

PROGETTO

Rete delle Cure Palliative

Collaborazioni ed interventi presso l'Ospedale- Policlinico S.Orsola-Malpighi

Stesura 18 febbraio 2017

Aggiornamento 9 aprile 2018

STATO d'AVANZAMENTO del progetto al 31 gennaio 2018

Fabrizio Moggia : Responsabile Assistenziale della Rete delle Cure Palliative , AUSL di Bologna
Danila Valenti : Responsabile della Rete delle Cure Palliative , AUSL di Bologna
Maria Luisa De Luca : Staff alla Direzione Sanitaria

PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce:

“Le Cure Palliative sono l'assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi (cure).E' fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle Cure Palliative (CP) è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i Pazienti e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia” (OMS, 1990)

La Regione ha indicato da tempo le cure palliative come uno degli ambiti strategici di sviluppo della presa in carico integrata dei pazienti affetti da patologie evolutive e a prognosi infausta; per questo motivo si è sempre impegnata a sostenere lo sviluppo e il potenziamento della rete di cure palliative in tutte le sue articolazioni assistenziali a sostegno della tesi comprovata che il lavoro a rete permette di offrire un'assistenza più adeguata a paziente e famiglia così come poi indicato dalla stessa L.38/2010 (**Delibera Regionale 560/2015**)

Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale. Per soddisfare i bisogni dei malati e delle famiglie è necessario garantire il passaggio graduale dalle cure attive alle cure palliative, attraverso la condivisione degli obiettivi di cura, evitando così i rischi di una dolorosa percezione di abbandono. (**Delibera Regionale 560/2015**)

Il paradigma delle Cure Palliative rappresenta un importante punto di riferimento per la globalità dell'approccio e per l'articolazione delle strutture organizzative che lo caratterizzano.

Una recente revisione¹ della letteratura scientifica (“The Palliative approach: improving care for Canadians with life-limiting illnesses” www.hpcintegration.ca) circa il rapporto fra costi e benefici nelle Cure Palliative ha concluso che, sulla base delle evidenze considerate, i servizi di Cure Palliative sono in grado di ridurre i costi per l'assistenza delle persone che si avviano alla fine della vita, attraverso una riduzione del numero e della durata dei ricoveri ripetuti, delle procedure diagnostiche e degli interventi inappropriati. Questi risultati coincidono con un profondo cambiamento che si sta sviluppando nell'organizzazione ed erogazione delle cure al malato fragile.

La Delibera Regionale 560/2015 prevede che “ laddove il territorio insita anche una Azienda Ospedaliera, la rete sarà unica”.

La Delibera Regionale 560/2015 prevede, inoltre, che **“all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate i pazienti nella fase avanzata di malattia e nel fine vita abbiano accesso alla consulenza da parte di medici e infermieri specialisti in Cure Palliative** ; l'approccio palliativo dovrà essere garantito attraverso la formazione del personale delle diverse Unità Operative.

NUOVO APPROCCIO ORGANIZZATIVO DEL PROGETTO

Con questo progetto si definisce il passaggio da un approccio organizzativo prevalentemente specialistico (centrato quasi sempre soltanto sull'oncologia) a un approccio più integrato e coerente con lo sviluppo complessivo dei servizi sanitari.

È un processo di cambiamento condizionato da mutamenti profondi ,modelli organizzativi “complessi” di organizzazione ed erogazione delle cure palliative, che richiedono, accanto ad una più diffusa disponibilità di cure palliative specialistiche, un miglioramento significativo nella possibilità di garantire, attraverso un lavoro di equipe allargata ed una formazione sul campo mediata da “consulenze di affiancamento” da parte degli specialisti palliativisti, un approccio palliativo da parte di tutti i professionisti e operatori e, soprattutto, la capacità di programmare modalità di intervento sempre più integrate.

Questo processo culturale, affinando la capacità di valutazione dei bisogni dei malati e dei loro familiari lungo il

Anno 2017/2018

percorso della malattia e la competenza nel dare risposte di base, permette una adeguata immediata risposta di cure palliative di base e aumenta l'intensità degli interventi specialistici in rapporto alla complessità dei bisogni e all'avvicinamento alle fasi finali della vita.

2016 - ANALISI DEL CONTESTO LOCALE

Dei **3094** Pazienti residenti () deceduti per **patologia oncologica** nel **2016** :

1. **Complessivamente 2105 sono assistiti con Presa in carico domiciliare (con un'ADI attivata) e/o in Hospice (anche senza ADI attivata) : (70,2%)** indicatore Ministeriale Indicatore Ministeriale DM 43/2007 Numero 1) (fonte SISEPS SALUTER RER).
2. **Dei pazienti oncologici deceduti, 2010 (67%) erano in carico all'Asistenza Domiciliare** (fonte SISEPS SALUTER RER Indicatore DM 43/2007 n°1)*e **1054 (35,1%) decede in Hospice** (fonte SISEPS SALUTER RER Indicatore DM 43/2007 n°1).
3. **Dei 3094 pazienti oncologici deceduti , 1.059 pazienti (il 34 % dei pazienti deceduti per patologia oncologica) decedono in istituto di cura pubblico o privato** (fonte SISEPS SALUTER RER).
4. **Circa 1363 (42,7%) Pazienti Oncologici non sono assistiti da alcuna forma di presa in carico domiciliare (per motivazione che andrebbero adeguatamente esplorate - per esempio Pazienti anziani che entrano in ospedale dove viene fatta diagnosi di neoplasia in fase avanzata e dove decedono)**
5. **PREVALENZA : 2680** pazienti con tumore in fase avanzata vengono assistiti al domicilio , di cui **1673 dall'ANT (62,4%)** (fonte SISEPS SALUTER RER).
6. **I NUOVI Pazienti 2017 ANT sono stati 759 .**

Dei circa **3094** Pazienti residenti e non residenti deceduti per **patologia oncologica** nel **2016** :

1. **1.007 (32,5%)** sono assistiti con ANT,
2. **764 (24,7 %)** in una TAD dell'AUSL,
3. **1.323 (42,7%) ↑** non sono seguiti in nessuna forma di TAD (Dati Danielli)

Tipologia di Assistenza Domiciliare	Numero Pazienti	%	N ACCESSI PS durante Ultima TAD prima del decesso	Media Accessi PS/ N Deceduti	N RICOVERI durante Ultima TAD prima del decesso	di cui per Diag Princ V581 (Chemioterapia)	Media tutti Ricoveri/ N Deceduti
1 ANT	1.007 ↓	32,5%	262 ↑	0,3 ↑	883 ↑	110	0,9 ↑
2 ADI3	121 ↓	(764) ↓ 24,7%	33 ↓	0,3 ↓	92	6	0,8
3 ADI2	53 ↓		25 ↓	0,5 ↓	69	1	1,3
4 ADI1	13 ↓		6 ↓	0,5 =	12		0,9
5 ADP	134 ↓		149 ↑	1,1 ↑	288		2,1
6 ADR	42 ↑		50 ↑	1,2 ↓	53		1,3 ↓
7 INF continuativa	255 ↓		292 ↓	1,1 ↓	589	6	2,3 ↑
8 INF occasionale	146 ↑		70 ↓	0,5 ↓	202		1,4
9 Senza TAD	1.323 ↑		42,7% ↑	955 ↓ (ultimo anno)	0,7 (ua) ↓	2.421 (ua)	88 (ua)
TOTALE	3094	100%					

E' aumentata la percentuale di Pazienti oncologici deceduti nel 2016 che non avevano alcuna Tipologia di Assistenza Domiciliare attivata (1.265 , pari al 40,6 % nel 2015 ; 1323 , pari al 42,7% nel 2016). (NB sarà necessario modificare questo trend con un'azione in collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie)

Lievemente ridotti i Pazienti che sono in carico all'ANT : 1.007 Pazienti (pari al 32,5 %) .

Anno 2017/2018

Lievemente ridotti anche i Pazienti (764) che decedono per neoplasia (pari al 24,7%) e che sono in una TAD dell'AUSL : 121 ↓ con una ADI 3, 255 con una TAD Infermieristica Continuativa, lievemente in aumento (146) con una TAD Infermieristica Occasionale, 134 con una TAD AD Programmata e lievemente aumentati i Pazienti (42) con una TAD ADR.

ACCESSI PS N RICOVERI durante Ultima TAD

Si è evidenziato un lieve peggioramento dei dati ANT che presentano una leggerissima diminuzione del numero dei pazienti in carico (da 1017 a 1007), seguendo pertanto il 32,5 % dei deceduti per tumore nel 2016 (mentre nel 2015 era il 32,6%) ma con un aumento del numero e della % degli N ACCESSI PS durante Ultima TAD prima del decesso che è aumentata nel 2016 in numero assoluto (da 196 a 262) e in percentuale (dallo 0,2 allo 0,3).

Anche il Numero dei RICOVERI durante Ultima TAD prima del decesso pur escludendo i ricoveri programmati (110 rispetto ai 97 del 2015) per l'esecuzione di chemioterapia, è aumentato in numero assoluto (da 729 a 883) e in percentuale dallo 0,7 del 2015 allo 0,9 del 2016.

Complessivamente quindi (883 pz ricoveri ai quali sottraiamo i 110 in chemio- + 262 accessi al PS) 1035 ricoveri o accessi PS nel 2016 su 1.007 pazienti , pari al 102,7 % (↑ aumentato rispetto all'81,4 del 2015) dei Pazienti seguiti dall'ANT ha un ricovero ospedaliero e/o un accesso al PS durante la presa in carico.

L'ADI 3 nel 2016 pur avendo ridotto il numero assoluto dei pazienti seguiti (da 156 a 121) ha presentato un miglioramento passando dallo 0,4% allo 0,3% di Accessi al PS. Relativamente agli accessi con successivo ricovero si passa tuttavia dallo 0,7 % allo 0,8 % , peggiorando di 0,1 rispetto al 2015 (meno rispetto allo 0,2 di delta dell'ANT).

La migliore performance relativa agli indicatori di significato negativo N ACCESSI PS durante Ultima TAD prima del decesso e N RICOVERI durante Ultima TAD prima del decesso è quindi dell'ADI 3 anche se con un numero di prese in carico molto limitate, seguito da ANT. Le peggiori rimangono alle TAD Infermieristiche anche se nettamente migliorate rispetto al 2015. Una nota meritano le ADR che pur in numero esiguo sono aumentate leggermente di numero assoluto (da 33 a 42), e che hanno presentato una lieve riduzione degli accessi al PS dal 1,3 al 1,2 % con una netta riduzione dei ricoveri da 2,3 % a 1,3%.

LA FORMAZIONE IN AUSL che ha posto le PREMESSE per il CAMBIAMENTO

FORMAZIONE del PRIMO LIVELLO della RETE delle CURE PALLIATIVE- CURE PALLIATIVE di BASE : Sono state organizzate 9 edizioni del CORSO di FORMAZIONE multi professionale a piccoli gruppi per la costituzione dei medici referenti ed infermieri facilitatori nelle Cure Palliative di Base (Primo Livello) che ha portato alla formazione, dal 2011 al 2016, di 183 professionisti competenti in cure palliative di base.

Ai Direttori di Dipartimento e ai Direttori di Unità Operativa era stato richiesto di indicare il nominativo di 1 medico referente, del Coordinatore Infermieristico, e di 1 Infermiere Diurnista da coinvolgere nel percorso formativo.

Il percorso formativo si è realizzato in 12 ore di formazione, articolate su tre pomeriggi di quattro ore ciascuno, a cadenza settimanale, in forma residenziale interattiva, declinata in due ore di didattica frontale e dieci di didattica attiva ed al corso sono stati attribuiti 18 crediti ECM.

Al termine del corso i partecipanti sono stati in grado di:

- riconoscere un malato inguaribile che si sta avviando in fase avanzata e terminale di malattia;
- individuare i bisogni multidimensionali del malato, espressi e inespressi (clinici, psicologici, sociali, spirituali);
- gestire gli aspetti relazionali con il malato il care-giver e la famiglia;
- gestire il senso di impotenza, proprio e della famiglia;
- riconoscere un percorso di Simultaneous palliative care;
- attivare correttamente la Rete delle Cure Palliative nei diversi nodi.

Sono state inoltre organizzate 2 edizioni del CORSO di APPROFONDIMENTO in CURE PALLIATIVE di BASE per i Professionisti che avevano partecipato al CURE PALLIATIVE di BASE

I RISULTATI della RETE delle CURE PALLIATIVE PRECOCI- Gli Ambulatori di Cure Palliative Precoci

Per l'attività di Cure Palliative Precoci sono stati realizzati 12 ambulatori , 5 dei quali in collaborazione con il terzo

Anno 2017/2018

settore (Fondazione ANT e Fondazione Hospice MTC Seràgnoli).

L'attività ambulatoriale con la Presa in Carico di Cure Palliative Precoci, iniziata nel 2011, è arrivata a completa sistematizzazione e con il supporto di un nuovo sistema informatizzato creato ad hoc per il progetto, con la possibilità di raccolta dati sistematica dal 2013.

Sono stati presi in carico 520 Pazienti e famiglie nel 2013; 862, nel 2014 e **883 nel 2015**.

Sono stati seguiti **in ambulatorio** 343 Pazienti e famiglie nel 2013 , 529 nel 2014 e **606 nel 2015**.

Sono stati presi in carico **in consulenza**: 142 Pazienti e famiglie nel 2013, 185 nel 2014 e **185 nel 2015**.

Abbiamo analizzato il luogo del decesso dei 526 Pazienti deceduti nel 2014, al 31 dicembre 2014: escludendo il 3% dei pazienti presi in carico per le cure di fine vita (end of life care - EoL), solo il 16% dei Pazienti presi in carico dalle Cure Palliative Precoci sono deceduti in ospedale.

Il decesso in ospedale (escludendo la presa in carico per le Cure di fine vita - End Of Life- in Ospedale) appare basso per i pazienti presi in carico in Cure Palliative Precoci nell'anno 2015: dei 440 pazienti deceduti al 31/12/2015 degli 883 presi in carico in Cure Palliative Precoci **solo l'11 % muore in Ospedale**.

Questo dato ha determinato di conseguenza, una importante cambiamento dei dati complessivi di mortalità oncologica per sede, nell'AUSL di Bologna. La sede di decesso dei pazienti con Tumore (complessiva) in AUSL di Bologna **si è progressivamente modificata dal 2011 al 2015, riducendosi progressivamente la mortalità in Ospedale dal 45,2%, nel 2011, al 32,6 % nel 2015. Sono aumentati al contrario, il numero di persone malate di tumore deceduti al domicilio (dal 26,1% del 2011 al 31,7 del 2015) e in Hospice (dal 22,0% del 2011 al 28,3 del 2015).**

Luogo di Decesso – Deceduti per tumore Residenti AUSL di Bologna. TREND anni 2011- 2015

Luogo di Decesso – Deceduti per tumore Residenti AUSL di Bologna. TREND anni 2011- 2016

LA RIORGANIZZAZIONE della RETE delle CURE PALLIATIVE dell'AUSL – SINTESI del PROGETTO

La riorganizzazione delle cure palliative a Bologna prevede l'applicazione delle cure palliative in tutti i *setting* di cura iniziando dalla presa in carico in cure palliative precoci nel *setting* ambulatoriale (*setting* che garantisce presa in carico precoce, appropriatezza e sostenibilità), quindi nei *setting* ospedaliero (consulenze), domiciliare (assistenza domiciliare), residenziale (hospice), lungo tutto il decorso della malattia nelle diverse possibilità di evoluzione.

La Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di Bologna, già nell'ambito del Progetto: **Sviluppo della Rete delle Cure Palliative: integrazione ospedale – territorio attraverso equipe multidisciplinari e interprofessionali. (Iniziativa in ambito del Fondo per la Modernizzazione 2010-2011-2012 della Regione Emilia Romagna – Articolazione Area Tematica: A13) Codice Unico di Progetto: E35J11000410002**) aveva sviluppato una Rete di Cure Palliative, che ha attivo un punto unico di accesso (**Centrale di Coordinamento della Rete delle Cure Palliative**) al quale devono accedere tutte le richieste relative a prese in carico di Cure Palliative:

- 1) visite ambulatoriali di Cure Palliative Precoci
- 2) consulenze ospedaliere di Cure Palliative
- 3) consulenze ospedaliere per cure di fine vita
- 4) consulenze domiciliari
- 6) assistenza domiciliare (ADI e ADI/ANT)
- 7) ricoveri in Hospice
- 8) Incontri con l'equipe ospedaliera per affrontare particolari tematiche di cure palliative o casi complessi di cure palliative

La riorganizzazione prevede la costituzione di 15 EQUIPE DI 3 FIGURE PROFESSIONALI DEDICATE + MMG, MISTE (PUBBLICO/PRIVATO NON PROFIT) per la VALUTAZIONE della PRESA in CARICO e per le CONSULENZE OSPEDALIERE e domiciliari

EQUIPE MULTIPROFESSIONALI e MULTIDISCIPLINARI miste pubblico/privato sociale composte da :

- Medico di Medicina Generale del Paziente segnalato (sempre coinvolto telefonicamente)
- 1 medico palliativista dedicato alle Cure Palliative
- 1 Infermiere dedicato alle Cure Palliative
- 1 psicologo dedicato alle Cure Palliative

I professionisti , sulla base dei turni di disponibilità, appartengono a :

- Rete Cure Palliative AUSL (SEMPRE TEAM LEADER, qualunque sia la professionalità coinvolta)
- Fondazione Hospice Seràgnoli
- Fondazione ANT (eventualmente Associazione AIL per i Pazienti ematologici)

Le EQUIPE MULTIPROFESSIONALI e MULTIDISCIPLINARI miste pubblico/ privato sociale hanno il **compito di individuare il setting assistenziale più idoneo** (come previsto dalla Delibera Regionale 560/2015 della RER) rispetto a:

- Ambulatorio di Cure Palliative Precoci.
- Consulenza Specialistica (ospedaliera presso i 9 Ospedali aziendali, **Azienda Ospedaliera S.Orsola Malpighi, IOR**, gli 8 Ospedali Privati Accreditati e residenziale territoriale nel nodo domiciliare dei 6 Distretti e 50 Comuni comprese le CRA ed le RP).
- Assistenza Domiciliare (di Base o Specialistica sulla base dell'attuale complessità clinico-assistenziale).
- Ricovero in Hospice.
- Gestione dell'End of Life (presso la struttura segnalante ospedaliera o residenziale territoriale).

Le EQUIPE MULTIPROFESSIONALI e MULTIDISCIPLINARI miste sono composte dai professionisti che insistono sul territorio di appartenenza del Paziente e che sulla base della valutazione POTREBBERO (alcuni di loro) prendere in carico il paziente per competenza territoriale.

Le stesse EQUIPE MULTIPROFESSIONALI e MULTIDISCIPLINARI miste garantiscono le consulenze di Cure Palliative nel Nodo ospedaliero (i 9 Ospedali aziendali, Azienda Ospedaliera S.Orsola Malpighi, IOR, gli 8 Ospedali Privati Accreditati) **e nel nodo residenziale territoriale** nel nodo domiciliare dei 6 Distretti e 50 Comuni comprese le CRA ed le RP).

Le equipe multidisciplinari saranno 15 (una equipe dedicata ogni 60.000 abitanti) come da modello riorganizzativo territoriale Aziendale (Case della Salute).

Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di Bologna - Collaborazioni ed interventi presso l'Ospedale- Policlinico S.Orsola-Malpighi-
Valutazione stato d'avanzamento
Anno 2017/2018

**AZIONI PREVISTE PER L'ATTIVITÀ DI CURE PALLIATIVE
PRESSO L'OSPEDALE POLICLINICO S. ORSOLA- MALPIGHI**

a. Breve termine (entro I semestre 2017):

- 1) Incontro con i Direttori di Dipartimento e i Direttori di UO per:
 - a) Presentazione dei Risultati della Rete delle Cure Palliative Precoci
 - b) Presentazione del Progetto CONSULENZA MULTIPROFESSIONALI di CURE PALLIATIVE ai Direttori di Dipartimento
 - c) Proposta di formazione del primo livello della Rete delle Cure Palliative ai Direttori di UO di Oncologia, Medicina Interna, Geriatria.
- 2) Organizzazione della 1a edizione del CORSO di FORMAZIONE del PRIMO LIVELLO della RETE delle CURE PALLIATIVE- CURE PALLIATIVE di BASE (1 medico di riferimento, il Coordinatore Infermieristico e/o un diurnista).
- 3) Avvio dell'attività consulenziale di Cure Palliative all'interno di alcune UO (GERIATRIA LUNARDELLI – GERIATRIA CALOGERO - Pneumologia NAVA): martedì pomeriggio 14.00 alle 18.00)

b. Medio termine (entro II semestre 2017) :

- 4) Organizzazione della 2a edizione del CORSO di FORMAZIONE del PRIMO LIVELLO della RETE delle CURE PALLIATIVE- CURE PALLIATIVE di BASE
- 5) Implementazione attività consulenziale di Cure Palliative all'interno di UO di Oncologia, Ematologia, Medicina Interna (martedì dalle 9.00 alle 14.00)
- 6) Organizzazione dell'attività ambulatoriale di Cure Palliative Precoci all'interno del Policlinico S.Orsola- Malpighi

c. Lungo termine (entro I semestre 2018) :

- 6) Incontro congiunto AUSL e AOSP per :
 - a) verifica dell'andamento del progetto
 - b) valutazione di azioni di miglioramento
 - c) pianificazione di eventuali modifiche
- 7) Organizzazione dell'attività ambulatoriale di Cure Palliative Precoci all'interno del Policlinico S.Orsola- Malpighi
- 8) Organizzazione della 3a edizione del CORSO di FORMAZIONE del PRIMO LIVELLO della RETE delle CURE PALLIATIVE- CURE PALLIATIVE di BASE
- 9) Implementazione attività consulenziale di Cure Palliative all'interno di UO di Chirurgia.

d. A regime (2018-2019) :

- 8) Incontri semestrali congiunti AUSL e AOSP per:
 - a) verifica dell'andamento del progetto
 - b) valutazione di azioni di miglioramento
 - c) pianificazione di eventuali modifiche
- 9) Attività consulenziale di Cure Palliative 3 volte / settimana
- 10) Attività ambulatoriale di Cure Palliative 3 volte / settimana
- 11) 2 Edizioni annuali del CORSO di FORMAZIONE del PRIMO LIVELLO della RETE delle CURE PALLIATIVE- CURE PALLIATIVE di BASE e 1 Edizione annuale del CORSO di APPROFONDIMENTO in CURE PALLIATIVE di BASE per i Professionisti che avevano partecipato al CURE PALLIATIVE di BASE.

Dal 2019 (a regime di personale medico):

- 10) Collaborazione nell'ambito del Progetto REPERIBILITA' TELEFONICA di CURE PALLIATIVE e COLLABORAZIONE con 118 per ridurre gli Accessi al PS (vedi allegato).

DA FARE :

- 1) **Definizione di ambulatori e punti incontro presso Policlinico S.Orsola Malpighi (SPAZIO UNICO RETE CURE PALLIATIVE E ASSOCIAZIONI NO PROFIT) e Permessi di parcheggio**
- 2) **Altre 2 edizioni del Corso di Cure Palliative di Primo livello**

3) DEFINIZIONE del PDTA CURE PALLIATIVE NON ONCOLOGICI INTERAZIENDALE

PRIMO INCONTRO con Dottor NAVA e Dottor DESCOVICH in data 3/11/2016 : già avviate le prime prime consulenze ma siamo in attesa di migliore definizione sulla base della disponibilità di personale
Prossimo incontro previsto per il 17 maggio 2018

ALLEGATO :

PROPOSTA condivisa con il Direttore del Dipartimento di Emergenza dell'AUSL di Bologna per organizzare l'assistenza 7/7giorni e H24 (Richiesta come obbligatoria per la Rete delle Cure Palliative dalla normativa).

Premessa

L'attività di consulenza telefonica /intervento domiciliare h24 ai pazienti in Assistenza Domiciliare è attiva solo per i pazienti in carico all'ANT(sono 36 i Medici ANT che seguono i pazienti al domicilio nell'Area Bolognese e che si dividono le guardie diurne, notturne e festive), e rappresenta un elemento fortemente condizionante la scelta dei pazienti dei familiari e dei medici.

Considerando i pazienti deceduti per tumore, relativamente agli indicatori di significato negativo N ACCESSI PS durante Ultima TAD prima del decesso e N RICOVERI durante Ultima TAD prima del decesso (dai quali vanno esclusi i ricoveri programmati per l'esecuzione di chemioterapia), la migliore performance è dell'ANT, con 0,2 Media di Accessi PS/ N Deceduti e 0,7 Media del rapporto tutti Ricoveri/ N Deceduti. Le peggiori performance sono riferibili alle TAD alle ADR (2,3 Media tutti Ricoveri/ N Deceduti e 1,3 Media Accessi PS/ N Deceduti), e alle TAD AD Programmata (1,0 Media di Accessi PS/ N Deceduti e 2,2 Media del rapporto tutti Ricoveri/ N Deceduti e alle TAD Infermieristiche continuative (1,2 Media di Accessi PS/ N Deceduti e 2,0 Media del rapporto tutti Ricoveri/ N Deceduti).

Una percentuale di pazienti seguiti dall'ANT chiama comunque il 118 anche se hanno il cellulare di guardia dell'ANT. Pur escludendo i ricoveri programmati (97) per l'esecuzione di chemioterapia, (729 – 97 + 196) 828 Pazienti su 1.017 , pari all'81,4 dei Pazienti seguiti dall'ANT ha un ricovero ospedaliero e/o un accesso al PS durante la presa in carico.

Attualmente tutti i pazienti Oncologici non seguiti dall'ANT chiamano il 118 in caso di necessità.

Tutti i pazienti NON oncologici chiamano il 118 in caso di necessità

SOLUZIONI POSSIBILI:

Organizzare una rete di Intervento 7/7 giorni - H24 in collaborazione con il DIPARTIMENTO di EMERGENZA.

CREARE 2 CIRCUITI DI REPERIBILITÀ

Reperibilità telefonica per consigli telefonici ai pazienti, ai familiari

1: CIRCUITO di REPERIBILITA' 1 .

Reperibilità telefonica per i Pazienti in Cure Palliative Precoci Ambulatoriali:

cellulare a disposizione della persona malata e della famiglia per consigli telefonici e urgenze.

La persona malata e la famiglia chiamano il Medico Reperibile al Cellulare REPERIBILITA' RETE CP: il Medico Reperibile , che attraverso un PC collegato con VPN ai Sistemi aziendali, valuta alla luce anche della scheda clinica del paziente, le indicazioni terapeutiche e consiglia la terapia che il familiare può attuare.

Solo nel caso sia necessario l'intervento del 118, il Medico Reperibile chiama direttamente il 118 e comunica con l'operatore per concordare: Infermiere, auto medica o autoambulanza per trasferimento in PS. Contestualmente il Medico Reperibile in Cure Palliative invia via mail alla Centrale del 118 : a)esito della telefonata, b)decisioni prese e c)prescrizioni terapeutiche. L'operatore che interviene contatta telefonicamente il medico Reperibile di Cure Palliative al Cellulare REPERIBILITA' RETE CP.

2: CIRCUITO di REPERIBILITA' 2 .

Reperibilità telefonica per i Pazienti in Cure Palliative Domiciliari:

I telefoni (il telefono dell'abitazione e 1 cellulare) di riferimento della persona malata e del care giver vengono segnalati alla Centrale operativa del 118 come PAZIENTI CURE PALLIATIVE.

2A) La persona malata e la famiglia chiamano il Medico Reperibile al Cellulare REPERIBILITA' RETE CP: il Medico Reperibile , che attraverso un PC collegato con VPN ai Sistemi aziendali, valuta alla luce anche della scheda clinica del paziente, le indicazioni terapeutiche e consiglia la terapia che il familiare può attuare.

Solo nel caso sia necessario l'intervento del 118, il Medico Reperibile chiama direttamente il 118 e comunica

Anno 2017/2018

con l'operatore per concordare: Infermiere, auto medica o autoambulanza per trasferimento in PS. Contestualmente il Medico Reperibile in Cure Palliative invia via mail alla Centrale del 118 : a)esito della telefonata, b)decisioni prese e c)prescrizioni terapeutiche. L'operatore che interviene contatta telefonicamente il medico Reperibile di Cure Palliative al Cellulare REPERIBILITA' RETE CP.

2B) La persona malata e la famiglia chiamano il 118 .

Il 118 identifica il numero segnalato come CURE PALLIATIVE. Risponde al numero chiamante e se si conferma che la chiamata avviene da quel numero per il Malato in Cure Palliative, il 118 contatta il Medico Reperibile e passa la telefonata e segue il circuito 2A.

L'Operatore del 118 che interviene al domicilio per una chiamata per un paziente non conosciuto dalla Rete delle Cure Palliative, ma potenzialmente (dopo avere parlato con la famiglia) da approccio in Cure Palliative, segnala il Paziente e la famiglia alla Rete delle Cure Palliative per eventuale successiva presa in carico.

STATO d'AVANZAMENTO del progetto al 31 gennaio 2018

9 febbraio 2017 :

INCONTRO delle Direzioni Generali e Direzioni Sanitarie dell'AUSL di Bologna e dell'AOU Policlinico S.Orsola-Malpighi - presenti Danila Valenti, Responsabile della Rete delle Cure Palliative e Maria Luisa De Luca, Responsabile del Dipartimento di Cure Primarie

23 giugno 2017 :

INCONTRO con Direzioni Sanitarie dell'AUSL di Bologna e dell'Ospedale Policlinico S.Orsola - presenti Danila Valenti e Fabrizio Moggia , Responsabili Medico e DATER della Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di Bologna con:

i Direttori di Medicina Interna ,Geriatrica, Oncologia,Ematologia, e ai Coordinatori Infermieristici dell'AOU Policlinico S.Orsola-Malpighi

Primo confronto e Presentazione del Progetto

29 agosto 2017 :

Inizio delle **attività consenziali presso l'AOU Policlinico S.Orsola-Malpighi, nella giornata di MARTEDI'** per la valutazione multidisciplinare e multiprofessionale di cure palliative, sentito in precedenza il MMG di riferimento (che talora ha anche partecipato personalmente alla consulenza) con la partecipazione delle Fondazioni Hospice Seragnoli ed ANT, sempre con la componente medico ed infermieristica della nostra AUSL come team leader

CONSULENZE al 31 dicembre 2017: Sono stati valutati un totale di 40 Pazienti presi in carico provenienti prevalentemente dalle aree mediche ed oncologiche come da figura di seguito riportata.

In tutti i casi era stato organizzato con i familiari di riferimento un colloquio al quale partecipavano tutti i professionisti coinvolti

L'attività consisteva in :

- contatto il giorno precedente alla consulenza con l'MMG di riferimento
- contatto il giorno precedente con la famiglia per organizzare l'incontro
- colloquio con la persona malata
- colloquio con la famiglia
- valutazione multidisciplinare e multiprofessionale di cure palliative relativamente al setting assistenziale più appropriato al momento
- valutazione multidisciplinare e multiprofessionale di cure palliative relativamente al percorso successivo

- consulenza al letto del malato relativamente agli aspetti clinici per la valutazione e il trattamento dei sintomi disturbanti
- organizzazione per il trasferimento nel setting assistenziale valutato appropriato e possibile
- allineamento delle informazioni fra tutti gli i professionisti coinvolti
- presa in carico da parte dei diversi professionisti della Rete Cure Palliative
- aggiornamento periodico dell'avanzamento del percorso a tutti gli i professionisti coinvolti

31 ottobre 2017

Inizio del percorso formativo in Cure Palliative (medico Responsabile: Dottoressa Taglioni) del personale medico ed infermieristico delle aree mediche e geriatriche del Policlinico Sant'Orsola con l'organizzazione e la docenza del personale medico ed infermieristico della nostra USL oltre alla partecipazione delle Fondazioni Hospice Seragnoli ed ANT.

Sono state organizzate e svolte due edizioni da 12 ore totali, in 3 giorni, rivolte a 25 professionisti individuati dalla direzione del Policlinico che saranno i facilitatori della rete di cure palliative, come il modello applicato all'interno dell'AUSL di Bologna

- Incontri Preliminari al S.Orsola per l'organizzazione del Corso:

27 settembre 2017 e 17 ottobre 2017

CORSO di FORMAZIONE:

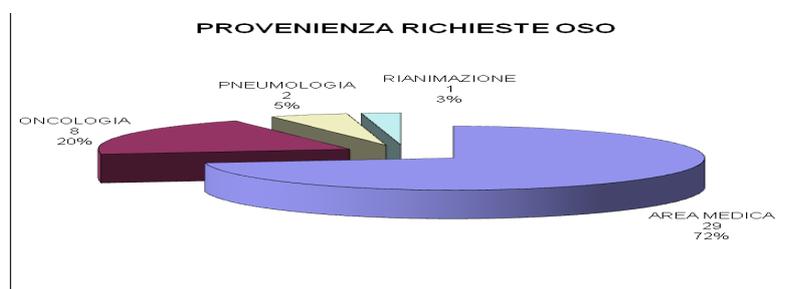
1° EDIZIONE: 31 ottobre ; 7 novembre e 21 novembre 2017

2° EDIZIONE: 28 novembre 2017 ; 5 dicembre 2017 e 19 dicembre 2017

ATTIVITA' di valutazione MPMD/Consulenziale c/o AOU S.Orsola- Malpighi 2017 (terzo quadrimestre)

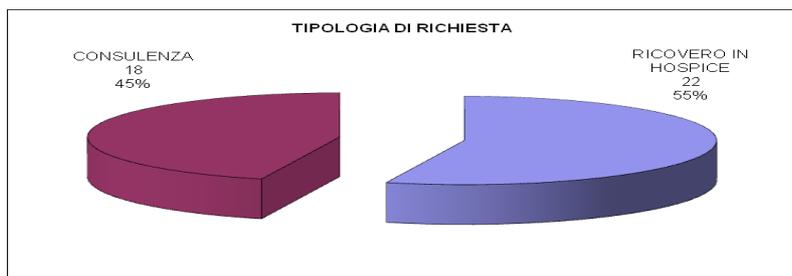
TOTALE CONSULENZE : 40

PROVENIENZA	
AREA MEDICA	29
ONCOLOGIA	8
PNEUMOLOGIA	2
RIANIMAZIONE	1
TOTALE	40



TIPO di RICHIESTA iniziale

RICOVERO	22
CONSULENZA	18



EVOLUZIONE della TIPOLOGIA di RICHIESTA iniziale

RICOVERO HOSPICE	5	8	3	6
CONSULENZE	1	5	6	6
	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE

ESITO VALUTAZIONE MPMD/ CONSULENZA

deceduto prima della visita	1
deceduti in reparto (EoL)	Cure di fine vita 4
Attivazione ADI3	2
Attivazione ANT	6
Attivazione AIL	1
Trasf. in HOSPICE	24
Trasf. In LUNGODEGENZA	1
PRESA IN CARICO SOCIALE	1

Situazione al 31/12/2017	
deceduti	31
viventi	9

Luogo del decesso	
domicilio	3
hospice	23
ospedale EoL	5

2018 (Primo trimestre)

TIPO di RICHIESTA iniziale

RICOVERO IN HOSPICE	3
COLLOQUI	2
CONSULENZA	27

ESITO VALUTAZIONE MPMD/ CONSULENZA

deceduto prima della visita	0
deceduti in reparto (EoL)	Cure di fine vita 5
ADI3	4
ANT	6
AIL	0
Trasf. in HOSPICE	9
Trasf. In LUNGODEGENZA	2
PRESA IN CARICO SOCIALE	0

Situazione al 31/03/2018	
deceduti	14
viventi	18

Luogo del decesso	
domicilio	0
hospice	7
ospedale EoL	7

Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di Bologna - Collaborazioni ed interventi presso l'Ospedale- Policlinico S.Orsola-Malpighi-
Valutazione stato d'avanzamento
Anno 2017/2018