

FOCUS CURE PALLIATIVE

Programmi e sfide per una erogazione uniforme delle cure palliative sul territorio nazionale

Gianlorenzo Scaccabarozzi

*Presidente Sezione Cure Palliative e Terapia del Dolore, CTS Ministero della Salute
Professore Straordinario in Medicina e Cure Palliative, Università degli Studi di Milano Bicocca*

Giuseppe Bellelli

*Direttore S.C. Geriatria IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza
Professore Ordinario di Geriatria, Università degli Studi Milano Bicocca*

Paolo Favini

Direttore Generale, ASST Lecco

Roma, 12 luglio 2023

LONG TERM CARE EIGHT



Fondazione IRCCS
San Gerardo dei Tintori



OMS 2002

“la cura attiva globale di malati la cui patologia **non risponde più** a trattamenti volti alla guarigione o al controllo dell’evoluzione delle malattie (medicina curativa). Il controllo del **dolore**, di 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 **malati** e le loro **famiglie**”

Legge n° 38 del 15-03-2010

le cure palliative: “l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona **malata** sia al suo **nucleo familiare**, finalizzati alla **cura attiva e totale** dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da **un’inarrestabile evoluzione** e da una prognosi infausta, **non risponde più** a trattamenti specifici”

IL DIRITTO ALLE CURE PALLIATIVE



La legge 219/2017

RICHIAMA LA CULTURA DELLE CURE PALLIATIVE E NE PRESUPPONE IL DIRITTO ALL’ACCESSO

- Disposizioni anticipate di trattamento
- Pianificazione condivisa delle cure
- Consenso informato



DM 77 22-6-2022

“La **Rete delle cure palliative** è costituita da **servizi e strutture** in grado di garantire la presa in carico globale dell’assistito e del suo nucleo familiare, in ambito **ospedaliero**, (con l’attività i **consulenza** nelle U.O.), **ambulatoriale, domiciliare e in hospice**.”



Le cure palliative sono rivolte a malati di **qualunque età** e **non sono prerogativa della fase terminale** della malattia.

IAHPC 2019

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

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

Missione 6

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”



Integration of Palliative Care Into All Serious Illness Care as A Human Right

William E. Rosa, PhD, APRN; Betty R. Ferrell, PhD, RN; Diana J. Mason, PhD, RN

JAMA Health Forum.



JAMA Forum

Integration of Palliative Care Into All Serious Illness Care as A Human Right

William E. Rosa, PhD, APRN; Betty R. Ferrell, PhD, RN; Diana J. Mason, PhD, RN

Deaths from COVID-19 are approaching 600 000 in the US and 3 million worldwide. As intensive care units have reached or exceeded capacity in many hospitals, concerns have grown about the ethical dimensions of rationed care. But many of these focused on who gets a ventilator, rather than how to provide palliative care to those who are seriously ill, including those treated with ventilators and those who may not want or cannot get a ventilator.

Author affiliations and article information are listed at the end of this article.

Early on in the pandemic, clinical leaders at Mount Sinai Medical Center in New York City, New York, realized that although they had a palliative care team, they did not have enough clinicians prepared to lead the crucial conversations with patients and families about end-of-life decision-making and symptom management.¹ There is always a consistent need for the deep expertise of palliative care teams, but COVID-19 has highlighted that every clinician needs knowledge and skills in the fundamentals of palliative care.

Focusing primarily on access to ventilators sets up a mental model that fails to capture the premise of person-centered care. This model frames the rationing decisions in terms of abandoning the patient if the health system and clinicians cannot provide a ventilator. But patient abandonment only occurs if decision-making and care stop at the point of the ventilator. Palliative care is not dependent on life-saving interventions. It may very well include a ventilator, but it is ultimately structured around the individualized wants and needs of the patient. It includes alleviating suffering and managing complex communications, psychosocial dynamics, fluctuating symptom management needs, and spiritual care throughout the dying process.

Every patient treated with a ventilator also needs palliative care. It is not an either-or clinical proposition, but rather a both-and moral imperative.

COVID-19 has accentuated the need for clinicians to have frequent conversations with patients and families about dying. The pandemic has forced many healthy people to confront rapid-onset, life-threatening trajectories of acute illness. Patients are dying without their loved ones, and families are grieving alone. For every person who dies, an average of 9 others are profoundly affected and grieve.² COVID-19 has interrupted the cultural and community practices for coping with death, raising concerns about the pervasiveness of grief and loss associated with the pandemic. This disruption is reflected in the US Centers for Disease Control and Prevention's guidance on coping with grief and loss during the pandemic. Frontline generalist clinicians trained in the fundamentals of palliative care are essential for ensuring appropriate support for families' anticipatory grief prior to a loved one's death, and extending into the bereavement phase, for sharing resources, for coping with loss, and for identifying when complicated grief requires a referral for care.

The mandate for universal access to palliative care preceded COVID-19. In 2014, the World Health Assembly called for the fundamentals of palliative care to be embedded in the care provided by health care systems and integrated into all clinicians' training. The US population is aging, and structural barriers to care (such as systemic racism and disparities in insurance coverage and access to care) increase the burdens of chronic illness. The need for palliative care for those dying from serious illness is expected to increase approximately 87% over the next 4 decades, disproportionately affecting people living in poverty and people older than 70 years, among other groups. Although 72% of US hospitals with 50 beds or more report having a palliative care team, 90% of them are in urban areas, rendering palliative care services out of reach for many in rural

Open Access: This is an open access article distributed under the terms of the CC BY License.

JAMA Health Forum. 2021;2(4):e211096. doi:10.1001/jamahealthforum.2021.0969

April 22, 2021 | 3

Gianlorenzo Scaccabarozzi



Improving Care of People With Serious Medical Illness — An Economic Research Agenda for Palliative Care

Mireille Jacobson, PhD; Peter May, PhD; R. Sean Morrison, MD

JAMA Health Forum.

Viewpoint

Improving Care of People With Serious Medical Illness —An Economic Research Agenda for Palliative Care

Mireille Jacobson, PhD; Peter May, PhD; R. Sean Morrison, MD

In 2019, the US spent nearly \$4 trillion on health care, almost 20% of the overall economy and far more than other high-income nations.^{1,2} The top 10% of spenders, many with serious chronic illness, account for two-thirds of this cost.³ Despite such high spending, many patients with serious illnesses (and their families) experience unmanaged pain and other symptoms, unmet needs, and treatment that is inconsistent with their preferences.^{4,5} Nearly 30% of patients with serious illness report being sent to undergo duplicate tests or diagnostics, 22% feel that hospital staff are unresponsive to their needs, and more than 60% have felt anxious, confused, or helpless when receiving care.⁶ More people are living with serious illness as the population ages, and patients with socioeconomic disadvantages bear the greatest burdens of poor care.⁷

Author affiliations and article information are listed at the end of this article.

Policy makers and the US public are largely aligned on the need to improve care for patients with serious illness while curtailing wasteful spending and easing burdens on family caregivers. By 1 estimate, the value of unpaid US family caregiving for people with serious illness exceeds \$300 billion annually.⁸ Studies to date suggest that palliative care could help increase the value, defined as some combination of better quality and lower costs, of US health care spending. Palliative care, which "attends to the physical, functional, psychological, practical, and spiritual consequences of a serious illness," improves care quality.⁹ However, without robust economic evidence to calculate the value equation, including costs and benefits, the current paradigm of high costs, poor outcomes, and growing inequities will persist for people with serious illnesses.

Research Priorities to Build the Economic Evidence Base in Palliative Care

In 2020, the USC Schaeffer Center for Health Policy & Economics (Los Angeles, California) convened an expert panel to develop a consensus-driven economic research agenda for palliative care. The panel, which included experts in health economics and palliative and geriatric medicine, as well as payers, policy makers, and research funders, noted that current evidence gaps have not occurred incidentally. Substantial challenges to research on palliative care include stakeholder information gaps and variation in delivery models. As a result, to our knowledge, identifying when patients would benefit from specific palliative care interventions, how to measure those benefits, and how benefits vary over time has not been well studied. Our hope is that the research agenda (<https://healthpolicy.usc.edu/evidence-base/improving-care-of-people-with-serious-medical-illness-an-economic-research-agenda-for-palliative-care/>), which includes questions on supply-side, demand-side, and methodological factors (Table), will spur researchers and funders to undertake studies designed to identify the costs and benefits of palliative care.

Supply-side Factors: Payment Policy and Access

Reimbursement policy affects care delivery and patient treatment choices. A better understanding of current payment practices could help identify barriers to high-value palliative care. Medicare is the major US payer of palliative care services. Fee-for-service Medicare, which covers almost 5 in 8 beneficiaries, generally supports palliative care in inpatient settings but not in ambulatory settings, including patients' homes. Some Medicare Advantage plans offer palliative care services, but the lack of uniform quality standards and accreditation requirements contributes to highly variable service

Open Access: This is an open access article distributed under the terms of the CC-BY License.

JAMA Health Forum. 2022;3(7):e274464. doi:10.1001/jamahealthforum.2021.4464

January 28, 2022 | 1/3

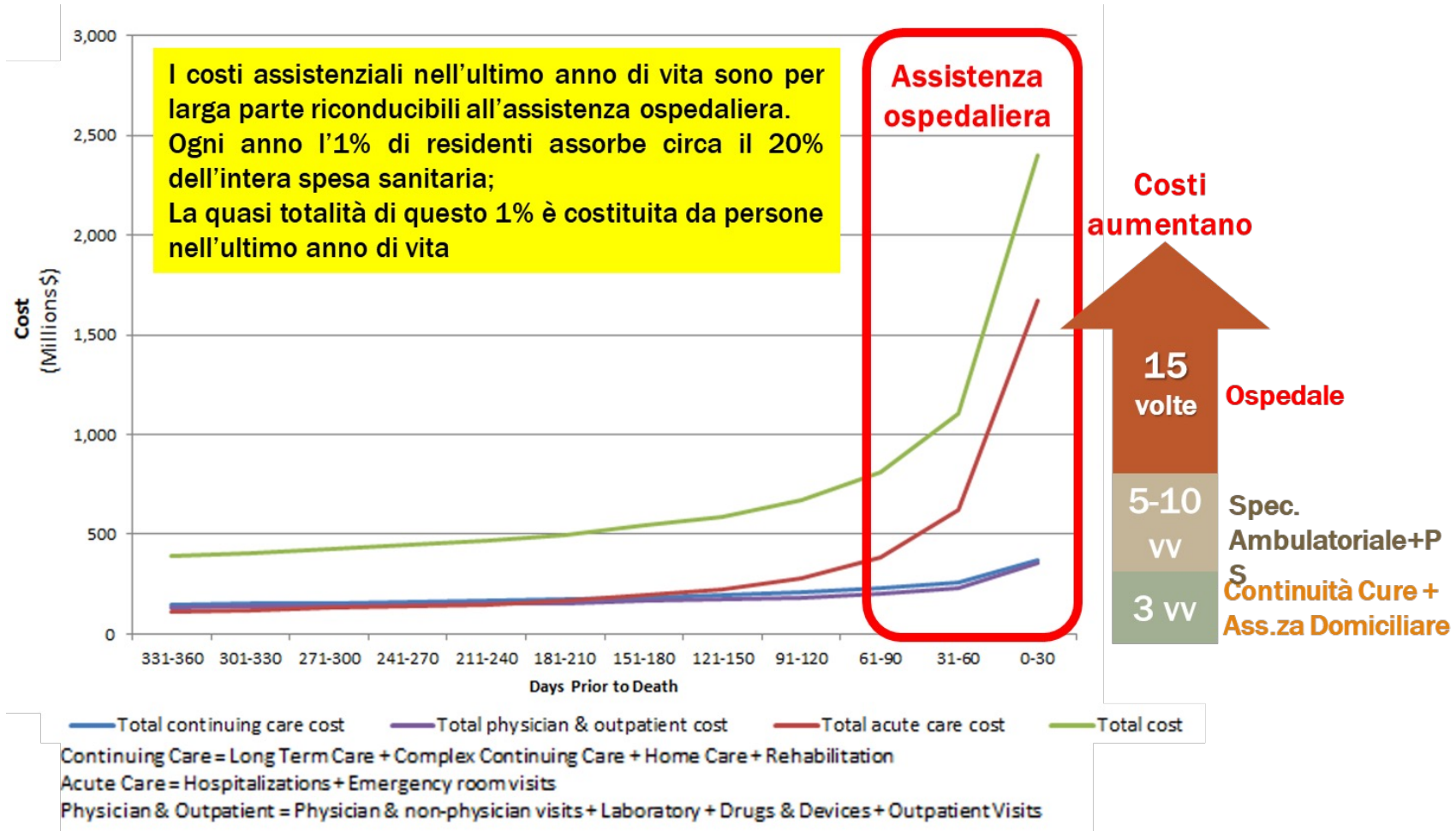
LONG TERM CARE EIGHT



Gianlorenzo Scaccabarozzi

LONG-TERM CARE - STATI GENERALI DELL'ASSISTENZA A LUNGO TERMINE

The real cost of demographic transition



LONG TERM CARE EIGHT



Gianlorenzo Scaccabarozzi

The Lancet Commissions

Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life

Libby Sallnow, Richard Smith, Sam H Ahmedrai, Afsan Bhadelia, Charlotte Chamberlain, Yali Cong, Brett Dobie, Luckson Dullie, Robin Durie, Eric A Finkelstein, Sam Gujran, Melanie Hodson, Betina S Huseba, Allan Kellehear, Celia Kitzinger, Felicia Marie Kraul, Scott A Murray, Julia Neuberger, Seamus O'Mahony, M R Rajagopal, Sarah Russell, Eriko Sase, Katherine E Sleeman, Sheldon Solomon, Ross Taylor, Mpho Tutu van Furth, Katrina Wyatt, on behalf of the Lancet Commission on the Value of Death*

Executive summary

The story of dying in the 21st century is a story of paradox. While many people are overtreated in hospitals with families and communities relegated to the margins, still more remain undertreated, dying of preventable conditions and without access to basic pain relief. The unbalanced and contradictory picture of death and dying is the basis for this Commission.

How people die has changed radically over recent generations. Death comes later in life for many and dying is often prolonged. Death and dying have moved from a family and community setting to primarily the domain of health systems. Death and dying have receded as death and dying have become unfamiliar and skills, traditions, and knowledge are lost. Death and dying have become unbalanced in high-income countries, and increasingly in low-and-middle-income countries; there is an excessive focus on clinical interventions at the end of life, to the detriment of broader inputs and contributions.

The COVID-19 pandemic has meant that death is prominent in daily media reports and health systems have been overwhelmed. People have died the ultimate medicalised deaths, often alone but for masked staff in hospitals and intensive care units, unable to communicate with family except electronically. This situation has further fuelled the fear of death, reinforcing the idea of health-care services as the custodian of death.

Climate change, the COVID-19 pandemic, environmental destruction, and attitudes to death in high-income countries have similar roots—our delusion that we are in control of, and not part of, nature. Large sums are being invested to dramatically extend life, even achieve immortality, for a small minority in a world that struggles to support its current population. Health care and individuals appear to struggle to accept the inevitability of death.

Philosophers and theologians from around the globe have recognised the value that death holds for human life. Death and life are bound together: without death there would be no life. Death allows new ideas and new ways. Death also reminds us of our fragility and sameness: we all die. Caring for the dying is a gift, as some philosophers and many carers, both lay and professional, have recognised. Much of the value of death is no longer recognised in the modern world, but

rediscovering this value can help care at the end of life and enhance living.

Treatment in the last months of life is costly and a cause of families falling into poverty in countries without universal health coverage. In high-income countries between 8% and 11–2% of annual health expenditure for the entire population is spent on the less than 1% who die in that year. Some of this high expenditure is justified, but there is evidence that patients and health professionals hope for better outcomes than are likely, meaning treatment that is intended to be curative often continues for too long.

Conversations about death and dying can be difficult. Doctors, patients, or family members may find it easier to avoid them altogether and continue treatment, leading to inappropriate treatment at the end of life. Palliative care can provide better outcomes for patients and carers at the end of life, leading to improved quality of life, often at a lower cost, but attempts to influence mainstream health-care services have had limited success and palliative care broadly remains a service-based response to this social concern.

Rebalancing death and dying will depend on changes across death systems—the many inter-related social, cultural, economic, religious, and political factors that determine how death, dying, and bereavement are understood, experienced, and managed. A reductionist, linear approach that fails to recognise the complexity of the death system will not achieve the rebalancing needed. Just as they have during the COVID-19 pandemic, the disadvantaged and powerless suffer most from the imbalance in care when dying and grieving. Income, education, gender, race, ethnicity, sexual orientation, and other factors influence how much people suffer in death systems and the capacity they possess to change them.

Radically reimagining a better system for death and dying, the Lancet Commission on the Value of Death has set out the five principles of a realistic utopia: a new vision of how death and dying could be. The five principles are: the social determinants of death, dying, and grieving are tackled; dying is understood to be a relational and spiritual process rather than simply a physiological event; networks of care lead support for people dying, caring, and grieving; conversations and stories about everyday death, dying, and grief become common; and death is recognised as having value.

Systems are constantly changing, and many programmes are underway that encourage the rebalancing



Published Online
January 31, 2022
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X)
See Online Comment
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01042-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01042-3)
See Online Perspectives
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00166-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00166-5)
*Writing team and Commissions are listed at the end of this report

St Christopher's Hospice, London, UK (S. Sallnow PhD); UK Health Alliance on Climate Change, London, UK (R Smith MSc); University of Sheffield, Sheffield, UK (Prof Emeritus S H Ahmedrai FRCG); Harvard T H Chan School of Public Health, Boston, MA, USA (A Bhadelia PhD); Bristol Medical School, Bristol, UK (C Chamberlain PhD); Peking University Health Science Center, Beijing, China (Prof Y Cong PhD); Duke NUS Medical School, Singapore (B Dobie PhD); Prof EA Finkelstein PhD; University of Exeter, Exeter, UK (R Durie PhD, Prof K Wyatt PhD); Gloucestershire Hospitals, Cheltenham, UK (S Gujran FRCR); Hospice UK, London, UK (M Hodson BA); University of Bergen, Bergen, Norway (Prof R S Huseba PhD); University of Vermont, Burlington, VT, USA (Prof A Kellehear PhD); University of Cardiff, Cardiff, UK (Prof C Kitzinger PhD); University of Miami, Miami, USA (Prof M Kraul PhD); University of Edinburgh, Edinburgh, UK (Prof Emeritus S A Murray FRCGP); University College London Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK (J Neuberger DBE); King's College London, London, UK (Prof S O'Mahony MD); Patilram India, Thiruvananthapuram, India (M R Rajagopal MD);

«si muore male»

Portsmouth Hospitals University NHS Trust, Portsmouth, UK (S Russell DHRes); Georgetown University, Washington, DC, USA (E Sase PhD); King's College London, London, UK (Prof K E Sleeman PhD); Skidmore College, Saratoga Springs, NY, USA (S Solomon PhD); Harlington Hospice, London, UK (R Taylor MA); and Amstelveen, Netherlands (M Tutu van Furth MDiv)
Correspondence to: Dr Libby Sallnow, St Christopher's Hospice, London SE26 6DZ, UK libby.sallnow@nhs.net

Key messages

- Dying in the 21st century is a story of paradox. Although many people are overtreated in hospitals, still more remain undertreated, dying of preventable conditions and without access to basic pain relief.
- Death, dying, and grieving today have become unbalanced. Health care is now the context in which many encounter death and as families and communities have been pushed to the margins, their familiarity and confidence in supporting death, dying, and grieving has diminished. Relationships and networks are being replaced by professionals and protocols.
- Climate change, the COVID-19 pandemic, and our wish to defeat death all have their origins in the delusion that we are in control of, not part of, nature.
- Rebalancing death and dying will depend on changes across death systems—the many inter-related social, cultural, economic, religious, and political factors that determine how death, dying, and bereavement are understood, experienced, and managed.
- The disadvantaged and powerless suffer most from the imbalance in care for those dying and grieving.
- The Lancet Commission on the Value of Death sets out five principles of a realistic utopia, a new vision of how death and dying could be. The five principles are: the social determinants of death, dying, and grieving are tackled; dying is understood to be a relational and spiritual process rather than simply a physiological event; networks of care lead support for people dying, caring, and grieving; conversations and stories about everyday death, dying, and grief become common; and death is recognised as having value.
- The challenge of transforming how people die and grieve today has been recognised and responded to by many around the world. Communities are reclaiming death, dying and grief as social concerns, restrictive policies on opioid availability are being transformed and health-care professionals are working in partnership with people and families, but more is needed.
- To achieve our ambition to rebalance death, dying and grieving, radical changes across all death systems are needed. It is a responsibility for us all, including global bodies and governments, to take up this challenge. The Commission will continue its work in this area.

www.thelancet.com Published online January 31, 2022 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X)

1

LONG TERM CARE EIGHT

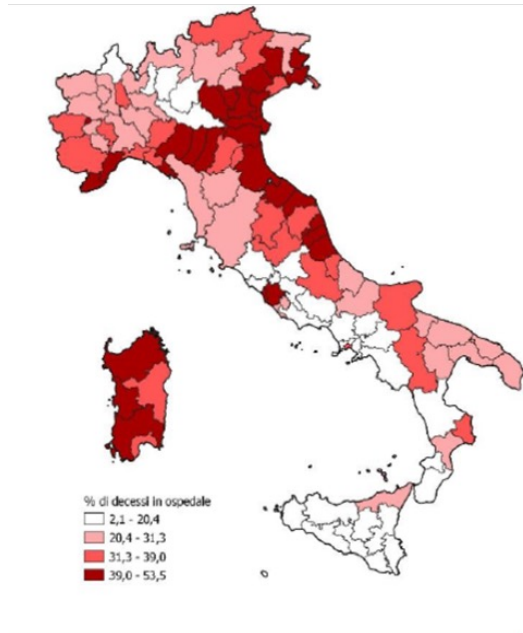


Gianlorenzo Scaccabarozzi

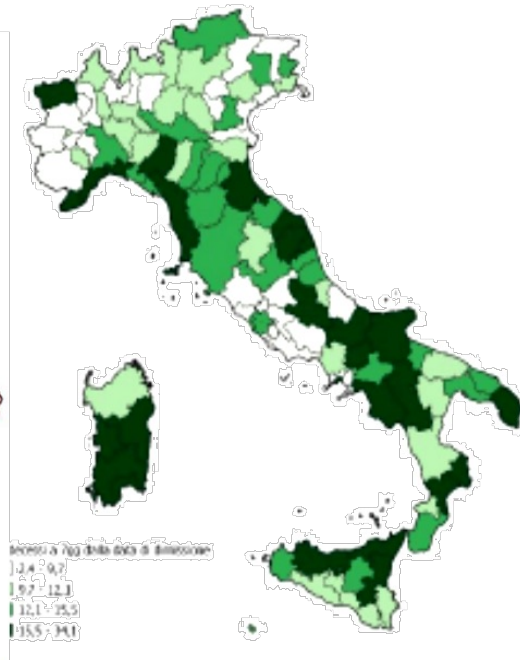
LONG-TERM CARE - STATI GENERALI DELL'ASSISTENZA A LUNGO TERMINE

DAL DIRITTO ALLA SALUTE

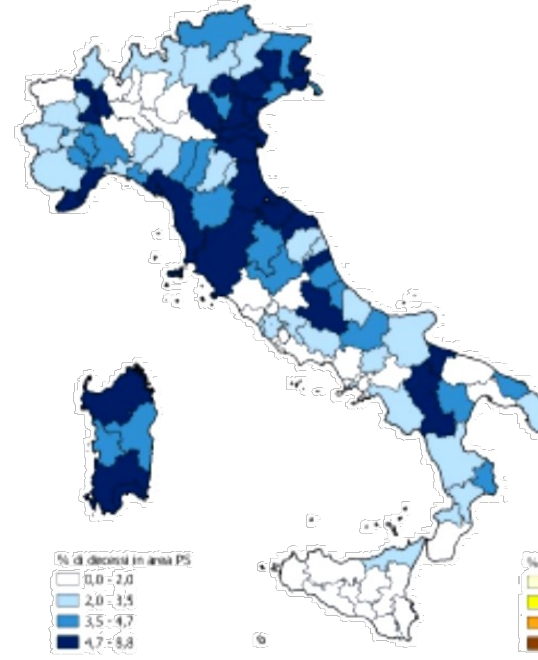
AL DIRITTO ALLE CURE PALLIATIVE



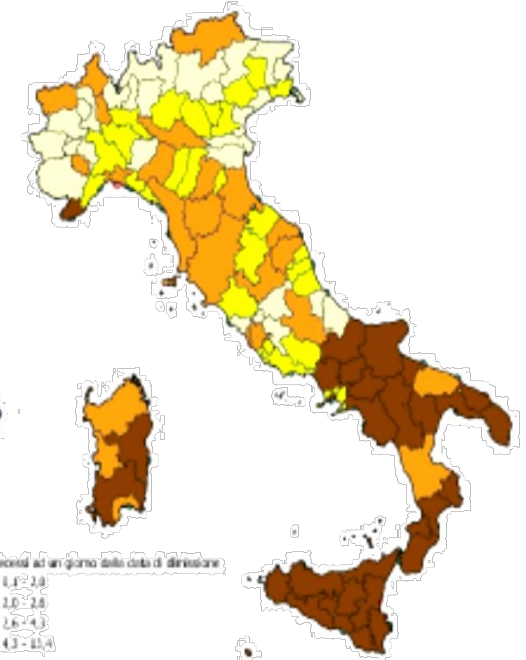
Decessi in ospedale per TM sul totale dei deceduti per TM



Decessi per TM entro 7gg dalla dimissione sul totale dei deceduti per TM



Decessi in area PS* per TM sul totale dei deceduti per TM



Decessi per TM entro 24h da dimissione sul totale dei deceduti per TM



Accettare IL LIMITE e la MORTE COME PARTE DELLA VITA significa rimodulare le cure

«Mentre la medicina sembra offrire possibilità infinite la realtà è invece governata da limiti»

Kevin Wildex – bioeticista

- **Di Efficacia clinica:** si modifica nel tempo in continua evoluzione con il bagaglio delle conoscenze, la medicina alza progressivamente l'asticella, raggiunge risultati entusiasmanti, riduce morbilità e mortalità ma non sempre è in grado di guarire i pazienti, salvare loro la vita o incidere in modo significativo sulla evoluzione della malattia e annullare la morte
- **Di Ragionevolezza:** conoscenze e azioni non sono in grado di rispondere a ogni richiesta o bisogno
- **Di Senso e proporzionalità :** ogni azione nell'ambito della salute e della cura va valutata rispetto al senso e all'accettabilità anche sul piano etico: non sempre ciò che è possibile fare è eticamente accettabile

DA IL SENSO DEL LIMITE IN MEDICINA di Alberto Giannini



UN NUOVO PARADIGMA DI CLINICAL GOVERNANCE

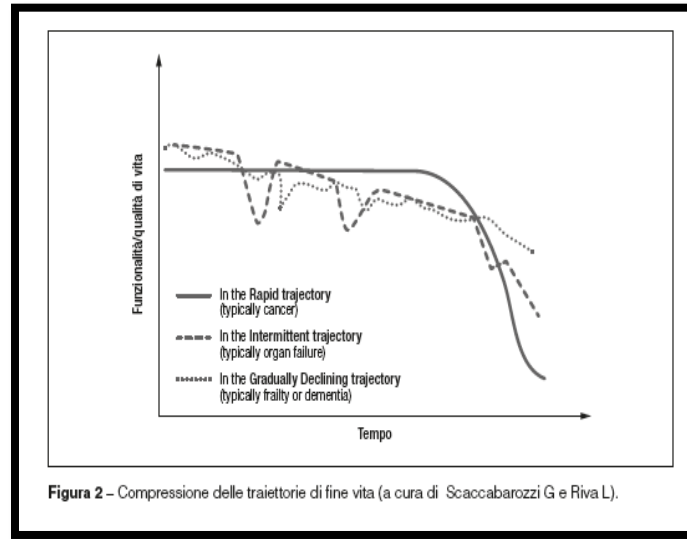
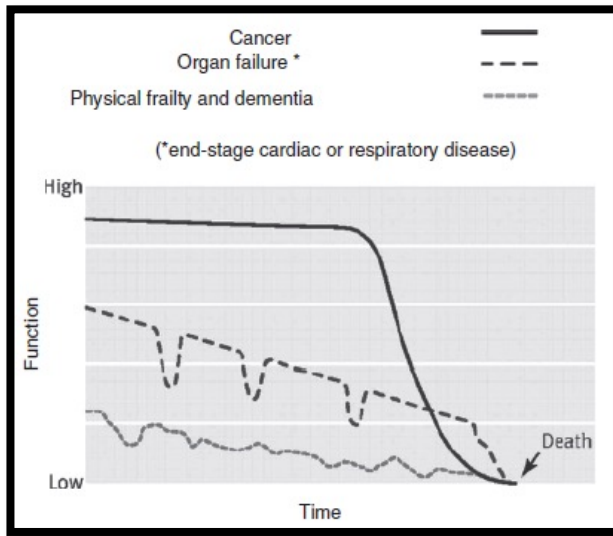


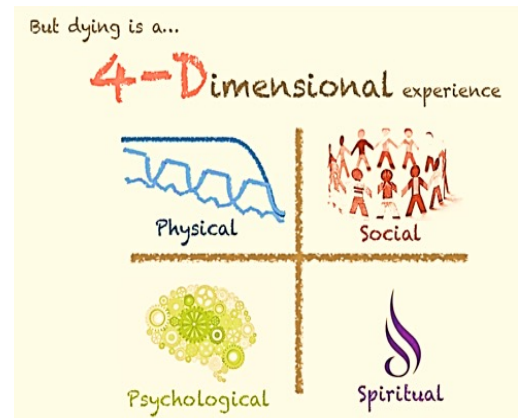
Figura 2 – Compressione delle traiettorie di fine vita (a cura di Scaccabarozzi G e Riva L).

Un tempo che considera nella traiettoria **“cancro”** la rapidità della presa in carico, nell’**“insufficienza d’organo”** l’intermittenza dei problemi e nelle **“fragilità-”** la gradualità degli interventi.

Un tempo che affronta tutte e quattro le dimensioni del bisogno: fisico, sociale, psicologico e spirituale-esistenziale.

Un tempo adeguato per discutere con i pazienti e con chi se ne prende cura.

Una organizzazione per percorso di cura attraverso Reti dedicate all’adulto (RLCP) ed al bambino (RRCP-TD- PED).



	ADULTO	MINORE
PREVALENZA bisogni CP	830-1100 adulti ogni 100.000 abitanti	34 -54 minori ogni 100.000 abitanti
Bisogni PIC RETE CP specialistiche	Circa 335 adulti/anno ogni 100.000 abitanti	Circa 18 minori/anno ogni 100.000 abitanti
DURATA della presa in carico in CP e di ricovero in Hospice in Italia	<p>10 gg mediana di durata di ricovero in Hospice</p> <p>27 gg mediana di durata della presa in carico domiciliare</p> <p>(Demetra Project 2019)</p>	<p>3 gg mediana di durata del ricovero in HP</p> <p>9gg mediana di durata di ricovero di minori deceduti in HP</p> <p>44 mesi mediana di durata della presa in carico da parte della Rete di CPP/TD</p>

Berini et al. Italian Journal of Pediatrics (2021) 47:4
https://doi.org/10.1007/s12005-020-00952-y

Italian Journal of Pediatrics

LETTER TO THE EDITOR Open Access

An estimation of the number of children requiring pediatric palliative care in Italy

Franca Berini¹, Mariadonata Bellettani², Laura Reali³, Pierina Lazzarin⁴, Lucia De Zen⁵, Federico Pellegrini⁶, Pierangelo Lora Aprile⁶ and Gianlorenzo Scaccabarozzi⁷

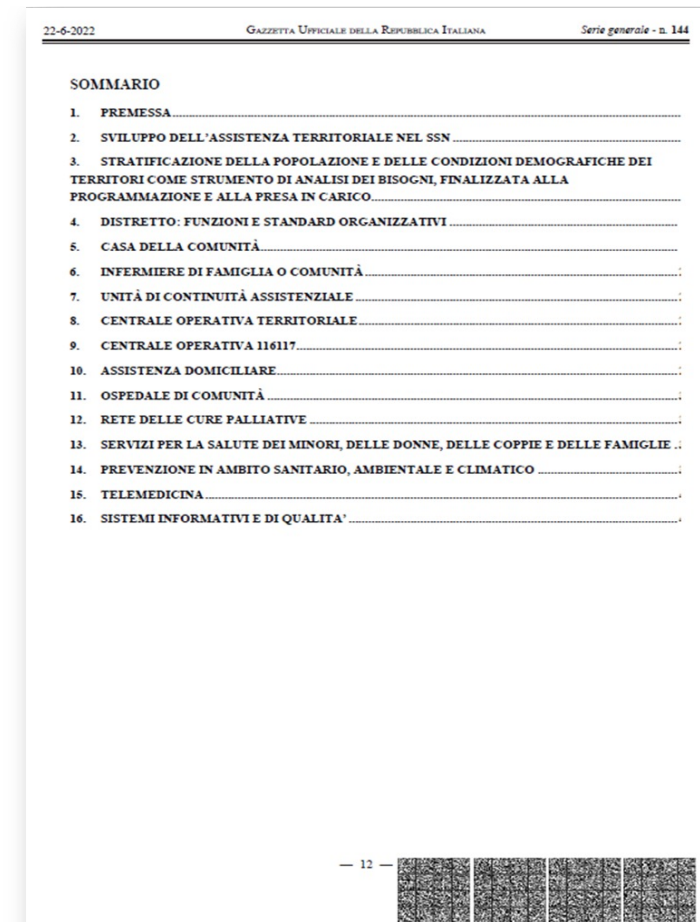


Gianlorenzo Scaccabarozzi

- Il Decreto, denominato fino alla vigilia della promulgazione “DM 71” per richiamare una sorta di continuità con il “DM 70” sugli standard ospedalieri, rappresenta la premessa ed il punto di partenza della Riforma dell’Assistenza Territoriale definendo al suo interno un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria, individuando standard tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, promuovendo un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico.

DM 77 23 Maggio 2022

“Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN”



LONG TERM CARE EIGHT



Gianlorenzo Scaccabarozzi

MESSA A TERRA DEL DM 77 23 MAGGIO 2022: IDENTIFICAZIONE E STRATIFICAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE

Stratificazione del rischio

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/Intensità assistenziale	Azioni (Presenza in carico derivante)
I livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari.	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione al bisogno socio assistenziali
V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione al bisogno socio assistenziali
VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione al bisogno socio assistenziali

Modelli predittivi e stratificazione della popolazione

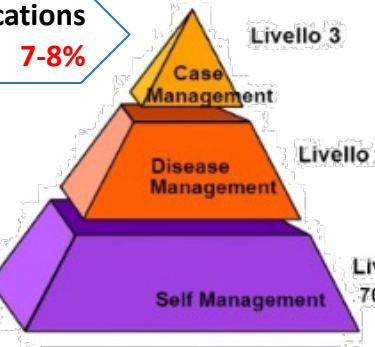
La più recente normativa nazionale (D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio, convertito nella legge n. 77/2020, all'art. 7) pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare *modelli predittivi*, che consentano la *stratificazione della popolazione*, il *monitoraggio per fattori di rischio*, e la *gestione integrata di patologie croniche* e di *situazioni complesse*.

L'adozione di un *modello di stratificazione* comune su tutto il territorio nazionale è uno degli obiettivi strategici del PNRR che permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Tale modello di stratificazione dovrà consentire di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel *Progetto di Salute* del singolo paziente.

Questo approccio fa riferimento in letteratura scientifica al Modello di "Piramide del rischio delle popolazioni" elaborato dalla Compagnia Assicurativa "Kaiser Permanente" della California, USA e sul Modello di "Expanded Chronic Care Model".

LA PIRAMIDE "CCM" c/o "KAISER-PERMANENTE"

Patients severe complications



ALCUNE REGOLE DEL MODELLO

- Identificazione dei soggetti con malattie croniche
- Condivisione del rischio economico da parte degli operatori
- Riferimento a "pathways" clinici
- Stratificazione per rischio di aggravamento
- Informatizzazione dei dati. Condivisione.
- Cure intermedie "nurse led"
- Approccio multidisciplinare nel primary care
- Forte integrazione primary care - specialisti
- Promozione del "self-care"

LONG TERM CARE EIGHT



Gianlorenzo Scaccabarozzi

LONG-TERM CARE - STATI GENERALI DELL'ASSISTENZA A LUNGO TERMINE

quotidianosanità.it



Ministero della Salute

COMITATO TECNICO SANITARIO
Sezione per l'attuazione dei principi contenuti nella Legge 15
marzo 2010, n. 38, recante disposizioni per garantire
l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

Il Presidente
Viale Giorgio Riboni, 5 - 00144 Roma

Al dott. Dott. Antonio Fortino
Direttore UOC Monitoraggio LEA,
SSR e Aziende sanitarie
Direttore Dipartimento di Area sanitaria
Agenzia nazionale per i servizi sanitari
Via Piemonte, 60 - 00187 ROMA
fortino@agenas.it

OGGETTO: Parere tecnico stima bisogni Cure Palliative basato sulla popolazione residente

Gentile Dottore,

con riferimento alla sua richiesta del 25 maggio 2023, di seguito si formula il parere tecnico in merito all'oggetto.

Negli ultimi anni numerosi studi a livello internazionale si sono proposti di valutare il bisogno di CP nella popolazione generale; la misurazione di questo dato è naturalmente fondamentale per una corretta programmazione ed organizzazione degli interventi volti a dare una risposta a questi bisogni.

Nel 2012, Gomez-Batiste et al. hanno stimato un bisogno di CP presente nel 75% di tutti i morti/anno, includendo tutte le patologie croniche ad andamento evolutivo e a prognosi limitata.

Nel 2014, Murtagh et al. hanno stimato un bisogno di CP presente in una percentuale di morti/anno compresa fra il 69% e l'84%. Partendo dalle stime proposte in questi studi, altri Autori hanno cercato recentemente di analizzare la situazione dei bisogni di CP nel contesto di singoli Paesi europei e non, compresa l'Italia. Infine, due documenti prodotti e pubblicati in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno ulteriormente definito una stima ormai sempre più attendibile dei bisogni di CP nella popolazione. Il *WHO-WPCA Atlas* sulle cure palliative afferma che l'incidenza del bisogno nella popolazione può essere calcolata in Europa in circa 560 persone morte/anno ogni 100.000 adulti residenti; di questo numero complessivo di persone, sempre in Europa, il 60% è affetto da patologie diverse dal cancro e il 40% da patologie di origine neoplastica. Una recente pubblicazione di Xavier Gomez-Batiste e Stephen Connor definisce una stima di prevalenza, nella popolazione dei paesi ad elevato sviluppo economico, di pazienti con bisogni di CP, dell'1-1,4%. Viene anche definita una stima di prevalenza del bisogno di CP presente nel 40-65% delle persone assistite in strutture residenziali e del 40% dei malati ricoverati in ospedale (Rif. Allegato. Dall'individuazione precoce dei bisogni di cure palliative nel paziente adulto, al piano di cura personalizzato).

La popolazione italiana al 1° gennaio 2022 era composta da 59.030.133 di persone, di cui circa il 13% (7.489.795) con età inferiore ai 15 anni, con un calo di circa 179mila unità rispetto all'inizio del medesimo anno. Nel 2022 sono morte circa 713.000 persone, con un tasso di mortalità è stato pari al 12,1‰ (+12.000 rispetto al 2021 - -27.000 rispetto al 2020).

Oltre 606.000 morti (85%) hanno un'età maggiore o pari ai 70 anni (89,2% nelle donne - 80,3% negli uomini). Da un punto di vista geografico, 47% dei decessi si registra nel Nord (333.000), 20% nel Centro (144.000) e 33% nel Mezzogiorno (237.000). Il tasso di mortalità più elevato però è nel Centro (12,3‰), segue il Nord

(12,2‰) e il Mezzogiorno (11,9‰). Queste differenze sono dovute alla struttura della popolazione, relativamente meno invecchiata nel Mezzogiorno, pertanto meno soggetta ai fattori di rischio. (Istat, 2023).

Concludendo, i dati stimati che si possono ricavare per lo scenario nazionale sono i seguenti:

- prevalenza dei pazienti con bisogni di CP (popolazione adulta): 515.000 ca. - 721.000 ca. (1-1,4% della popolazione);
- incidenza dei pazienti con bisogni di CP nel loro ultimo periodo di vita (popolazione adulta): 289.000 pazienti/anno ca. (stima OMS - 560 ogni 100.000residenti adulti). Di questi, il 60% con malattie diverse dal cancro e il 40% con cancro.
- incidenza dei pazienti con bisogni di CP nel loro ultimo periodo di vita (% rispetto al numero totale di morti/anno): 72% - 80% del totale.

Applicando un criterio di prevalenza basato sulla popolazione residente (persone con età ≥ 15 anni), si può quindi stimare, sulla base dei dati di letteratura e degli approfondimenti tecnici compiuti nell'ambito dei lavori della sezione O nell'ultimo quinquennio, che la presa in carico da parte delle Cure Palliative Specialistiche, nell'ambito delle Reti Locali di Cure Palliative (legge 15 marzo 2010, n.38) dovrebbe interessare circa 173.000 malati/anno, pari a 335 ogni 100.000 residenti. Il restante bisogno di Cure Palliative deve essere gestito con il contributo delle Cure Primarie e delle strutture residenziali territoriali per anziani (es. RSA). Per quanto riguarda la popolazione pediatrica, la prevalenza è pari a 35-54 minori ogni 100.000 abitanti, di questi circa 18 minori ogni 100.000 abitanti con bisogni di cure palliative specialistiche. Con riferimento alla stratificazione di cui al DM 77/2022, queste stime si possono ricondurre ai bisogni dei malati identificati dai livelli IV, V, VI.

Si resta a disposizione per eventuali ulteriori approfondimenti.

Con i migliori saluti.

POPOLAZIONE - 1 GENNAIO 2022 =59.030.000 BISOGNO CP
515-721.000 PARI A 1-1,4% POPOLAZIONE MAGGIORE 15
ANNI DISTRIBUITI IN ADULTI SPECIALISTICA 173.000
BASE/MMG/RSA 314.000 -548.000
MINORI CPP 10.625

IL PRESIDENTE
Prof. Gianlorenzo Scaccabarozzi

LONG TERM CARE





Fondazione IRCCS
San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Giuseppe Bellelli

Università Milano-Bicocca

Clinica Geriatrica, IRCCS San Gerardo Monza



LONG TERM CARE EIGHT



Place of death, health-care use, and hospital expenditures at the end of life in different countries

	Place of death for diseases associated with palliative care need ^{4,5*}					Inpatient health-care use in last 30 days of life for decedents of any age with any cancer ^{2,†}	Health expenditures in last 30 days of life for decedents with cancer ^{2,‡}	Health expenditures in last 180 days of life for decedents with cancer ^{2,‡}	Health expenditures in last 30 days of life as % of health expenditures in last 180 days of life for decedents with cancer ²
	Home	Hospital	Long-term care institution	Primary care institution	Other institution or other				
High income									
Belgium	24.8%	50.8%	23.8%	§	0.6%	14 455 (52.9%)	6 206 (6 929)	17 022 (17 642)	36%
Canada	12.9%	61.4%	20.8%	§	4.8%	16 917 (60.2%)	10 843 (13 710)	23 333 (28 922)	46%
Czech Republic	18.4%	64.0%	16.8%	§	0.8%	§	§	§	§
France	22.3%	63.9%	11.0%	§	2.8%	§	§	§	§
Germany	§	§	§	§	§	14 468 (47.8%)	3 326 (4 394)	10 033 (9 858)	33%
Hungary	§	66.2%	..	§	33.8%	§	§	§	§
Italy	44.4%	45.7%	6.1%	§	3.8%	§	§	§	§
Netherlands	34.5%	24.6%	34.5%	§	6.4%	3 155 (43.7%)	4 766 (9 653)	18 414 (28 673)	26%
New Zealand	22.5%	28.1%	33.4%	13.0%	3.0%	§	§	§	§
Norway	§	..	7 052 (63.9%)	3 646 (7 227)	11 640 (14 398)	31%
Spain (Andalusia) [¶]	35.1%	57.3%	7.3%	§	0.3%	§	§	§	§
South Korea (Republic of Korea)	13.5%	84.9%	1.3%	§	0.3%	§	§	§	§
UK (England)	21.7%	47.5%	17.8%	11.6%	1.3%	65 616 (50.8%)	6 934 (6 842)	22 005 (20 920)	32%
UK (Wales)	21.2%	58.6%	12.0%	6.5%	1.7%	§	§	§	§
USA [¶]	31.5%	37.8%	22.0%	3.8%	5.0%	§	§	§	§

Jan 31, 2022 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X)



Report of the *Lancet* Commission on the Value of Death: bringing death back into life

*Libby Sallnow, Richard Smith, Sam H Ahmedzai, Afsan Bhadelia, Charlotte Chamberlain, Yali Cong, Brett Doble, Luckson Dullie, Robin Durie, Eric A Finkelstein, Sam Guglani, Melanie Hodson, Bettina S Husebø, Allan Kellehear, Celia Kitzinger, Felicia Marie Knaul, Scott A Murray, Julia Neuberger, Seamus O'Mahony, M R Rajagopal, Sarah Russell, Eriko Sase, Katherine E Sleeman, Sheldon Solomon, Ros Taylor, Mpho Tutu van Furth, Katrina Wyatt, on behalf of the Lancet Commission on the Value of Death**

The Lancet Commissions

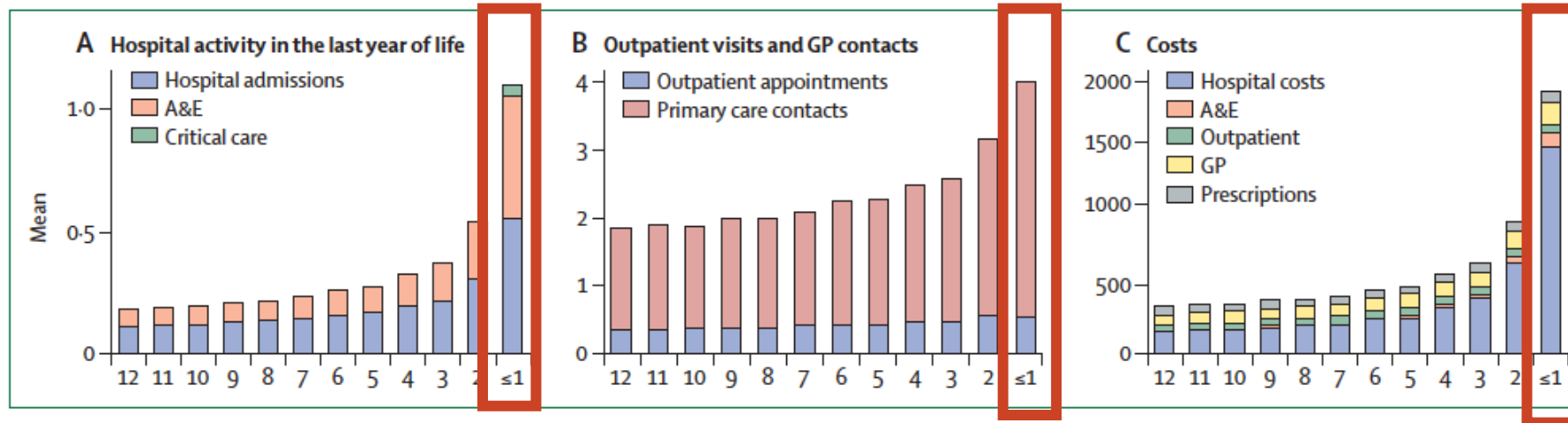


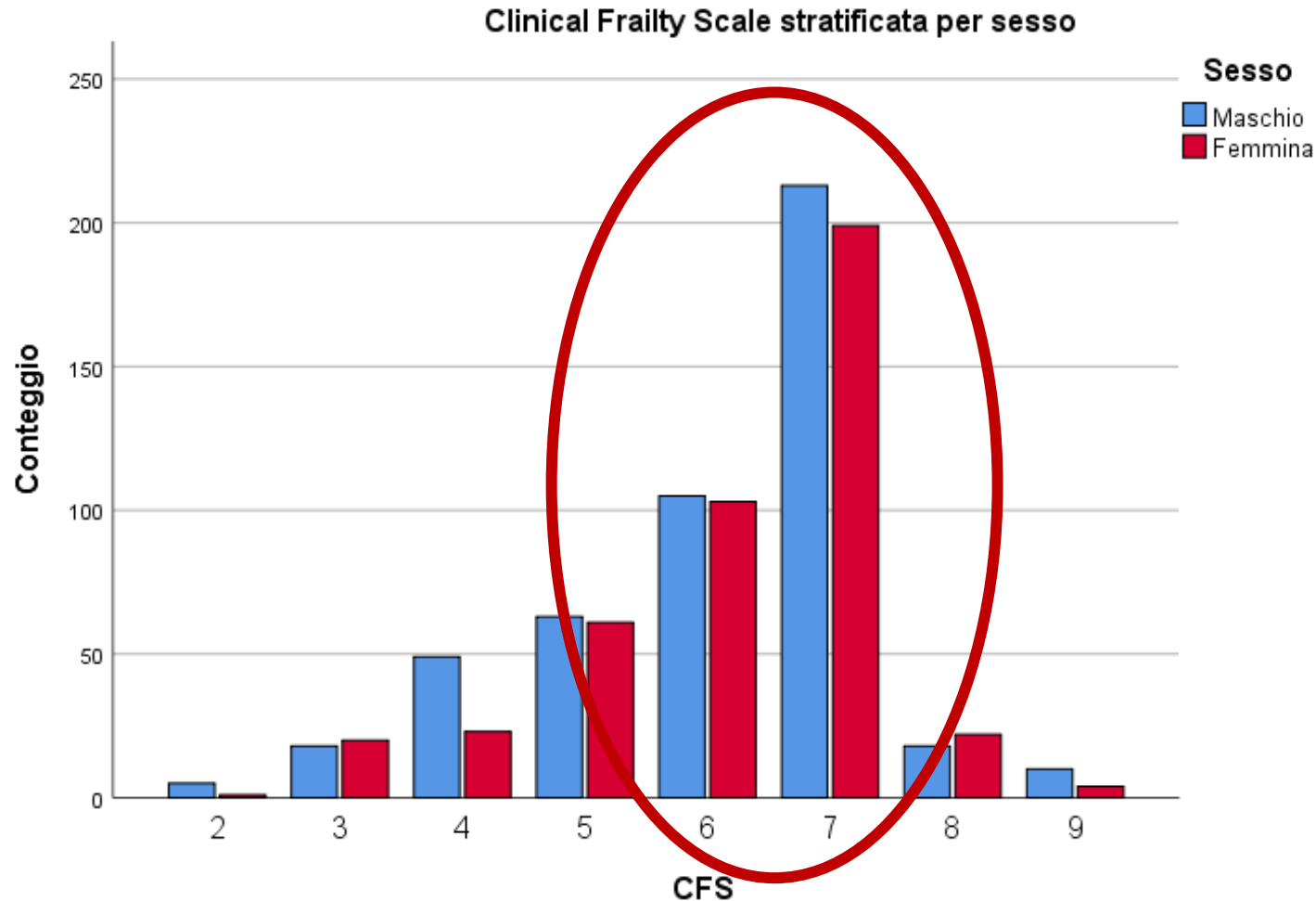
Figure 2: Health-care use and costs in the last 12 months of life
(A) Use of inpatient care. (B) Primary and hospital outpatient care. (C) Total costs by cost type. A&E=accident and emergency department. GP=general practitioner. Reproduced from Luta and colleagues by permission of BMJ Publishing Group.⁴³

Jan 31, 2022 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X)



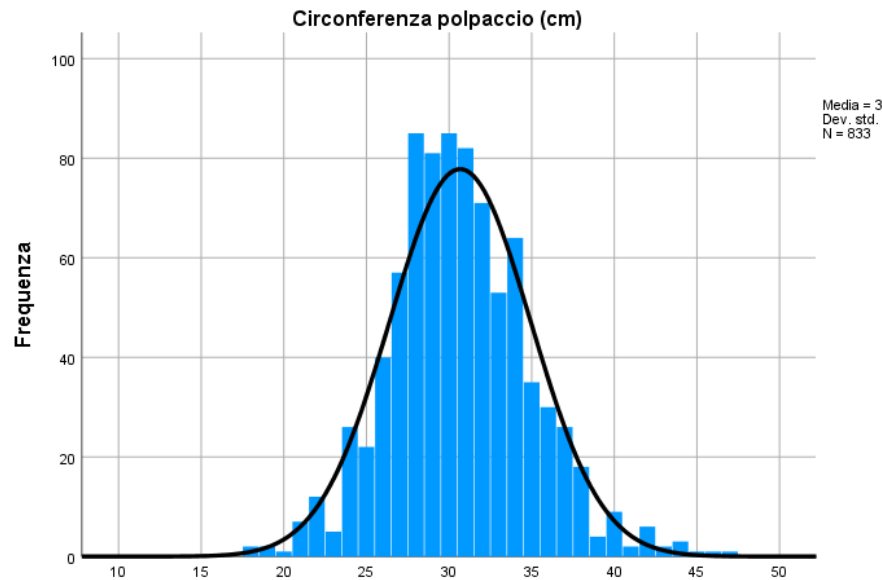
La popolazione della Geriatria per acuti

N 915 individui ricoverati consecutivamente da giugno 2022 a giugno 2023; età media 84.9±6.2; 52.6% maschi

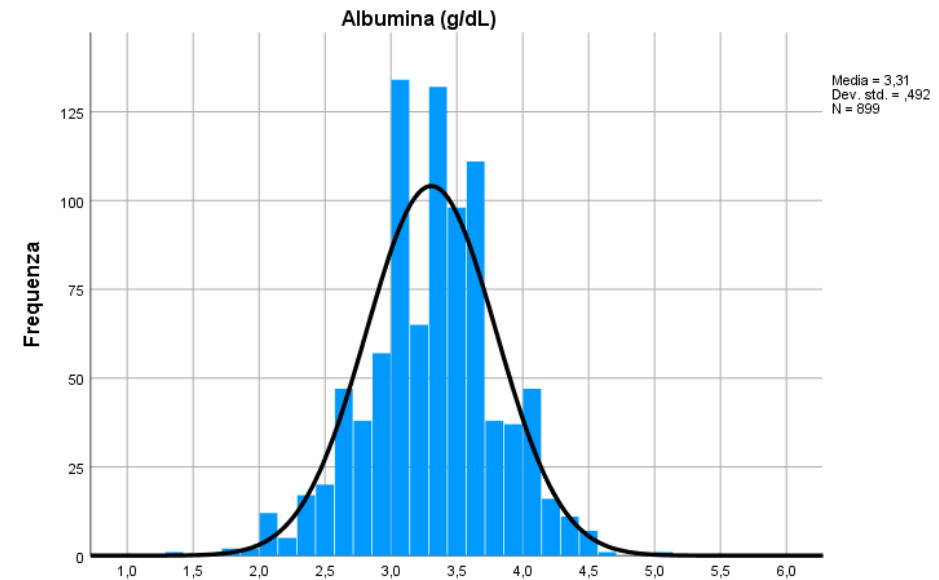


La popolazione della Geriatria per acuti

N 915 individui ricoverati consecutivamente da giugno 2022 a giugno 2023; età media 84.9 ± 6.2 ; 52.6% maschi



Media 30.6 ± 3.3



Media 3.3 ± 0.4



11-12 luglio 2023

Programmi e sfide per una erogazione uniforme delle cure palliative sul territorio nazionale

Giuseppe Bellelli

Università Milano-Bicocca

Clinica Geriatrica, IRCCS San Gerardo Monza



Fondazione IRCCS
San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



LONG TERM CARE EIGHT



DM77

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e socioassistenziali con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

LONG TERM CARE EIGHT



Pianificare l'assistenza sanitaria sulla base dei bisogni e attuare la presa in carico (PNRR missione 6)

- Strumenti **validi**, capaci di identificare gruppi omogenei di assistiti in base a caratteristiche cliniche, demografiche e sociali; **completi**, in grado di contribuire a ridurre i bisogni assistenziali non soddisfatti (unmet needs); **integranti**, orientati all'implementazione di percorsi assistenziali integrati e centrati sul paziente; **adattabili**, facilmente rimodulabili sulla base di nuove esigenze di programmazione sanitaria; **granulari**, capaci di produrre informazioni su differenti dettagli territoriali
- devono integrare informazioni su: **condizioni croniche**, utilizzando segnali e prestazioni capaci di "tracciare" la patologia (per stimare la qualità del bisogno assistenziale e la intensità) e **fattori di vulnerabilità socio-economica**,





scientific reports

OPEN **Frailty detection among primary care older patients through the Primary Care Frailty Index (PC-FI)**



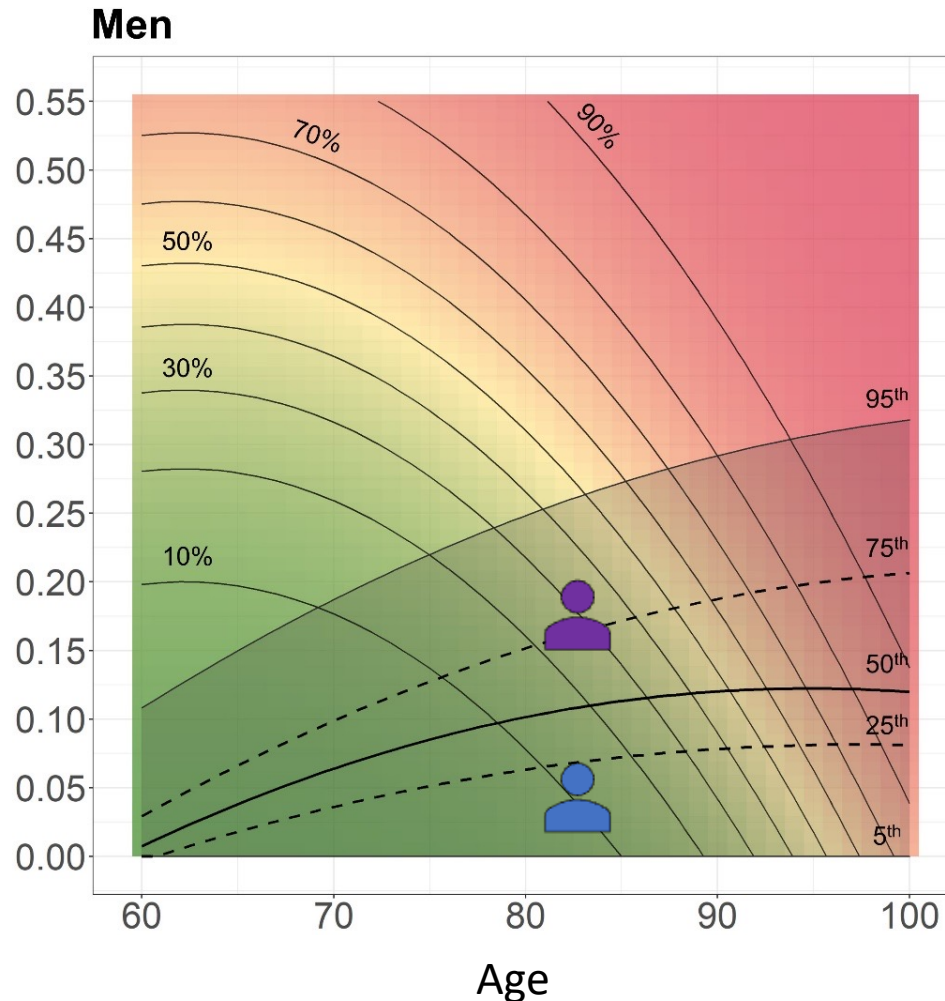
Davide Liborio Vetrano^{1,2,8}, Alberto Zucchelli^{1,3,8}, Graziano Onder^{4,5}, Laura Fratiglioni^{1,2}, Amaia Calderón-Larrañaga^{1,2}, Alessandra Marengoni^{1,3}, Ettore Marconi⁶, Iacopo Cricelli⁶, Pierangelo Lora Aprile^{6,7}, Roberto Bernabei^{4,5}, Claudio Cricelli⁷ & Francesco Lapi⁷

308,280 Primary Care patients ≥ 60 years old part of the Health Search Database in Italy (baseline 2013–2019) and validated on a population-based cohort of 3363 patients ≥ 60 years old in the Swedish National Study on Aging and Care in Kungsholmen (baseline 2001–2004)

DEFICITS	Prevalence
Dementia / cognitive impairment	7.33%
Severe disability	5.29%
Cerebrovascular disease	7.85%
Cancer	11.99%
COPD	13.59%
Ischemic Heart Disease	13.58%
Heart failure	3.04%
Chronic Kidney disease	6.30%
Atrial fibrillation	5.29%
Parkinson and parkinsonism	2.84%
Hip fracture	1.47%
Anemia	15.68%
Financial disadvantages	53.07%
Recent oxygen prescription	0.30%
Hospitalization in the previous 6 months	3.77%
Pressure ulcers	1.12%
Bradycardia and conduction disorders	3.63%
Other neurol diseases (paralysis, dystonia etc)	0.99%
Constipation	1.71%
Recent heparin prescription	3.52%
Peripheral artery disease	1.94%
Nutrition issues	0.28%
Diabetes mellitus	18.20%
Schizophrenia	0.66%
Edema	0.21%



Primary Care Frailty index (PC-FI)



Mario Rossi

- 82 anni
- PC-FI = 0.16
- Mortalità a 5 anni: 28%

Luigi Bianchi

- 82 anni
- PC-FI = 0.05
- Mortalità a 5 anni: 9%

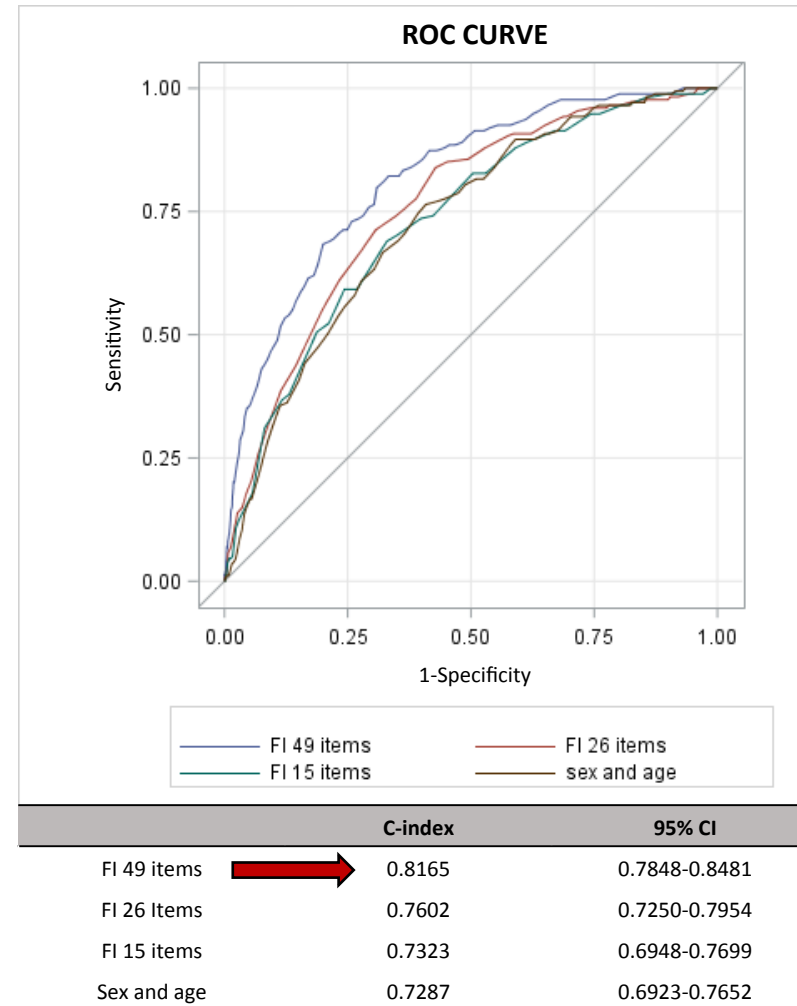
Vetrano DL, Zucchelli A et al., Scientific Reports, 2023

Predicting 60-day mortality in a home-care service: development of a new inter-RAI 49-Frailty Index

2099 pts followed in a HC Service of a “Frailty Department-Local Palliative Care Network” from January 1st, 2017, to October 31st 2021.

Median age 80.0 years (IQR: 72.0 – 86.0), mainly female (62.4%). Of these 8% died or were transferred to PHC in the 60 days follow-up.

A 49 items FI developed selecting variables within the standardized International Residential Assessment Instrument assessments (interRAI-HC) and compared to existing Frailty Indexes with 15 and 26 variables.



Morandi A et al submitted to JAMDA





11-12 luglio 2023

Programmi e **sfide** per una erogazione uniforme delle cure palliative sul territorio nazionale

Giuseppe Bellelli

Università Milano-Bicocca

Clinica Geriatrica, IRCCS San Gerardo Monza



Fondazione IRCCS
San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



LONG TERM CARE EIGHT




Definition of geriatric palliative care and its relevant elements

Geriatric Medicine	Geriatric Medicine is a specialty of medicine concerned with physical, mental, functional and social conditions in acute, chronic, rehabilitative, preventive, and end-of-life care in older patients. (European Union of Medical Specialists 2008 [43])
Palliative Care	Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. (World Health Organization 2004 [1])
Ethics of Care	The ethics of care builds relations of care that highlight the deeper reality of human interdependency and the need for caring to surround liberal autonomy. It provides a way of reflection in order to develop morally acceptable human relations and societies. (Adapted from "The Ethics of Care", Oxford 2006 [44])
Geriatric Palliative Care	Geriatric Palliative Care integrates the complementary specialties of geriatrics and palliative care to provide comprehensive care for older patients entering the later stage of their lives, and their families. (adapted from "Geriatric Palliative Care", Oxford 2014 [20])

Voumard et al. BMC Geriatrics (2018) 18:220




Screening tools to identify patients with unmet palliative care needs in the emergency department: A systematic review

Scott W. Kirkland MSc¹  | Esther H. Yang MSc¹ | Miriam Garrido Clua MSc² |
Maureen Kruhlak BSc³ | Sandra Campbell MLS⁴ | Cristina Villa-Roel MD, PhD¹ |
Brian H. Rowe MD, MSc^{1,5} 

DOI: 10.1111/acem.14492

Prediction models of all-cause mortality among older adults in nursing home setting: A systematic review and meta-analysis

Shengruo Zhang^{1,2} | Kehan Zhang² | Yan Chen^{2,3} | Chenkai Wu² 

DOI: 10.1002/hsr2.1309

Prognostic Indices for Older Adults A Systematic Review

JAMA. 2012;307(2):182-192



Sfide

- Risorse finanziarie
 - Coordinamento
 - Personale qualificato
 - Disuguaglianze regionali
 - Tecnologie e innovazione
 - Approccio centrato sulle istituzioni
 - Aspetti culturali e sociali
-
- Impegno sia a livello governativo che comunitario



Attuale offerta di servizi formativi nell'ambito dell'Università Milano-Bicocca

- Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative incardinata su SSD Med09
- Corso di Laurea Medicina e Chirurgia, 6^a anno 1 CFU Medicina e Cure Palliative
- Esercitazione casi clinici Geriatria, EOL care 0,5 CFU
- Tirocini CLCM (IRCCS San Gerardo Monza e DiFRA Lecco + rete formativa ASST Brianza)
- Corso Elettivo Medicina della Complessità e Cure Palliative (5CFU)



MEDICINA DELLA COMPLESSITÀ E BISOGNI DI CURE PALLIATIVE

16 MAGGIO 2023

Aula Magna, Università degli Studi Milano-Bicocca, Edificio Asclepio (ex U8), Monza

Evento gratuito riservato agli studenti e ai medici in formazione specialistica
iscritti presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca



1998 | 2023

LONG TERM CARE EIGHT



Sistema Socio Sanitario



Paolo Favini

Direttore Generale, ASST Lecco



LONG TERM CARE EIGHT



APPLICAZIONE IN ASST LECCO DEL MODELLO E STANDARD INDICATI IN DM 77

SERIE GENERALE

Anno 163° - Numero 144

Spec. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma



GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Mercoledì, 22 giugno 2022 SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77.

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

LEGGI ED ALTRI ATTI

DECRETO LEGISLATIVO 27 maggio 2022, n. 76
Disposizioni per l'attuazione della direttiva (UE) 2019/884 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 aprile 2019, che modifica la decisione quadro 2009/315/GAI del Consiglio per quanto riguarda lo scambio di informazioni sui cittadini di paesi terzi e il sistema europeo di informazione sui casellari giudiziari (ECRIS), e che sostituisce la decisione 2009/316/GAI del Consiglio. Pag. 1

Ministero della salute

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77.
Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085). Pag. 8

Ministero dell'economia e delle finanze

DECRETO 8 giugno 2022.
Accertamento della prima rata del PNRR. (22A03626). Pag. 77

DECRETO 15 giugno 2022.
Operazione di acquisto titoli a valere sul Fondo ammortamento dei titoli di Stato effettuata mediante asta competitiva. (22A03647). Pag. 79

Ministero della transizione ecologica

DECRETO 10 giugno 2022.
Designazione di una Zona speciale di conservazione (ZSC) della regione biogeografica mediterranea ricadente nel territorio della Regione Siciliana. (22A03636). Pag. 82

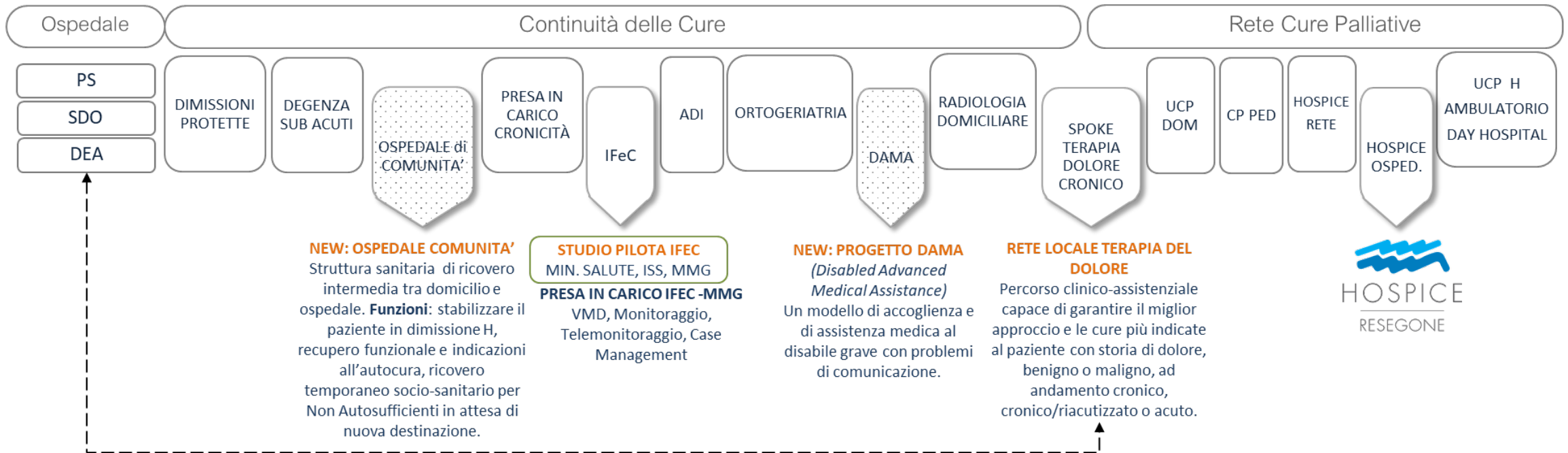


LONG TERM CARE EIGHT



Paolo Favini

LA FILIERA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IL DIFRA



ICT

- Piattaforme web**
 - Ipac Ospedale
 - Atlante Valutativo
 - Sisp Gestionale
- Clinical Scales**
 - Necpal
 - Contact Assessment
 - Acute Care C. Geriatric Assessment
 - Home Care e Palliative Care
 - CHA Community Health Assessment
- Test / Results**
 - Chess Lite
 - Frailty Index CA
 - BPSE
- Clinical Tools**
 - CCE Cartella Clinica Elettronica Hospice

RLCP COME RETE FORMATIVA ACCADEMICA UNIMIB PER MEDICINA E CURE PALLIATIVE

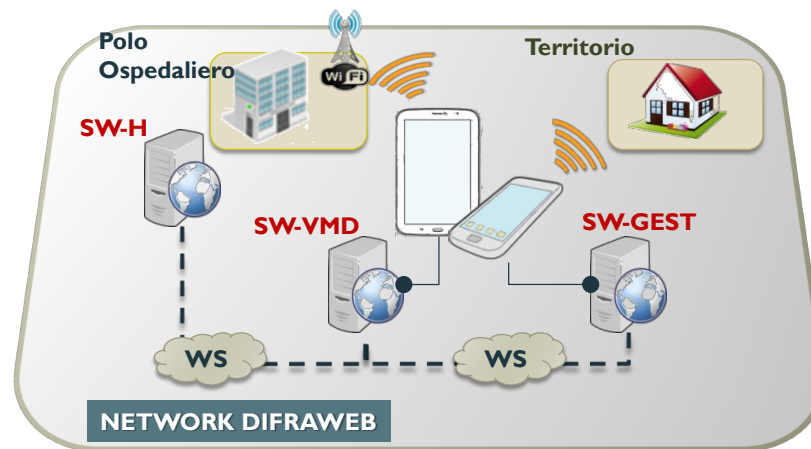
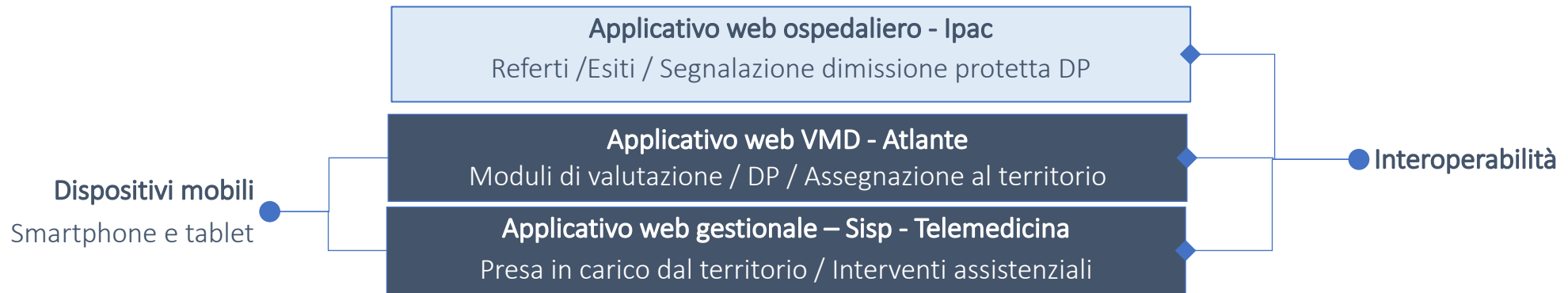
Paolo Favini



PIATTAFORMA TECNOLOGICA INTEROPERABILE

Sistema d'interscambio informativo web che consenta la gestione del percorso assistenziale dalla valutazione di dimissione ospedaliera alla valutazione di presa in carico territoriale dimissione relazionando fra loro le aree di intervento ospedaliero e quelle domiciliari in collaborazione con l'area della medicina generale.

FLESSIBILITA' DEL MODELLO E CONTINUITÀ INFORMATIVAZIONALE



Paolo Favini

DIPARTIMENTO FRAGILITÀ I NUMERI



Utenza*
3.860

(domiciliare / residenziale / dimissione protetta)



Cure domiciliari

1.132

Cure Palliative

825

Covid

87



Visite domiciliari

74.326

Dimissioni protette

2.717

Visite in reparto

2.341



Sub acute (ricoveri)

595

Hospice (ricoveri)

208

Ambulatori (visite)

552



Referenti qualità

2

Amministrativi

4

Referente dipart. IT

1



Ass. sociale

1

Psicologi

3

Educatore

1

Dietista

1



Medici

24

Infermieri

95

OSS

35

Fisioterapisti

20

Care manager

8

* nel **47%** degli assistiti è intercettato anche un **bisogno psico-socio educativo** che genera un supporto paziente/famiglia o d'equipe, originando un percorso di sostegno, di supervisione/monitoraggio o di consulenza



- 3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE
- 5. CASA DELLA COMUNITA'
- 6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'
- 8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
- 10. ASSISTENZA DOMICILIARE
- 11. OSPEDALE DI COMUNITA'
- 12. RETE CURE PALLIATIVE

DM 77

Stratificazione della popolazione – La **Medicina di Popolazione** si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.

La **Sanità di Iniziativa** è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.

La **Stratificazione della Popolazione** per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.



Strumenti:

- Nepal tool
- Contact Assessment
- Chess Lite
- Frailty Index

Studi ed evidenze scientifiche:

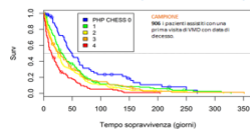
- Indicatori predittivi della sopravvivenza
- Indicatori predittivo della intensità assistenziale

VMD InterRAI CA – dimissioni protette ADI

CHES	N	MEDIA_OR
0	63	0.38
1	133	0.44
2	81	0.47
3	70	0.54
4	56	0.60
5	25	0.66

L'INTENSITÀ ASSISTENZIALE (CIA) DEI PERCORSI ATTIVATI È CONCLUSO E CORRELATA LINEARMENTE ALLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (CHES CA) RILEVATA IN FASE DI DIMISSIONE PROTETTA.

VMD InterRAI FC – dimissioni protette UCF dom-Hospice

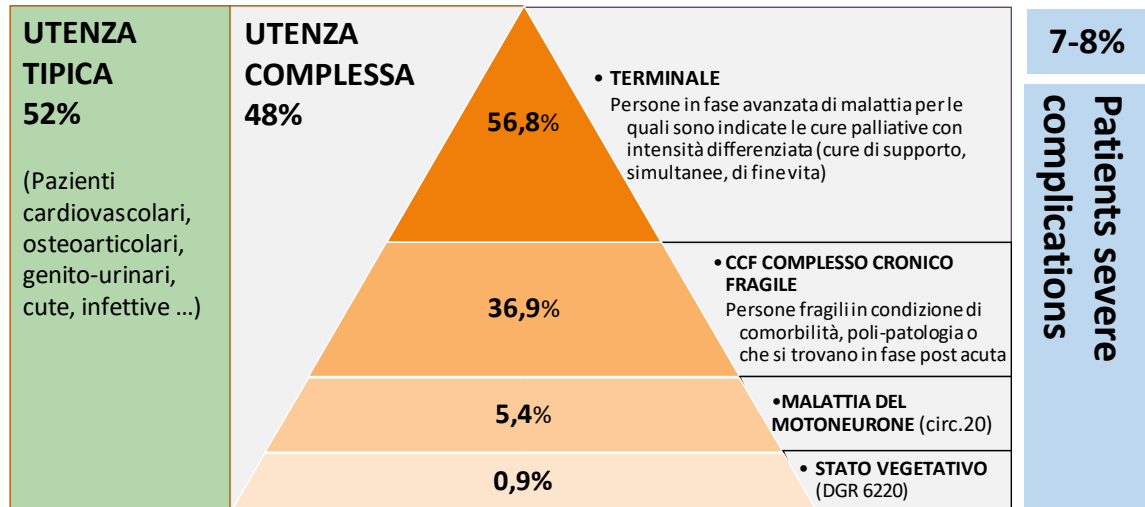


Sistema Socio Sanitario



ASST Lecco

Stratificazione popolazione assistita dal DIFRA



Paolo Favini

[CA] CONTACT ASSESSMENT - RESULTS

CHES Lite - Valori di CIA per categoria

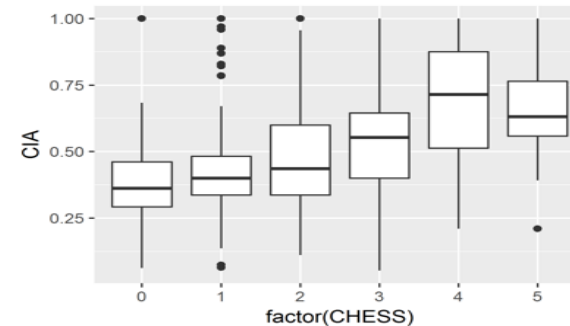
La scala **Chess di Contact Assessment** misura la complessità medica e l'instabilità della salute in base ai seguenti indicatori: vomito, disidratazione, perdita di peso, respiro affannoso, edema, fase finale di malattia e declino della cognizione e delle ADL.

I punteggi più alti indicano livelli più alti di complessità medica.

0	Nessun instabilità
1	Minima instabilità
2	Bassa instabilità
3	Moderata instabilità
4	Alta instabilità
5	Molto alta instabilità



CHES	N	MEDIA_CIA
0	63	0.38
1	135	0.44
2	81	0.47
3	70	0.54
4	55	0.69
5	25	0.66



L'INTENSITÀ ASSISTENZIALE (CIA) DEI PERCORSI ATTIVATI E CONCLUSI È CORRELATA LINEARMENTE ALLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (CHES CA) RILEVATA IN FASE DI DIMISSIONE PROTETTA

(Dr. Gianlorenzo Scaccabarozzi direttore DIFRA Asst Lecco)

CHES: Changes in Health, End-stage disease, and Signs and Symptoms

Paolo Favini

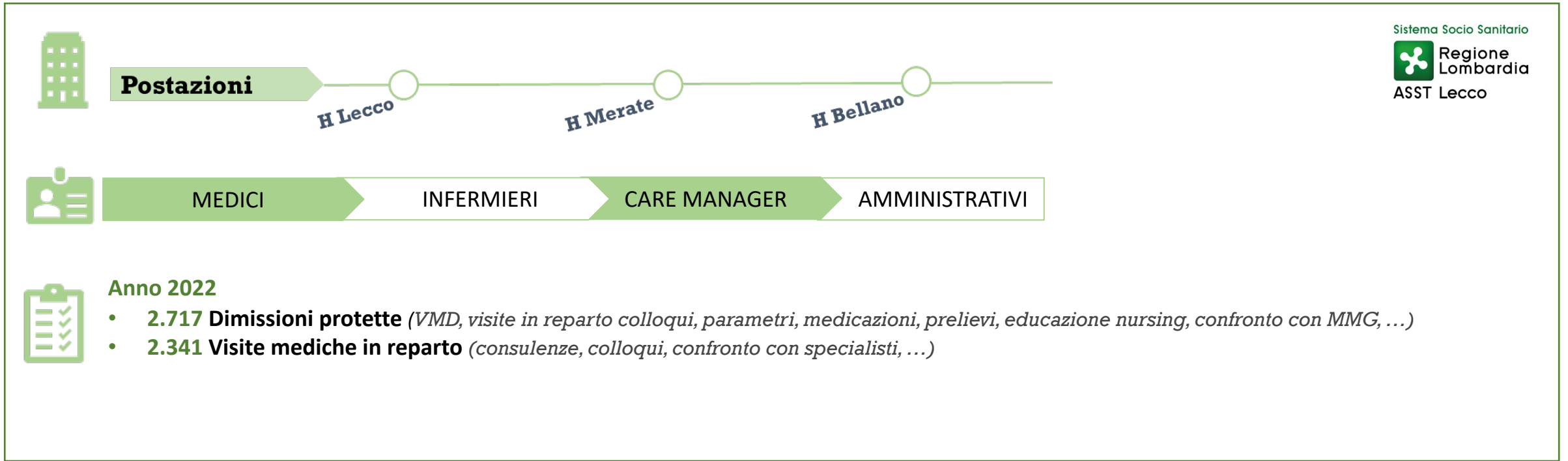
DIFRA ASST LECCO – UNICATT ROMA



- 3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE
- 5. CASA DELLA COMUNITA'
- 6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'
- 8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE**
- 10. ASSISTENZA DOMICILIARE
- 11. OSPEDALE DI COMUNITA'
- 12. RETE CURE PALLIATIVE

DM 77

Centrale Operativa Territoriale – La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. **Importanza della sua attività negli ospedali e nei PS**



Anno 2022

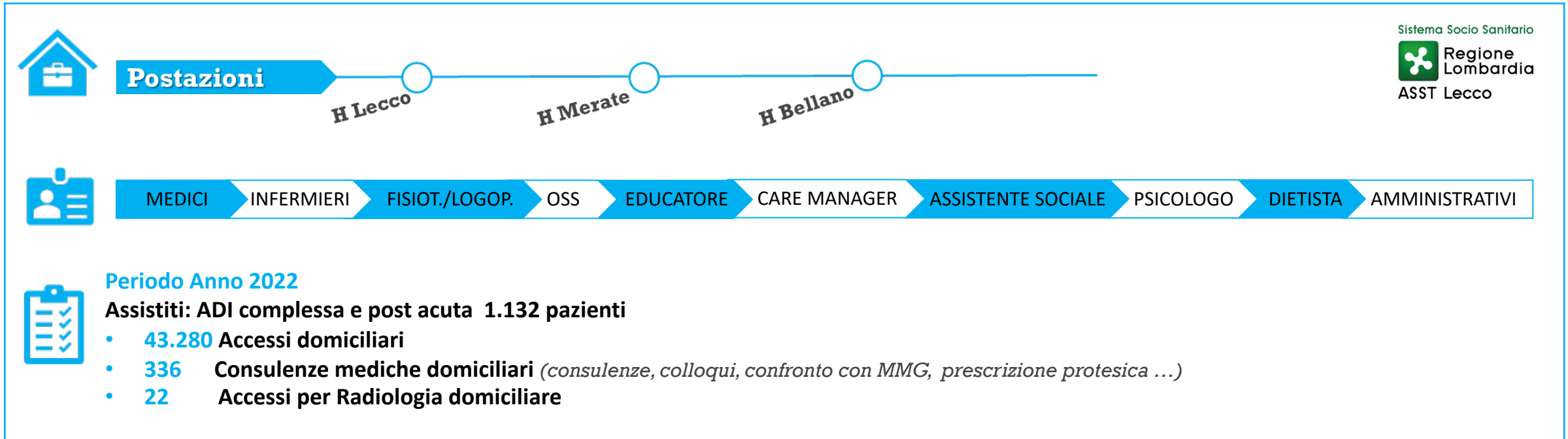
- **2.717 Dimissioni protette** (*VMD, visite in reparto colloqui, parametri, medicazioni, prelievi, educazione nursing, confronto con MMG, ...*)
- **2.341 Visite mediche in reparto** (*consulenze, colloqui, confronto con specialisti, ...*)



- 3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE
- 5. CASA DELLA COMUNITA'
- 6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'
- 8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
- 10. ASSISTENZA DOMICILIARE**
- 11. OSPEDALE DI COMUNITA'
- 12. RETE CURE PALLIATIVE

DM 77

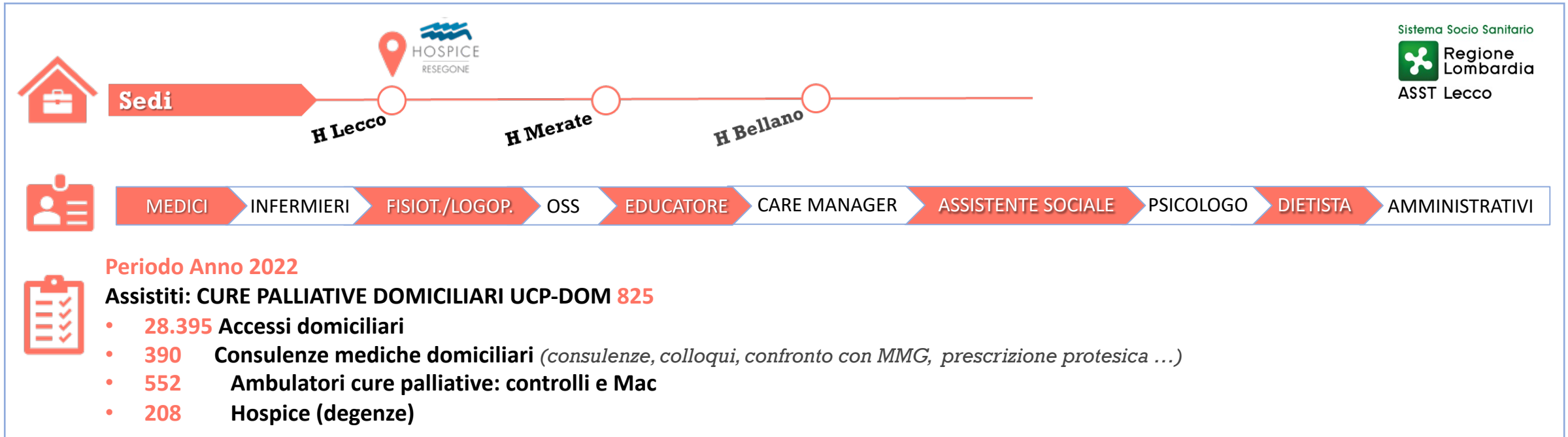
Assistenza domiciliare – La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.



- 3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE
- 5. CASA DELLA COMUNITA'
- 6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'
- 8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
- 10. ASSISTENZA DOMICILIARE
- 11. OSPEDALE DI COMUNITA'
- 12. RETE CURE PALLIATIVE**

DM 77

Rete delle Cure Palliative – È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. 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.



COME MISURARE LO SVILUPPO RETI CP

RIDUZIONE MORTALITÀ IN OSPEDALE UN INDUBBIO VANTAGGIO PER IL SISTEMA

- Fonte dati: ISTAT

Pazienti

ONCOLOGICI

	VA	CO	SO	MI	BG	BS	PV	CR	MN	LC	LO	MB	LOMBARDIA
CASA	28%	39%	33%	28%	44%	27%	16%	27%	40%	51%	30%	37%	32%
OSPEDALE	40%	33%	36%	36%	24%	28%	59%	26%	27%	22%	29%	25%	33%
HOSPICE	24%	18%	23%	29%	23%	36%	16%	37%	24%	18%	33%	32%	27%
STRUTTURA RESIDENZIALE	6%	7%	6%	5%	5%	6%	7%	7%	8%	6%	5%	4%	6%
ALTRO	2%	2%	2%	2%	4%	2%	3%	3%	2%	3%	2%	2%	2%
Totale complessivo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Pazienti

NON ONCOLOGICI

	VA	CO	SO	MI	BG	BS	PV	CR	MN	LC	LO	MB	LOMBARDIA
CASA	27%	25%	32%	21%	32%	26%	21%	17%	27%	32%	23%	25%	25%
OSPEDALE	47%	44%	39%	53%	37%	41%	50%	42%	38%	38%	43%	47%	46%
HOSPICE	1%	1%	2%	3%	3%	5%	2%	6%	3%	2%	9%	4%	3%
STRUTTURA RESIDENZIALE	21%	24%	20%	19%	23%	23%	22%	28%	26%	23%	21%	19%	22%
ALTRO	4%	6%	7%	4%	6%	4%	5%	7%	7%	6%	5%	5%	5%
Totale complessivo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

LONG TERM CARE EIGHT



Paolo Favini

GRAZIE!

