

Cure palliative e Distretti

Lo sviluppo delle Cure palliative
nella spinta del DM 77:
riflessioni per l'applicazione
di un modello sostenibile

Dr. Massimo Melo

U.O.M. Cure palliative - APSS Trento

Coordinatore SICP

Regione Trentino Alto Adige

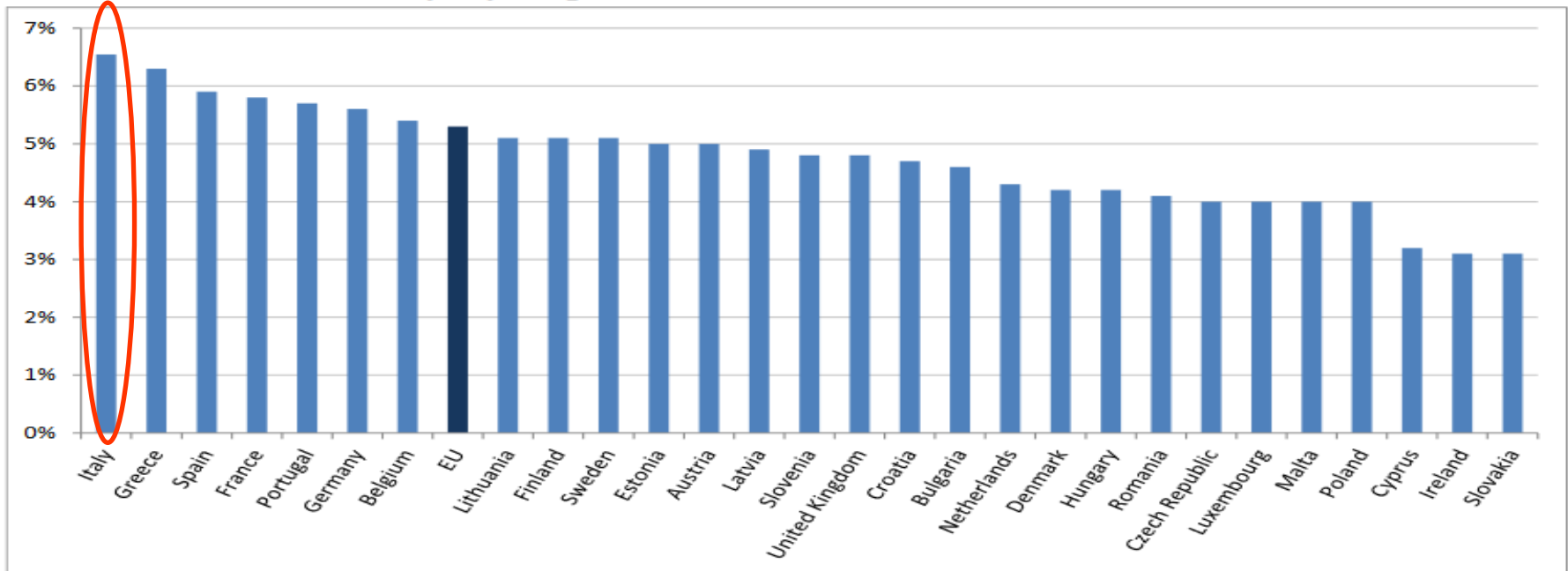
Il territorio è portatore dell'elevato carico di fragilità di frange della popolazione, che oltre ad essere clinica, riassume anche fattori sociali, come l'elevata numerosità di anziani/anziani soli, soggetti fragili, famiglie basso reddito/monoreddito, stati di povertà

L'aumento della popolazione anziana

1/1/2015: 4 milioni di persone (6,5%)

avevano compiuto almeno 80 anni

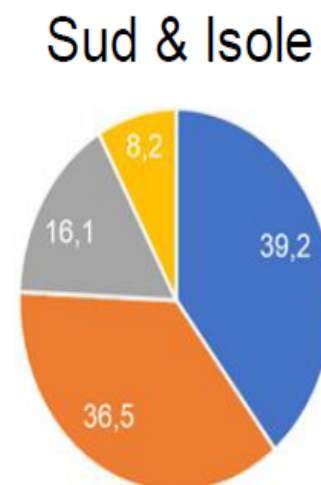
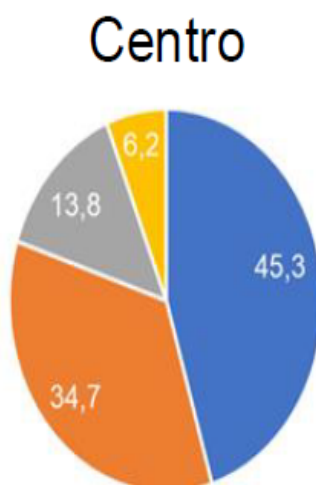
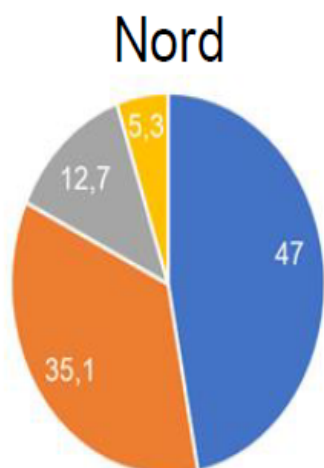
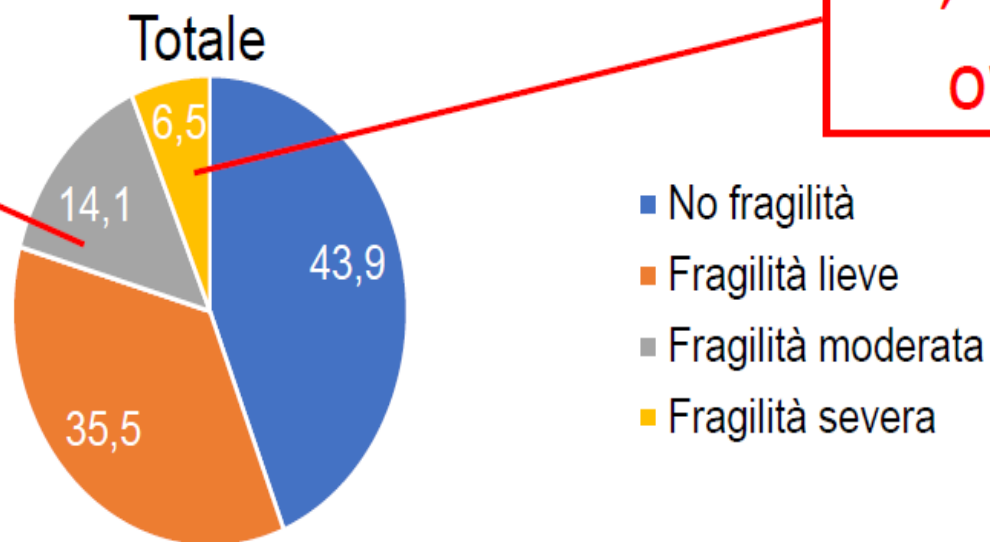
Share of people aged 80 or over in the EU Member States, 2015



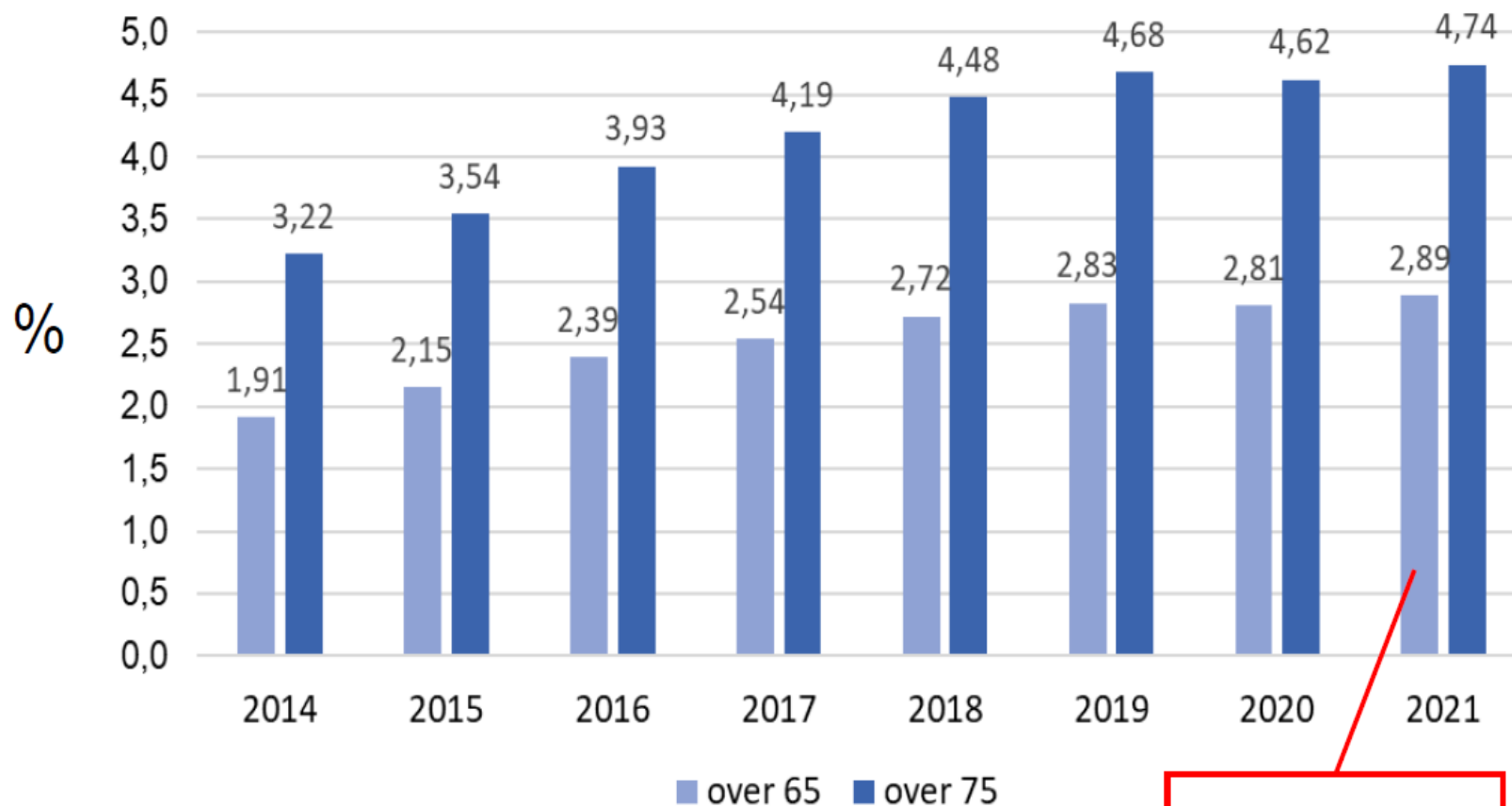
Quanti sono i fragili over 60?

1,2 milioni
over 60

2,6 milioni
over 60



Assistiti in ADI over 65 (2014-2021)



403.002

esia Davide L.Vetrano Italia
eva 2021

SCENARIO

CONTESTO



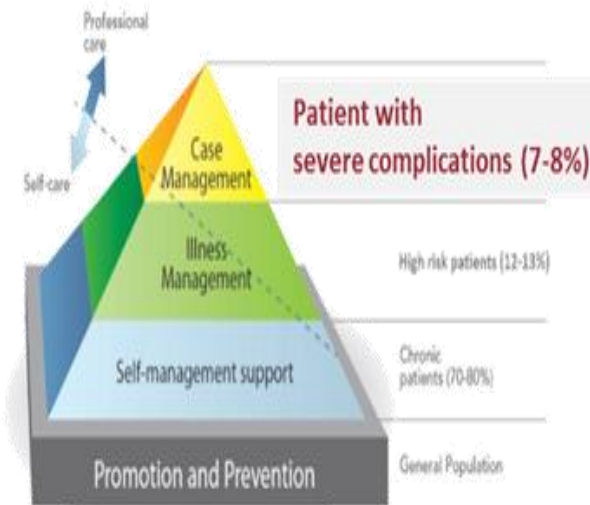
«L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che coinvolgerà sempre più nazioni, non solo del mondo sviluppato».

La **transizione demografica ed epidemiologica verso la cronicità complessa e avanzata** impongono di rivedere le modalità di organizzazione e governance del sistema di continuità delle cure rivolto a 'coorti' sempre più numerose di malati fragili.

- invecchiamento
- famiglie unipersonali
- fragilità
- patologie croniche evolutive
- instabilità clinica
- bisogni sanitari e psicosociali

Medicina della
complessità

STRATEGIE



PIRAMIDE DELLA COMPLESSITÀ e CRONICITÀ (Kaiser)

- ✓ OMS – Organizzazione mondiale per la salute
- ✓ Patto per la salute
- ✓ Piano nazionale cronicità e piano nazionale prevenzione
- ✓ Patto della sanità digitale
- ✓ DPCM 12 gennaio 2017 LEA – art. 21 percorsi integrati
- ✓ Decreto rilancio DL. 34/2020 convertito nella L. 77/2020
- ✓ Piano nazionale ripresa e resilienza Missione 6 Salute

Take Home Message

1. Viviamo in un'epoca di importanti e rapidi cambiamenti demografici, sociali ed epidemiologici
2. La presa in carico degli anziani fragili è ampiamente sottodimensionata rispetto al bisogno
3. I sistemi sanitari e sociali hanno compreso la sfida: si stanno elaborando strategie e programmi di ampio respiro, che coinvolgono tutti gli stakeholders
4. L'attuazione di risposte pratiche non sarà certamente rapida
5. Quello che possiamo intanto fare: *riorganizzare rapidamente sul territorio il sistema delle cure e dell'assistenza in risposta alle nuove sfide, in armonia con la programmazione nazionale e provinciale*

..... e per esempio, come?

“...sarebbe necessario **ridisegnare** profondamente la geografia dei servizi, ridefinendo le modalità di erogazione degli stessi, sistematizzando **modelli assistenziali** basati sulla **logica della ‘presa in carico’ del paziente**...implementando soluzioni per garantire **l’integrazione ospedale-territorio**, sia di tipo strutturale sia di tipo funzionale...”

WALTER RICCIARDI VINCENZO ATELLA
CLAUDIO CRICELLI FEDERICO SERRA

LA TEMPESTA PERFETTA

IL POSSIBILE NAUFRAGIO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE:
COME EVITARLO?



VITA E PENSIERO

RICERCHE
ECONOMIA

CAMBIARE PASSO

- invecchiamento
- famiglie unipersonali
- fragilità
- patologie croniche evolutive
- instabilità clinica
- bisogni sanitari e psicosociali

Medicina della
complessità

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

#NEXTGENERATIONITALIA

Italia
domani

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

- Bisogno monitorato e valutato

CARE MANAGEMENT

- Coordinare le risposte assistenziali

COOPERAZIONE

- Responsabilizzazione di tutte le professionalità

SISTEMA A "RETE"

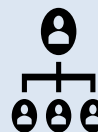
- Capace di coinvolgere tutti gli stakeholder

TECNOLOGIA

- Continuità informazionale e gestionale



nuove modalità di allocazione delle risorse



nuove modalità organizzative e di
caratterizzazione del sistema cure domiciliari
UCP DOM –ADI COMPLESSA –IFEC

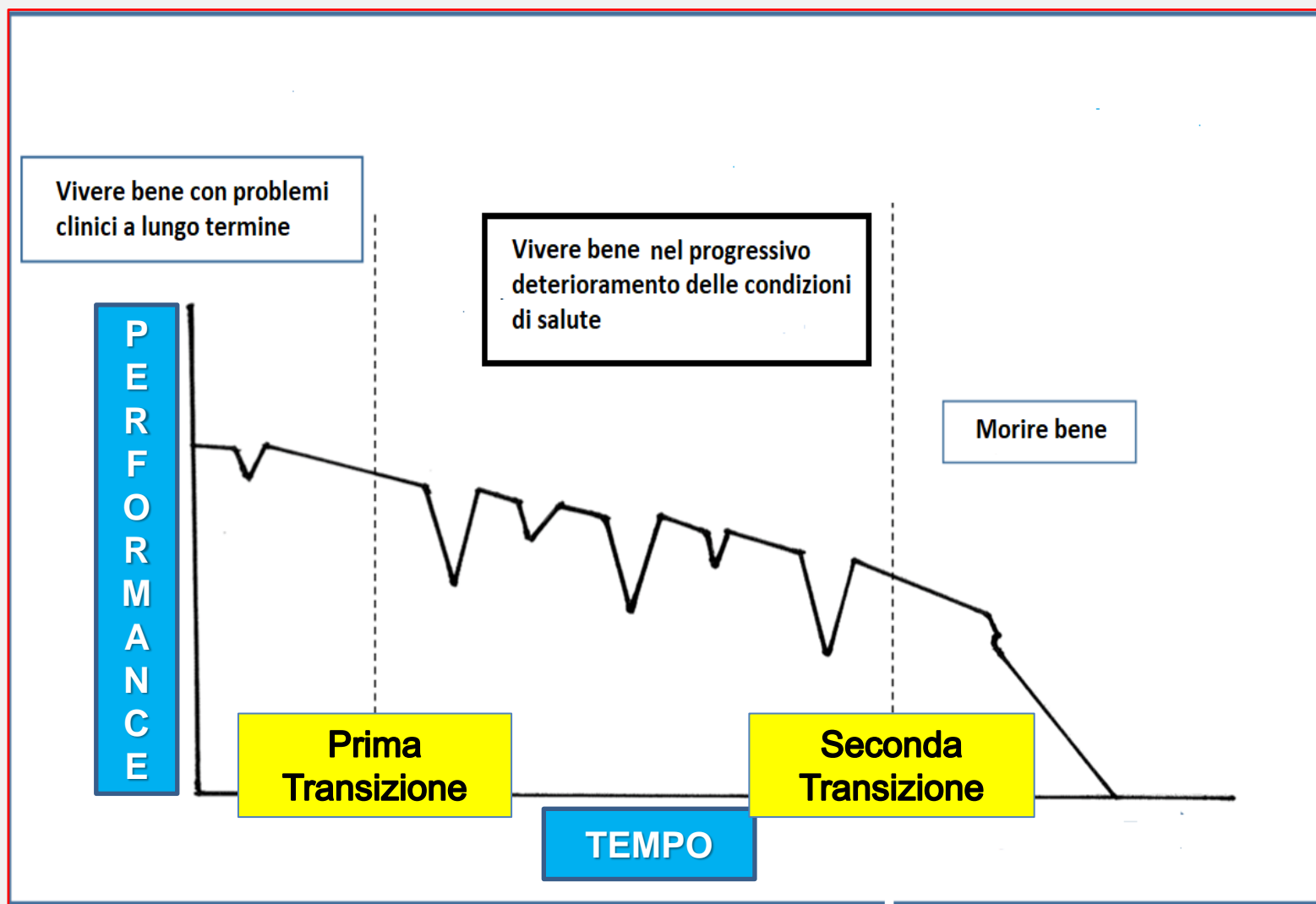


nuove competenze professionali e nuovi
strumenti di VMD in grado di produrre indici
sintetici di misura della fragilità e della
prognosi



tecno-assistenza

ANTICIPARE LA PIANIFICAZIONE DELLE CURE NELLE FRAGILITA'





Dalla logica attuale di intervento
sui problemi dell'oggi
(e sempre con impegno e devozione)

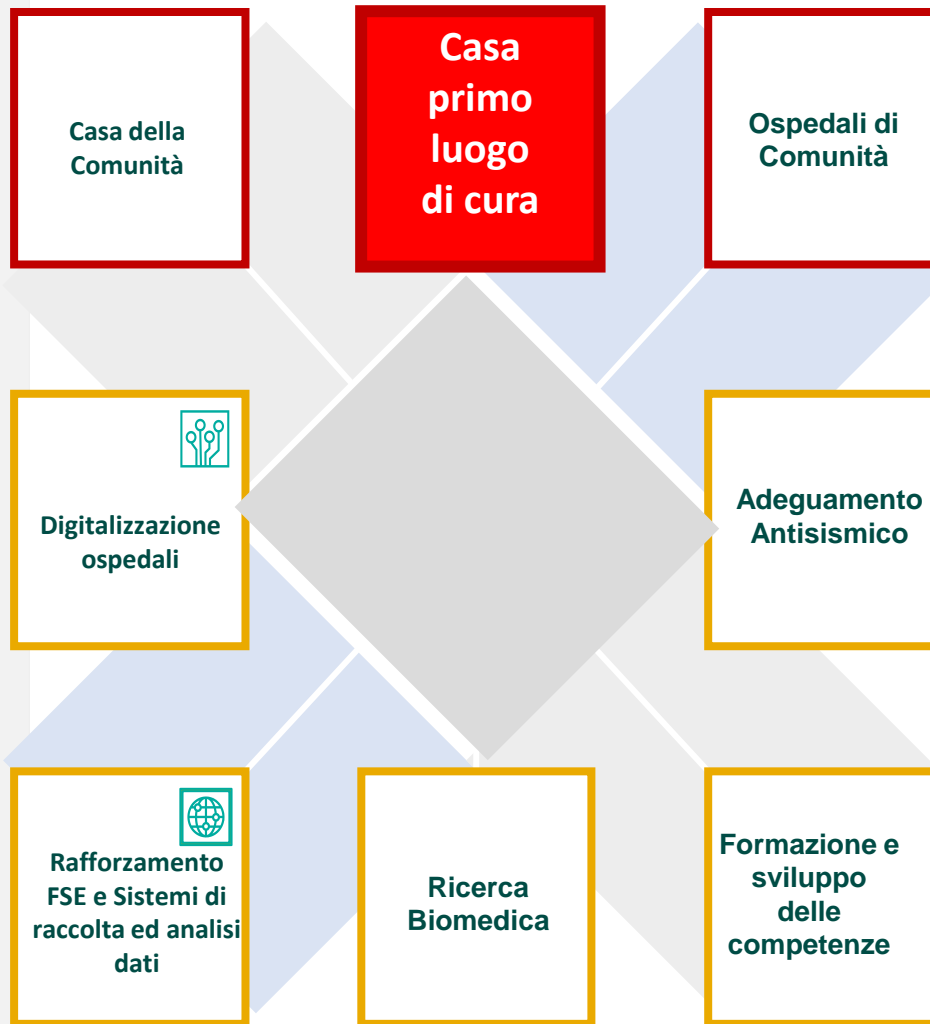
..... alla logica di intervento
sulla complessità che apparirà lungo il percorso!



..... dove?

la casa è il primo luogo di cura

MISSIONE 6 SALUTE



« **M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE** »

E si potrebbe...

- Passare da una logica prestazionale a quella di una presa in carico della persona
- Rafforzare e dare specifica attenzione all'ADI post-acuta e complessa
- Sviluppare forme di integrazione con gli ambiti sociali per dare una risposta personalizzata e unitaria
- Diversificare le forme delle cure
- Qualificare e caratterizzare le cure a garanzia della qualità e dell'equità di accesso

COMPONENT 1

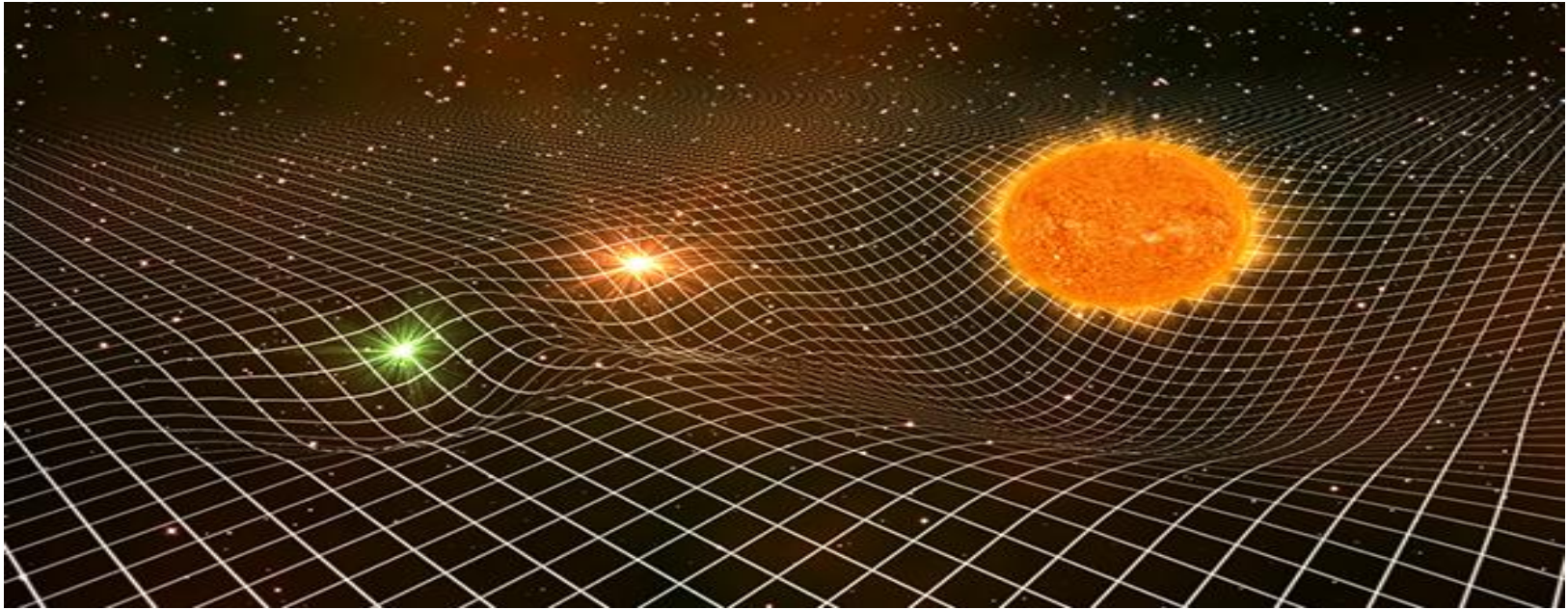
COMPONENT 2



Il DM 77 : possibilità di agire!

L'interfaccia della RLCP con gli altri processi di cura e i processi organizzativi aziendali come possibilità di promozione delle attività di cura ed assistenza sul territorio

Il DM 77: cos'è la RLCP?



La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle **attività** di CP erogate nei diversi setting assistenziali in un territorio (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice)

..... ma attività svolte come?

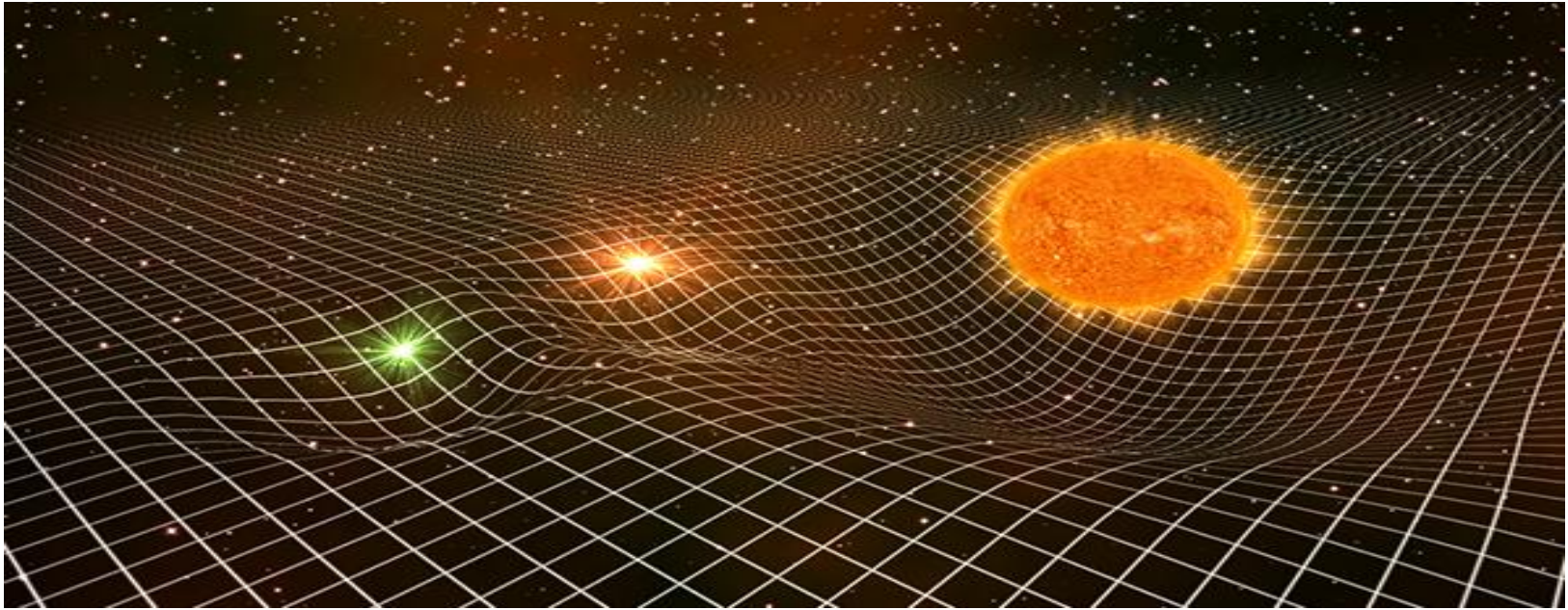
Il modello di clinical governance proposto dalla Rete di cure palliative è basato su quattro passaggi:

- identificazione precoce
- valutazione multidimensionale
- pianificazione delle cure
- condivisione e integrazione delle informazioni

→ **COMPETENZA !!!**



Il DM 77: dimensione della RLCP



RLCP: dimensione aziendale

Al suo interno, 1 UCP-DOM / 100.000 abitanti

Specificità e punti di forza della RLCP

- La RLCP è un modello *nativo* di assistenza di prossimità per cittadini con problemi complessi di salute, collaudato da esperienza almeno ultraventennale
- Il valore aggiunto della rete di CP è l'unicità del progetto di cura e la transmuralità delle azioni di cura (domicilio, hospice, RSA, ospedale, Cure intermedie), realizzata in tutto l'ambito territoriale
- Il valore aggiunto portato sul territorio della RLCP consta essenzialmente nell'erogazione di percorsi di cura ben strutturati per pazienti complessi
- Il know-how della rete si è sviluppato attraverso anni di esperienze cliniche ed organizzative che hanno portato alla ricomposizione ordinata di servizi aziendali in funzione della copertura completa dei bisogni di cura ed assistenza dei pazienti complessi, caratterizzata da elevati livelli di intensità delle cure

QUALE KNOW-HOW POSSIAMO DIFFONDERE?



- Il modello di governance
- Il modello del lavoro d'équipe multiprofessionale e multidisciplinare
- L'estensione transmurale delle attività
- Il livello di competenza sui casi complessi
- Il tipo di Output: Piani Assistenziali e non somma di prestazioni
- Il coinvolgimento del paziente: consenso informato e pianificazione condivisa delle cure
- La cornice giuridica e la etico-deontologica

L'esperienza della RLCP può essere volano per conseguire gli obiettivi strategici del DM 77

- Clinici
- Organizzativi
- Di interfaccia con il sociale, sia ULSS che dei comuni

Il DM 77 prevede l'interfaccia fra RLCP e altri servizi / strutture

Separazione per specificità:

Unità di offerta di CP vs Unità di offerta ADI

Mandato organizzativo "di sistema":

..... in considerazione delle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali → implementare e rafforzare l'approccio alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale

Mandato della RLCP:

..... coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la COT, i PUA, l'ADI e l'Assistenza Primaria

Il DM 77 “aiuta l’interfaccia” dimensionando omogeneamente servizi e strutture

Bacino utenza 100.000 ab:

- 1 Distretto
- 1 UCP Domiciliare
- 1 Ospedale di Comunità
- 1 COT

→ si evince il disegno di promuovere l’integrazione

Ambito di miglioramento:

Progettare reti che possano erogare cure ed assistenza in territori aziendali compositi per orografia, allocando le risorse a seconda delle difficoltà logistiche e mantenendo nel contempo l’unitarietà della rete, con garanzia di continuità nell’assistenza dei pazienti

UCP “di pianura” vs UCP “rurali”

Il DM 77 conferma la definizione della RLCP della L. 38/2010 ma definisce meglio!

La rete delle cure palliative:

- Servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare
- Luoghi: ospedale (consulenza nelle U.O.), ambulatorio, domicilio, hospice

Target: il DM 77 "RIBADISCE"!

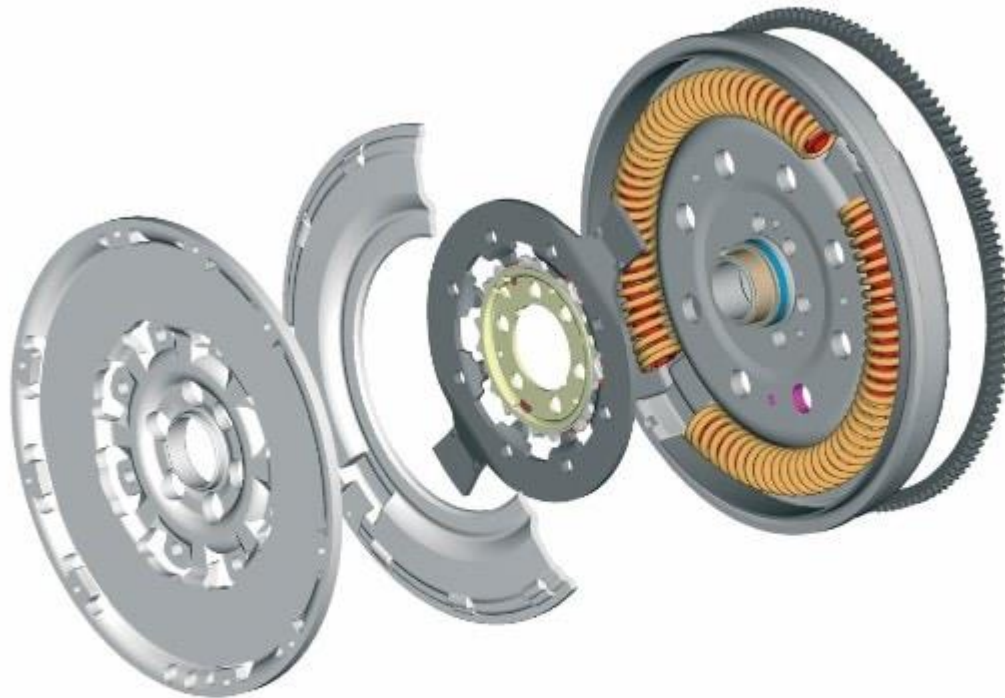
- Malati di qualunque età
 - Non solo in fase terminale
 - Si affiancano alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale
- presa in carico precoce di malattia: prevenire / attenuare il declino funzionale della persona e i suoi effetti sulla qualità della vita
- viene introdotto il concetto di graduazione delle cure secondo la traiettoria di malattia

Ambito di miglioramento

Criteri per allocare le risorse:

1. Dimensionare il personale per attivare cure palliative precoci per ciascuna classe nosologica
2. Flessibilità organizzativa per:
 - Seguire le variazioni dell'intensità assistenziale
 - Coprire i territori rurali /montani

RLCP come volano per lo sviluppo dell'assistenza territoriale: ma esattamente, come?



L'integrazione della RLCP nei processi di cura
e nei processi organizzativi aziendali

→ completamento di altri servizi / percorsi

RLCP integrata nei processi di cura e
nei processi organizzativi aziendali
→ implementazione di altri servizi/percorsi

Concetto: trasferire / utilizzare il Know-how di un modello *nativo* di assistenza di prossimità

→ ciascuna rete/organizzazione neoformata beneficia di sistemi di intervento ben rodati:

- Trasferimento del modello del lavoro in équipe multidisciplinare-multiprofessionale della RLCP ad altre nascenti reti (esempio: rete geriatrica territoriale), prevedendo anche l'integrazione funzionale fra queste (esempio: passaggio protetto fra livelli assistenziali del paziente anziano ADI 2°-3° livello e Cure palliative, con garanzia della continuità assistenziale)
- La pratica della segnalazione centralizzata al PUA mediante strumenti informatici e la successiva identificazione e determinazione del livello di complessità dei pazienti con strumenti strutturati e validati, effettuata dall'interazione fra Cdp del territorio e Cdp dell'ospedale

RLCP integrata nei processi di cura e
nei processi organizzativi aziendali
→ implementazione di altri servizi/percorsi

Concetto: trasferire / utilizzare il Know-how di un modello *nativo* di assistenza di prossimità

→ ciascuna rete/organizzazione neoformata beneficia di canali di attivazione ben rodati):

- La pratica del coinvolgimento transmurale di risorse multidisciplinari-multiprofessionali ospedaliere per la soluzione di problemi complessi
- L'attivazione di percorsi protetti di accesso ai servizi aziendali (radiologia, ambulatorio cardiologia, pneumologia, nefrologia, urologia, psichiatria, etc)
- L'attivazione tempestiva dei servizi sociali per la presa in carico dei problemi specifici (interventi sostegno al reddito, abitazione inadeguata alle cure domiciliari , reperimento di assistenti domiciliari)
- L'attivazione di PDTA per classe nosologica

L'integrazione dell'attività nei luoghi di cura
→ implementazione di altri servizi/percorsi

..... la rete, nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

A domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7.

Tale *équipe* può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'équipe dell'assistenza domiciliare integrata;

L'integrazione dell'attività nei luoghi di cura
→ implementazione di altri servizi/percorsi

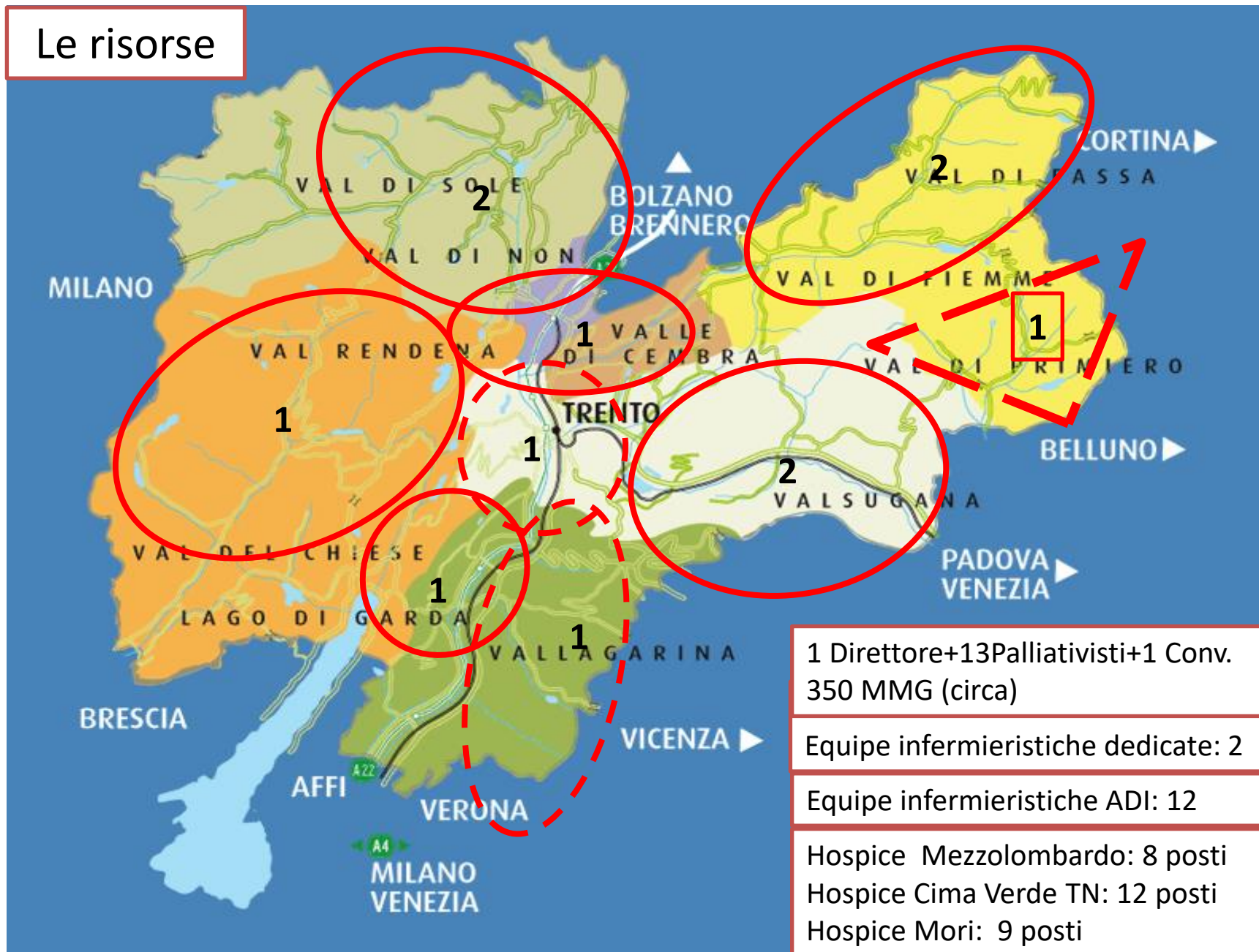
Criticità / Miglioramento

Il testo raccoglie e vuole superare l'importante **criticità** rappresentata dalla difficoltà di organizzare nuove équipe dedicate a fianco delle équipe infermieristiche ADI, stante la carenza di personale e la frammentazione di tali équipe nei territori orograficamente penalizzati

QUALE SOLUZIONE?

..... In provincia Autonoma di Trento

Le risorse



L'integrazione dell'attività nei luoghi di cura
→ implementazione di altri servizi/percorsi

Criticità / Miglioramento

Il territorio della PAT di Trento ben rappresenta questa situazione con équipe di cure palliative dedicate nei soli ambiti metropolitani di Trento e Rovereto.

Per superare questa criticità le équipe infermieristiche ADI dei territori periferici sono state oggetto di formazione specifica in cure palliative, allo scopo di innalzare il livello di competenza medio di ciascun professionista e **parallelamente** è stato implementato un sistema di valutazione delle competenze infermieristiche, il *Care competence*, che permette ai coordinatori infermieristici di allocare le risorse a seconda del grado di professionalità acquisita e della complessità del caso

L'integrazione dell'attività nei luoghi di cura
→ implementazione di altri servizi/percorsi

..... la rete, nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

Nell'ambito ambulatoriale, dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP;

L'integrazione dell'attività nei luoghi di cura
→ implementazione di altri servizi/percorsi

Criticità / Miglioramento

Ambulatori di cure palliative precoci e simultanee: *DOVE?*

In prossimità dei luoghi delle cure specifiche → Ospedale

In prossimità dei luoghi di vita → Case di Comunità (?)

.....e tramite queste integrato nelle altre attività offerte dalla cure primarie in tale sede

Esempio: prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali [ecografia-ecodopler, esami POCT, altre visite specialistiche, consulenza psicologica o l'attivazione di percorsi di sostegno a livello sociale)

L'integrazione dell'attività nei luoghi di cura
→ implementazione di altri servizi/percorsi

..... la rete, nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

Nell'ambito di **strutture di degenza ospedaliera**, attraverso équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;

..... quale messaggio?

- Il PNRR e il DM 77 sono occasioni da non sprecare, se vogliamo finalmente riformare la sanità territoriale
- Per riorganizzare TUTTI i modelli assistenziali ad una logica della presa in carico, viene facile partire da ciò che già c'è
- e la diffusione dell'esperienza della RLCP può veramente essere il volano del cambiamento

Grazie per l'attenzione

massimo.melo@apss.tn.it

