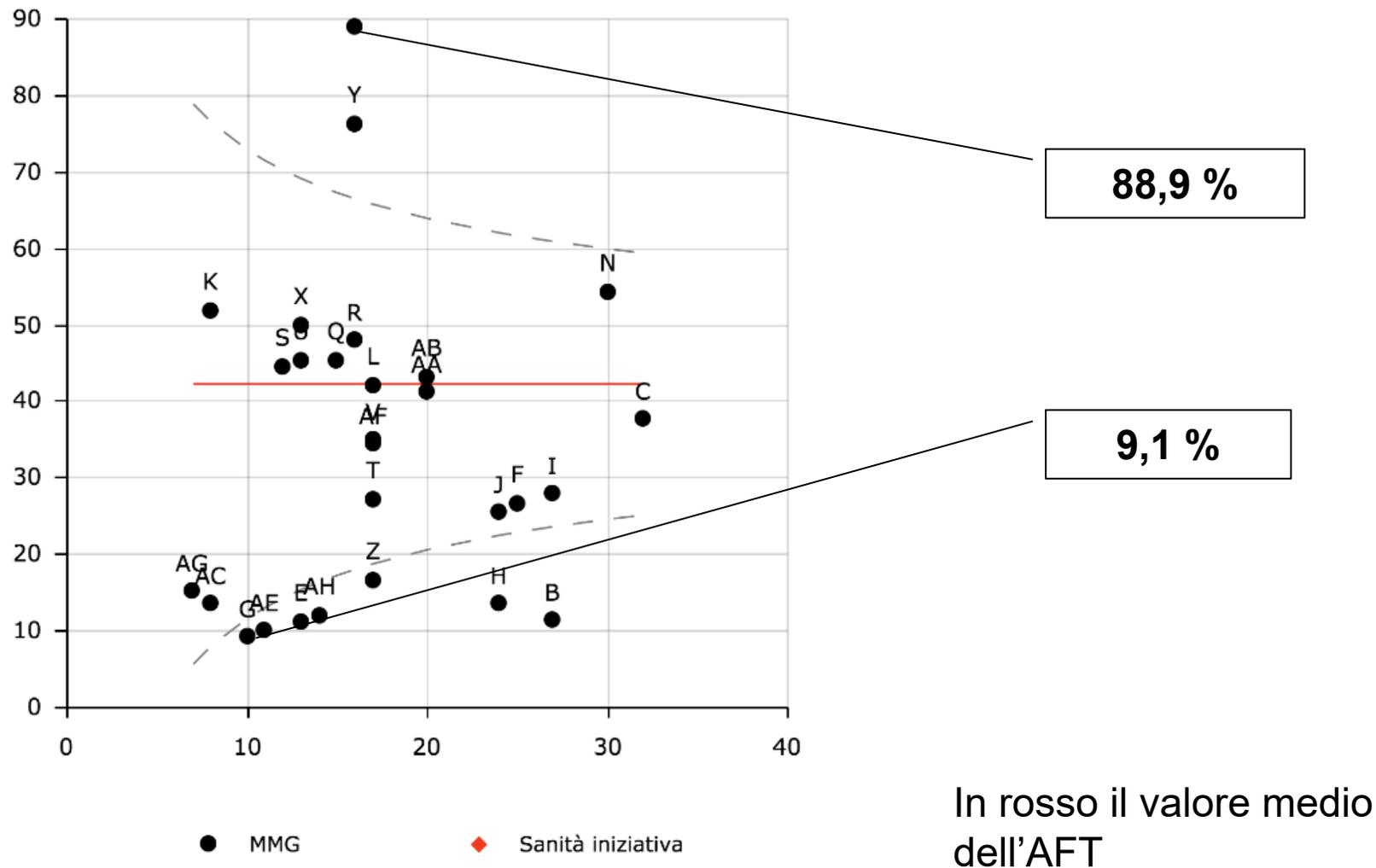
- Valori di tutte le AFT regionali



NB. Non indicata l'AFT col valore più basso in assoluto perché con pochi deceduti

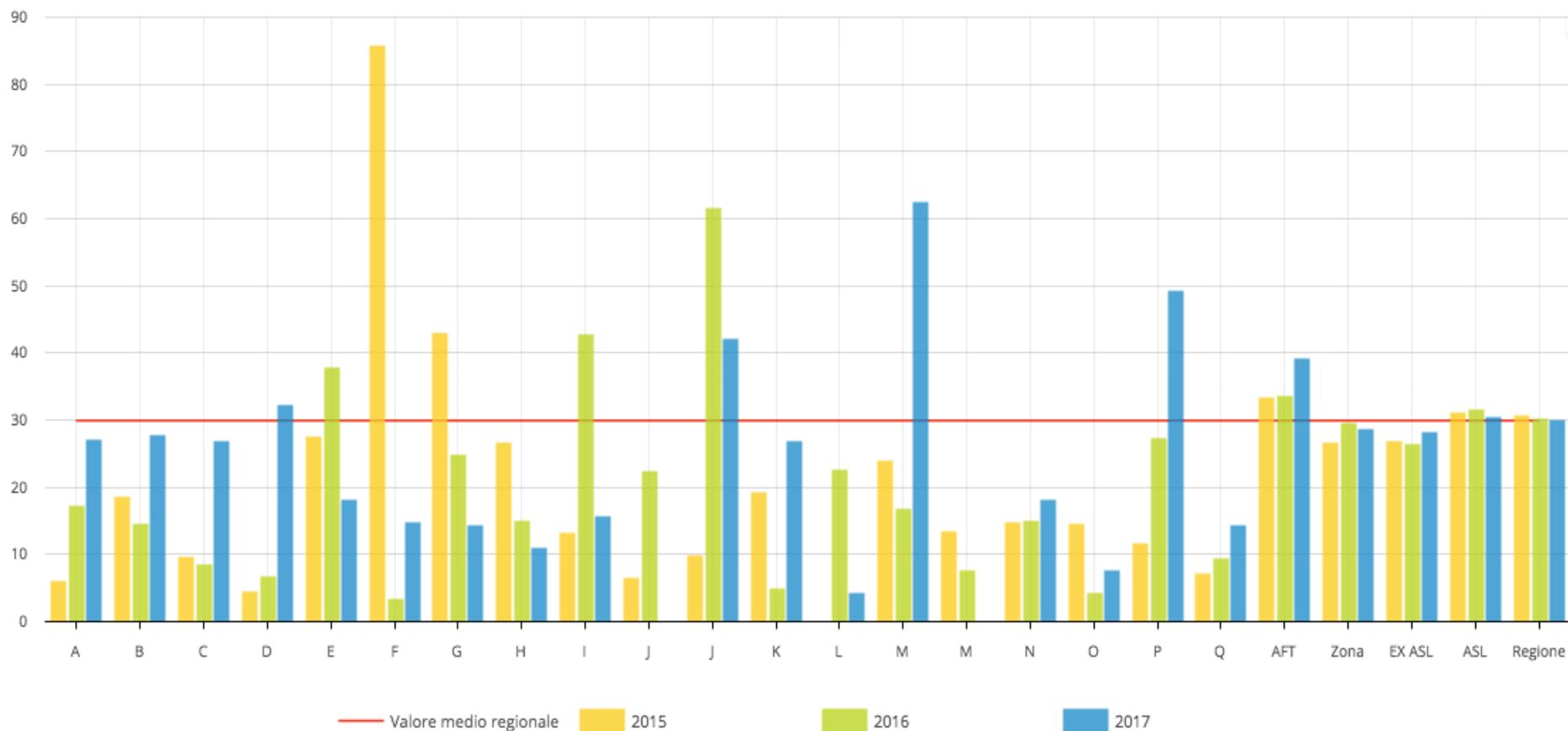
% di ricovero nell'ultimo mese di vita

- Variabilità interna di un'AFT in media col valore regionale



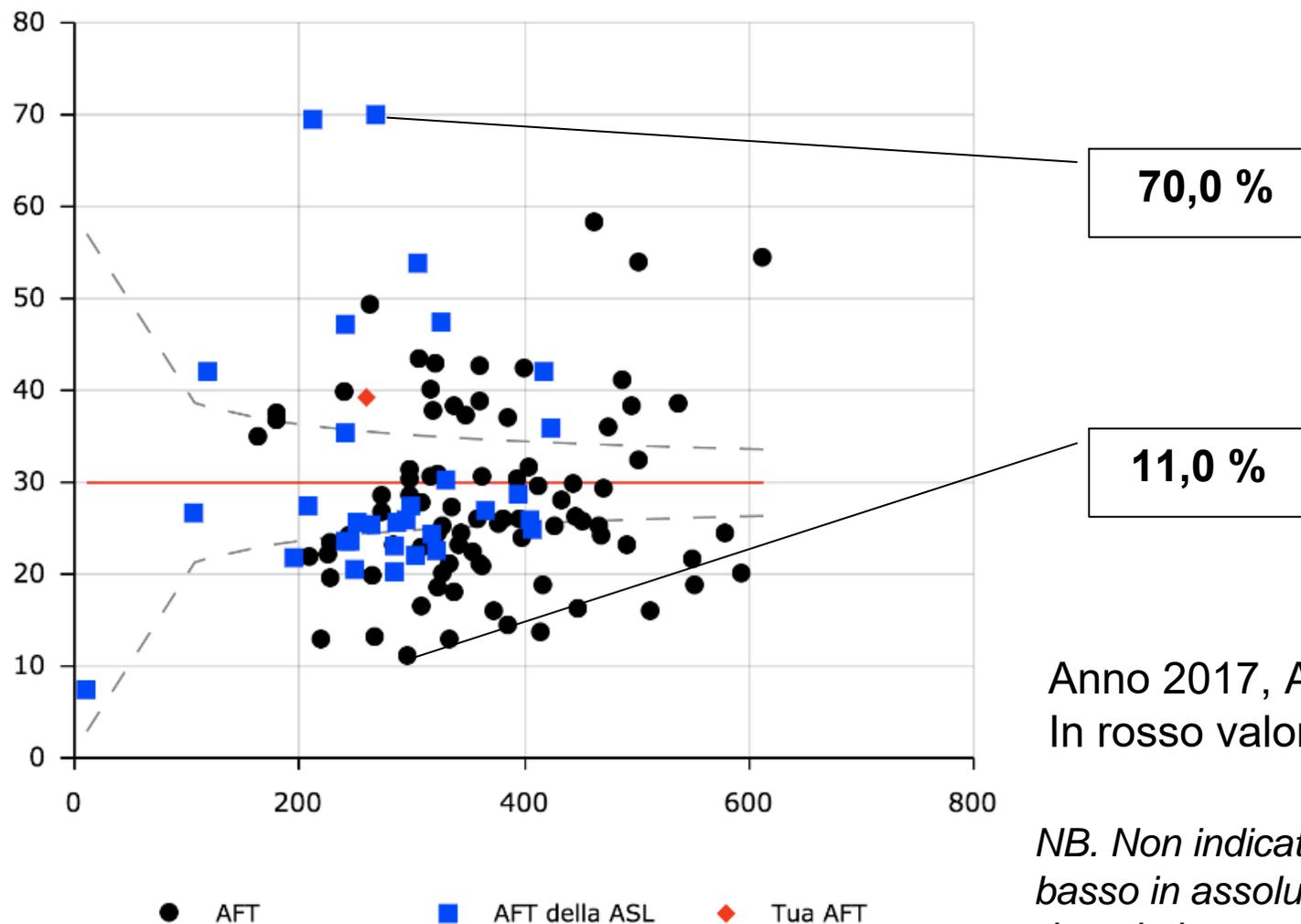
% accesso ADI/ADP ultimo mese di vita

- Valore dell'indicatore a livello regionale: **30,0%** nel 2017 (30,2% nel 2016, 30,7% nel 2015)
- ASL Sud Est: **30,5%** nel 2017 (31,6% nel 2016, 31,1% nel 2015)



% di accesso ADI/ADP nell'ultimo mese di vita

- Valori di tutte le AFT regionali

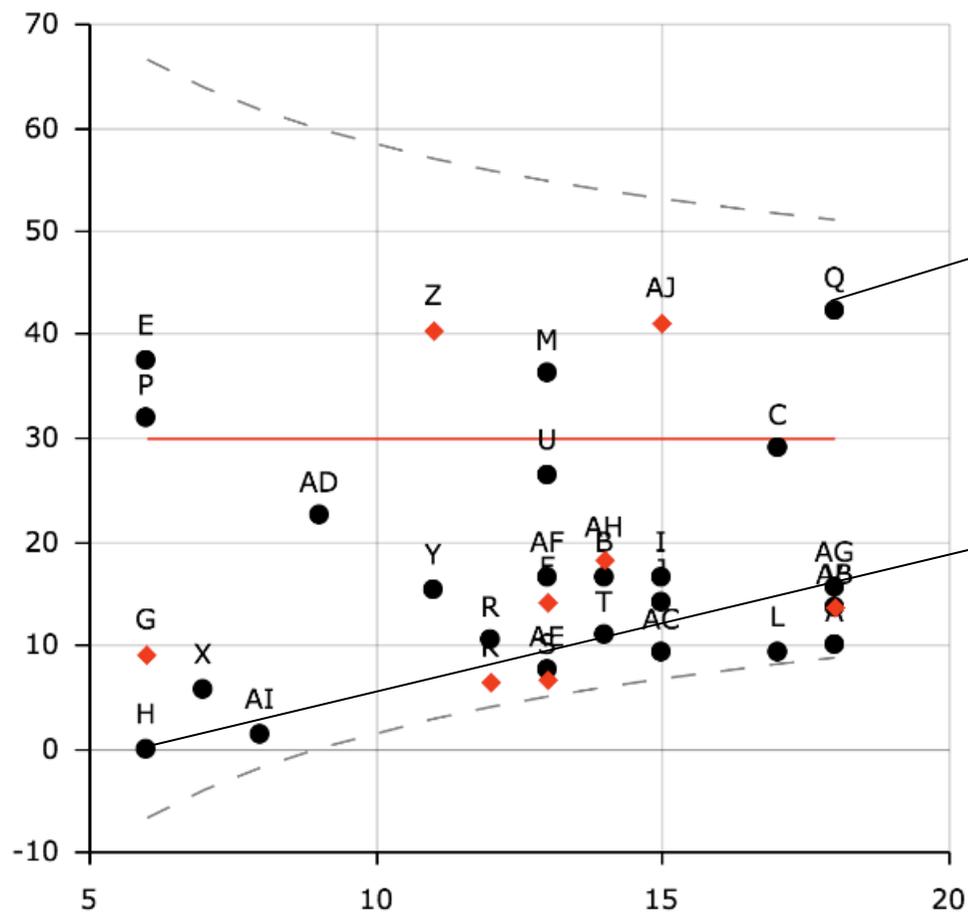


Anno 2017, ASL Sud Est (in blu)
In rosso valore regionale

NB. Non indicata l'AFT col valore più basso in assoluto perché con pochi deceduti

% di accesso ADI/ADP nell'ultimo mese di vita

- Variabilità interna di un'AFT in media col valore regionale



42,0 %

0 %

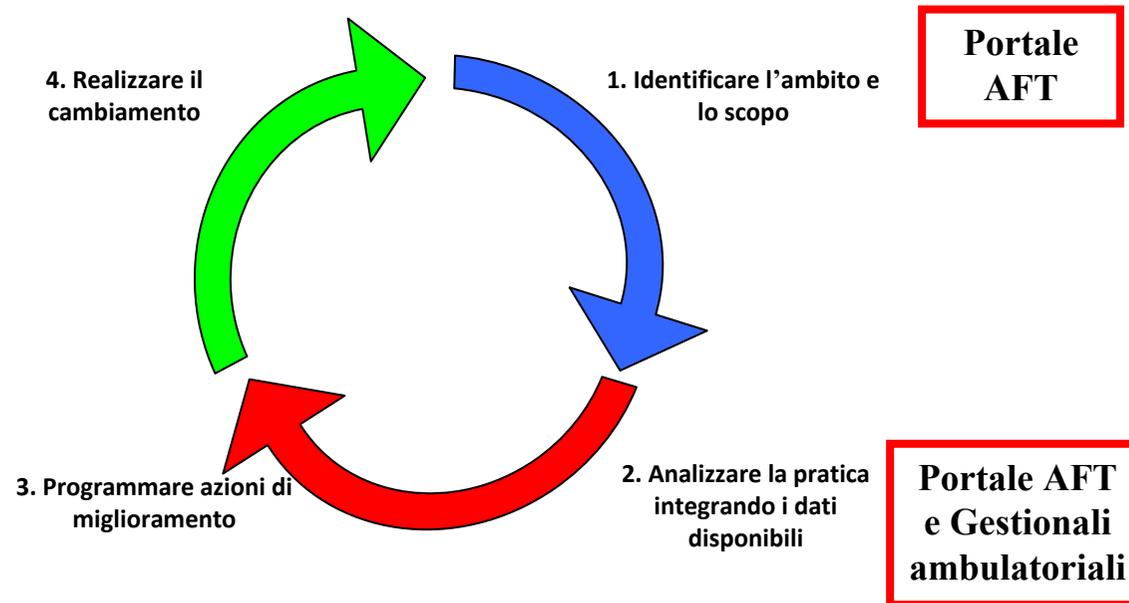
In rosso il valore medio dell'AFT

● MMG

◆ Sanità iniziativa

Spunti...

- Un esempio di come può nascere un ciclo di audit a partire dai dati presenti
- Esempio di un eventuale audit già svolto sul tema



Emerge che è necessario una maggiore **omogeneizzazione** all'interno di ogni AFT e tra tutte le AFT e, attraverso una formazione "sul campo" utilizzando appositi strumenti **identificare precocemente** malati da Cure Palliative per organizzare un sistema di cure migliore (inserimento in ADI/ADP) ed evitare di far morire il proprio assistito nel modo e nel luogo non voluto.



Grazie per l'attenzione

