

SUL FINIRE DELLA VITA

Hospice Domus Salutis:
trent'anni di accompagnamento
e di cura



***Dall'Ospedale alla casa:
un percorso di continuità.***

Dr. Adriana Turriziani
Università Cattolica S. Cuore – Roma

Morire in Ospedale

oltre il **60%** dei malati terminali di cancro ricoverati in ospedale soffre per **sintomi non controllati**



Ospedale...minaccia per un a “buona morte”?

Inadeguatezza delle cure attualmente prestate in ospedale ai malati alla fine della vita



1. Spesso questi malati vengono sottoposti a **trattamenti intensivi inappropriati**
2. Talvolta in **disaccordo con la loro stessa volontà**, o con quella dei loro familiari.

1. Minore riconoscimento dei **bisogni psico-relazionali** oltre che fisici
2. Decesso spesso non dignitoso
3. Esperienza traumatica anche per la famiglia.



Cure Palliative sono diventate una parte fondamentale delle politiche sanitarie



UK 2004

- NHS Guidance on Cancer Services - Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer.



UK 2012

- End of Life Care Strategy - How people die remains in the memory of those who live on.



Canada 2013

- Integrating a palliative approach into the management of chronic, life-threatening diseases.



Canada 2013

- A Model to Guide Hospice - Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice.



Australia 2014

- National Consensus Statement: Essential Elements for Safe and High-Quality End-of-Life Care in Acute Hospitals.



UK 2014

- National care of the dying audit for hospitals.

Scenario nel quale i servizi sanitari e di welfare di tutto il mondo si confrontano con la necessità di dover dare risposte nuove ed adeguate ai bisogni.



WHO 2012

- Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge.



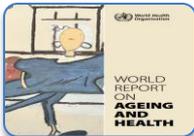
WCPA – WHO 2014

- Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.



WHO 2014

- Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course.



WHO 2015

- World report on Ageing And Health.



WCPA 2015

- Palliative Care and the Global Goal for Health.



WHO 2016

- Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers.

Processo culturale che è alla base del modello formativo per rendere le Cure Palliative appropriate e standardizzate



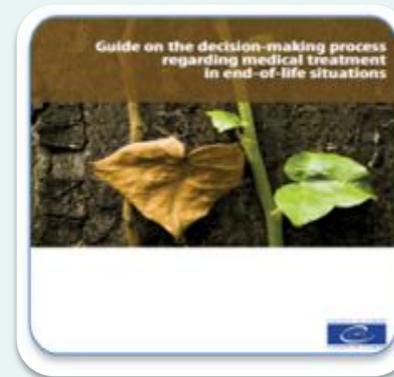
2003

Raccomandazione Rec 24 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulla organizzazione delle cure palliative.



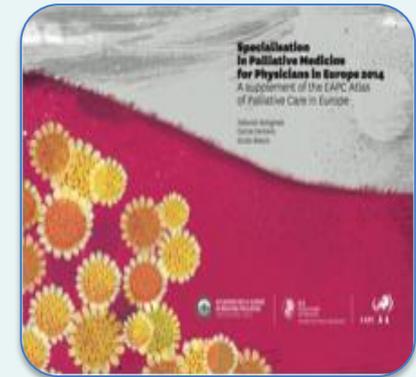
2009

EAPC - Recommendations of the EAPC for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine.



2014

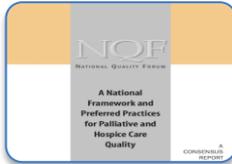
Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations.



2014

Official Certification for Palliative Medicine Physicians in Europe.

Cure Palliative del futuro saranno sempre meno cure soltanto degli ultimi giorni di vita, ma verranno applicate anche in tempi molto più precoci, flessibili e integrate.



USA 2006

- A National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality.



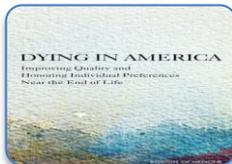
USA 2013

- National Consensus Project - Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care.



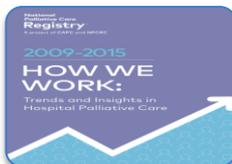
USA 2013

- National Hospice and Palliative Care Organization - Facts and Figures Hospice Care in America.



USA 2014

- Institute of Medicine - Dying in America: Improving Quality and



USA 2017

- How we work: Trends and Insights in Hospital Palliative Care.

Perché è importante identificare i malati che si “avvicinano alla fine della vita”?

Comunicazione - Pianificazione - Coordinamento.



The Joint Commission 2010

- Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care - A Roadmap for Hospitals.



UK 2010

- Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making.



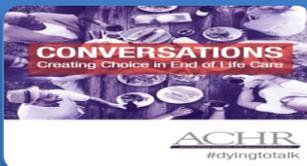
UK 2015

- Care of dying adults in the last days of life.



Nuova Zelanda 2015

- Te Ara Whakapiri
Principles and guidance for the last days of life



Australia 2016

- Conversations - Creating Choice in End of Life Care.

Quale realtà futura...?

VOLUME 35 · NUMBER 1 · JANUARY 1, 2017

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

A S C O S P E C I A L A R T I C L E

Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update

Betty R. Ferrell, Jennifer S. Temel, Sarah Temin, Erin R. Alesi, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Janice I. Finn, Judith A. Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Tanyanika Phillips, Ellen L. Stovall,† Camilla Zimmermann, and Thomas J. Smith

Qualifying Statement

This guideline uses the National Consensus Project definition of palliative care:

“Palliative care means patient and family-centered care that optimizes quality of life by anticipating, preventing, and treating suffering. Palliative care throughout the continuum of illness involves addressing physical, intellectual, emotional, social, and spiritual needs and to facilitate patient autonomy, access to information, and choice.”³(p9)

ASCO Clinical Practice Guideline Update: Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care

By Matthew Stenger

Posted: 1/9/2017 9:33:36 AM

Last Updated: 1/9/2017 9:33:36 AM

Key Recommendation

- Patients with advanced cancer, inpatients and outpatients, should receive dedicated palliative care services early in the disease course and concurrent with active treatment. Referring patients to interdisciplinary palliative care teams is optimal, and services may complement existing programs. Providers may refer caregivers of patients with early or advanced cancer to palliative care services.



WHO COLLABORATING CENTRE
PUBLIC HEALTH PALLIATIVE
CARE PROGRAMMES

Conceptual transitions in Palliative Care in the 21st century

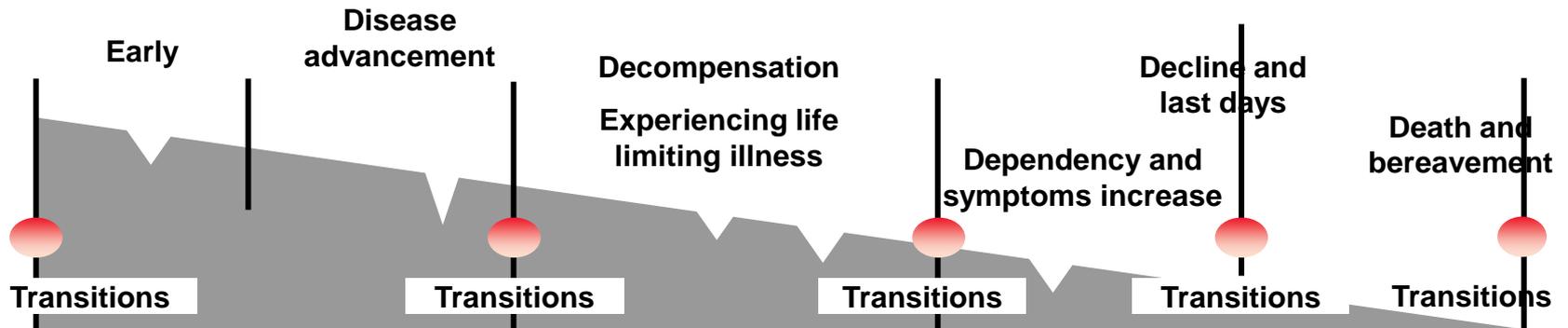
Xavier Gomez-Batiste



NECPAL

Change from	Change to
Terminalità	Patologia cronica progressiva in fase avanzata
Prognosi di settimane o giorni	Aspettative di vita limitate
Tumore	Tutte le condizioni croniche progressive
Decorso progressivo	Decorso progressivo con frequenti crisi
Dicotomia curativo-palliativo	Sincronia, cure condivise e simultanee
Prognosi come criterio per l'intervento dei servizi specialistici	Complessità come criterio
Ruolo passivo del paziente	Pianificazione anticipata delle cure
Servizi Specialistici	Attività in tutti i setting di cura
Approccio istituzionale	Approccio di comunità
Cure frammentate	Cure integrate

Transitions in life-limiting illness.....



Time of
Diagnosis

Time

...Programmazione di una **estensione non interrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali** attraverso una linearità di svolgimento degli interventi fra i diversi livelli e ambiti di erogazione delle cure e assistenza

Palliative Care



“Think ahead and get prepared” - The umbrella theory

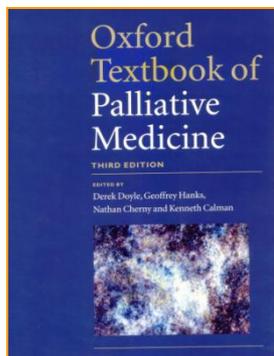
SP598. Palliative care services provide an umbrella of care for cancer patients.

KAREN MULVIHILL: CARE IN THE COMMUNITY Integrating Palliative Care Into Outpatient Oncology: A Case Study - THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE, DECEMBER 2016VOL.22•NO.16



Inadequate planning of palliative care

*Good palliative care should be **an exercise in anticipation** rather than in crisis intervention.*





**WOULD I BE SURPRISED
IF JAMES LEE DIED
WITHIN THE NEXT YEAR?**

*The ability to make an
accurate and timely
diagnosis of dying is a core
clinical skill*

ELEMENTI TRIGGER

Elementi clinici che orientano verso l'identificazione



DOMANDA SORPRENDENTE:

Saresti sorpreso se questo malato morisse nei prossimi 12 mesi?

Presenza di **Indicatori clinici generali** di deterioramento

Indicatori clinici correlati alla **patologia**

Refrattarietà/scarsa risposta ai trattamenti attivi

Scelta del malato di non essere più sottoposto a trattamenti attivi



Current evidence suggests that many people with advanced illness would choose to die at home but that the majority die in hospital...

...the palliative care situation is partly due to the lack of clear communication between the charitable sector and the NHS, as well as between hospital and community services. UK palliative care services are provided by a mixture of publicly funded (NHS) services, social services, and charitable sector services (independent hospices). This 'cross-boundary' working can be a cause of further difficulties in planning the discharge of seriously ill patients from hospitals and maintaining them at home and therefore requires a large degree of care coordination. However, these problems are not specific to the UK; patients dying in hospital when they would prefer to die in a different setting is a common theme across most developed countries (Gomes and Higginson, 2008), and studies from America and Canada have demonstrated similar difficulties in discharging patients (Booker, 2000; Alonso-Babarro et al, 2011).

To try to reduce the UK incidence of hospital deaths, efforts have been made to speed up discharges from hospital to allow death at home. In conjunction with the *End of Life Care Strategy*, service delivery changes have been piloted by Marie Curie's Delivering Choice Programme (Agelopoulos and Tate, 2009). This approach focused on service redesign and on educating health professionals (Agelopoulos, 2009). The programme has been piloted in several areas and is being rolled out across the country. However, the complex nature of the intervention means that the

time to introduce and evaluate the service can be up to several years. This service is also designed for the whole primary care trust (PCT) and does not focus specifically on the hospital sector. Our group has previously published data demonstrating the increase in discussions around preferred place of care (Gerrard et al, 2011) and the need for a 7-day palliative care service in hospital to identify and facilitate discharges so that a patient can die at home if they so wish (Birks et al, 2011). All of this was undertaken as a direct result of the *End of Life Care Strategy*. However, at the same time a review of local data suggested that fewer than 20% of patients died at home, despite nearly two thirds of patients wishing to do so. This was felt primarily to be a result of delays in discharge. This figure was also found to be lower than the national average.

...patients below the London primary care trusts allowed the development of a 7-day-per-week fast-track discharge service provided by the hospital palliative care team. The hospital team acted as coordinators, ensured that the correct medication and equipment would be available at the home, and personally transferred the patients to community services. **Results:** Data is presented from the first representative period of fast-track discharging (June 2009-July 2010). A total of 110 discharges were facilitated over this time, with the rate increasing as the service developed. The vast majority of discharges occurred within 72 hours, and a significant number (~20%) occurred within 24 hours. **Conclusions:** The data indicates that the new service is effective. There are logistical problems in providing such a service and these are discussed. Further work is required to determine the feasibility of extending this service model to other acute hospitals and to evaluate its health-economic impact.

Key words: Palliative care • Fast-track discharge • Preferred place of death • Home care

to introduce and evaluate the service can be up to several years. This service is also designed for the whole primary care trust (PCT) and does not focus specifically on the hospital sector.

Our group has previously published data demonstrating the increase in discussions around preferred place of care (Gerrard et al, 2011) and the need for a 7-day palliative care service in hospital to identify and facilitate discharges so that a patient can die at home if they so wish (Birks et al, 2011). All of this was undertaken as a direct result of the *End of Life Care Strategy*. However, at the same time a review of local data suggested that fewer than 20% of patients died at home, despite nearly two thirds of patients wishing to do so. This was felt primarily to be a result of delays in discharge. This figure was also found to be lower than the national average.

BM is Palliative Care Clinical Nurse Specialist (PCNS), **RG** is PCNS, **JC** is Clinical Audit Officer, and **LT** is PCNS, St George's Healthcare NHS trust, London; **OH** is Cancer Research UK Clinical Research Training Fellow and Honorary Consultant in Palliative Medicine, and **PS** is Maxwellian Reader in Palliative Medicine, Division of Population Health Sciences and Education, St George's University of London, Cranmer Terrace, London SW17 0RE, England

Correspondence to:
Patrick Stone
pstone@sgul.ac.uk

Cost Savings Associated With US Hospital Palliative Care Consultation Programs

COSTI

R. Sean Morrison, MD; Joan D. Penrod, PhD; J. Brian Cassel, PhD; Melissa Caust-Ellenbogen, MS; Ann Litke, MFA; Lynn Spragens, MBA; Diane E. Meier, MD; for the Palliative Care Leadership Centers' Outcomes Group

Palliative care is the interdisciplinary specialty that focuses on improving quality of life for patients with advanced illness and for their families through pain and symptom management, communication and support for medical decisions on concordant with goals of care, and assurance of safe transitions between care settings.

Morrison RS, Meier DE. Clinical practice: palliative care. N Engl J Med. 2004;350 (25):2582-2590.

As of 2005, 30% of US hospitals and 70% of hospitals with more than 250 beds reported the presence of a **palliative care program an increase of 96% from 2000.**

American Hospital Association. AHA Hospital Statistics. Chicago, IL: American Hospital Association; 2007.

Conclusion: Hospital palliative care consultation teams are associated with significant hospital cost savings.

Palliative Care

Version 1.2015
NCCN.org

Continue

© 2015 by National Comprehensive Cancer Network, Inc. All rights reserved. The NCCN Guidelines and the illustrations herein represent only the opinions of the individual authors and do not constitute an endorsement of NCCN.

Table 1. Five-Item Palliative Care Screening Tool

Screening Items	Points
1. Presence of metastatic or locally advanced cancer	2
2. Functional status score, according to ECOG performance status score	0-4
3. Presence of one or more serious complications of cancer usually associated with a life expectancy of less than 2 months (eg, brain metastases, hypercalcemia, delirium, spinal cord compression, cachexia)	1
4. Presence of one or more serious comorbid conditions associated with poor prognosis (eg, COPD or CHF, dementia, chronic renal failure, end stage liver disease)	1
5. Presence of palliative care problems	
Symptoms uncontrolled by standard approaches	1
Moderate to severe distress in patient or family, related to cancer diagnosis or therapy	1
Patient/family concerns about course of disease and decision making	1
Patient/family requests palliative care consult	1
Team needs assistance with complex decision making or determining goals of care	1
Total	0-13

Abbreviations: CHG, congestive heart failure; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group.

The NCCN palliative care (PC) guidelines recommend **screening all patients for PC issues at the first visit** with their oncologist and at subsequent, clinically relevant times. **Criteria for referral to a PC specialist** are also part of the guideline.

Prospective Cohort Study of Hospital Palliative Care Teams for Inpatients With Advanced Cancer: Earlier Consultation Is Associated With Larger Cost-Saving Effect

Peter May, Melissa M. Garrido, J. Brian Cassel, Amy S. Kelley, Diane E. Meier, Charles Normand, Thomas J. Smith, Lee Stefanis, and R. Sean Morrison

Lower cost of hospital stay....

Conclusion

Earlier palliative care consultation during hospital admission is associated with lower cost of hospital stay for patients admitted with an advanced cancer diagnosis. These findings are consistent with a growing body of research on quality and survival suggesting that early palliative care should be more widely implemented.

Overcoming Barriers to Palliative Care Consultation

Kathleen Ouimet Perrin, RN, PhD, CCRN
Mary Kazanowski, PhD, APRN, ACHPN

Overcoming Barriers to Palliative Care Consultation
Kathleen Ouimet Perrin, Mary Kazanowski
Critical Care Nurse Vol 35, No. 5, OCTOBER 2015

- 1. Patient and family**
- 2. Better QL**
- 3. Less cost of health system**

Palliative care consultations for patients with life-threatening illnesses provide benefits for the patients and their families as well as for the health care team. Patients have better quality of life and live longer but cost the health care system less. Still, many patients are not offered the opportunity to receive a palliative care consultation. Barriers to palliative care consultation for patients in critical care units include misunderstandings about palliative care and not having agreed upon criteria for referral. Critical care nurses can assist in overcoming these barriers. (*Critical Care Nurse*. 2015;35[5]:44-52)

Overcoming Barriers to Palliative Care Consultation

Kathleen Ouimet Perrin, RN, PhD, CCRN
Mary Kazanowski, PhD, APRN, ACHPN

Overcoming Barriers to Palliative Care Consultation
Kathleen Ouimet Perrin, Mary Kazanowski
Critical Care Nurse Vol 35, No. 5, OCTOBER 2015

Table 2 Criteria for initiating (possible triggers for) a palliative care consultation

Criteria for any person with a life-threatening illness ^a	Criteria for initiating palliative care services for critically ill patients ^b
The health care provider would not be <u>surprised</u> if the patient died in the next 12 months	
Admission was prompted by or involved physical or psychological <u>signs or symptoms</u> that were difficult to control	Physical <u>signs and symptoms are difficult to control</u> despite usual treatment approaches
The patient, staff, or patient's <u>family disagree</u> about medical decisions, resuscitation preferences, or nonoral feeding and hydration	The patient or surrogates wish to <u>explore supportive options</u> other than intensive care, such as hospice <u>Staff have questions about the appropriateness of the life-sustaining therapies being employed</u> <u>Complex dynamics of the patient and his or her family</u> affect decisions about use of life-sustaining treatments <u>Staff, patients, or patients' surrogates disagree</u> about prognosis and/or use of life-sustaining treatments
The patient had an out-of-hospital <u>cardiac arrest</u>	The patient has any one of a number of conditions, including <u>global ischemia after a neurological event, multisystem organ failure, active stage IV malignant tumor</u>
The patient has been in the <u>intensive care unit</u> for more than 7 days	The patient has had an <u>extended stay in the intensive care unit</u> , defined variously from as short as 7 days to as long as 2 months

^a Based on data from Weissman and Meier.¹⁶

^b Based on data from Campbell et al⁸ and Norton et al.¹¹

REVIEW ARTICLE

Dan L. Longo, M.D., *Editor*

Comfort Care for Patients Dying in the Hospital

Craig D. Blinderman, M.D., and J. Andrew Billings, M.D.*

1. Hospitals remain a major site for end-of-life care
2. Basic comfort measures
3. To promote comfort and prevent unnecessary interventions
4. Management of common symptoms into the clinical practice



The term “comfort care” is used here to describe a set of the most basic palliative care interventions that provide immediate relief of symptoms in a patient who is very close to death. Typically, these measures are used to achieve comfort for the patient rapidly; diagnostic or therapeutic maneuvers that might be appropriate for palliation in earlier stages of the illness are usually not considered in this context. Many elements of this approach can be used to ease patients’ distress in other phases of a life-threatening illness and in nonhospital settings, and they can also be applied to relieve symptoms in patients with less grave conditions.

LA NORMATIVA NAZIONALE

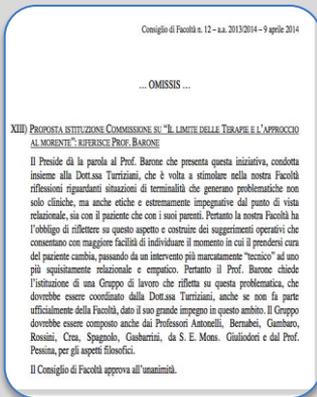


Legge del 15.3. 2010 n.38

Disposizioni per garantire accesso alle CP e TD

Riferimento normativo	Argomenti
Accordo Stato-Regioni 16.12.2010	Linee guida promozione, sviluppo e coordinamento interventi regionali CP e TD
Decreto ministeriale 4.4.2012	Istituzione Master
Intesa CSR 25.7.2012	Definizione requisiti minimi e modalità organizzative per accreditamento strutture CP e TD
Accordo Stato-Regioni 7.2.2013	Definizione delle discipline per conferimento incarichi di S.C. delle A.S.
DM 28 marzo 2013	Modifica e integrazione tabelle Servizi e specializzazioni equipollenti
Art. 1, comma 425, Legge stabilità 147	Idoneità Medici certificati
Accordo Stato-Regioni 10.7.2014	Individuazione figure professionali competenti in CP e TD
Accordo Stato-Regioni 22.1.2015	Criteri per certificazione esperienza triennale in CP
DM 14.6.2015	Criteri certificazione esperienza triennale Medici CP in servizio nelle Reti CP
Intesa Stato-Regioni 19.2.2015	Adempimenti Accreditamento strutture sanitarie e RETI

Si trova oggi e si troverà ancor più in futuro di fronte a **bisogni complessi**, in una popolazione di malati molto grande, in costante e significativo aumento.



30 novembre 2012

Attivazione Centrale post acuzie
(Protocollo n.30955 del 30/11/2012)

Nasce per colmare il vuoto assistenziale nel momento del passaggio ospedale-territorio

9 aprile 2014

Commissione di Facoltà: "Il limite delle terapie e l'approccio al morente"

1 dicembre 2015

Policy "Cure palliative e assistenza del paziente adulto al termine della vita" (PLC.008)

Approccio palliativo
Criteri clinici di valutazione
Processo decisionale alla fine della vita
Comunicazione della fase avanzata
Pianificazione assistenza

4 aprile 2016

Attivazione Consulenza Cure Palliative

21 novembre 2016

Attivazione Nuova CCA

Medico e Case Manager collaborano al fine di rilevare la problematica clinica ed assistenziale ed evidenziare il setting di cura più adeguato al caso dopo la dimissione ospedaliera



Ospedale

**PERCORSO
CURE
PALLIATIVE**

**PERCORSO
POST ACUZIE**

Territorio

Hospice

UCP domiciliare di base

UCP domiciliare specialistica

Lungodegenza Medica
Riabilitativa cod.60

Riabilitazione Intensiva
post-acuzie cod.56

Unità spinale

Unità Gravi Cerebrolesioni
Acquisite (UGCA)

CAD

NAD

RSA

**SI
Consulenza
Cure Palliative**

Mod.072

Gemelli			MODULO DI ATTIVAZIONE PERCORSO Centrale Continuità Assistenziale (CCA)		ETICHETTA PAZIENTE (obbligatoria)
Unità Operativa			Telefono	Data attivazione CCA / /	
Cognome			Nome	Cod. Sanitario	
Data di nascita			Domicilio/Residenza		
Diagnosi Principale			None		
Medico di riferimento			Specializzando di riferimento		
Data ricovero			Data presunta dimissione		/ /
BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING (BRASS) - Cercare in ogni aspetto che viene rilevato					
CS (una sola opzione)			Metodo temporaneamente (ogni opzione valida)		
0 = Di età o meno 21-80 - 75 anni			0 = Accidental		
1 = 80 - 84 anni			1 = Depresso		
Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)			Altri (una sola opzione)		
0 = Vive solo			1 = Agitato		
1 = Vive con famiglia			2 = Disabile		
2 = Vive da solo con i servizi di pronto soccorso			3 = Disabilitato con aiuto di assist.		
4 = Vive solo senza alcun sostegno			4 = Disabilitato che necessita		
5 = Assistenza domiciliare/ambulante			5 = Non identificati		
Stato funzionale (ogni opzione valida)			Dati di recupero (una sola opzione)		
0 = Autonomia (0-100%) in ADL e IADL			0 = Nessuno		
1 = Dipendenza/limitazione			1 = Difficoltà di qualità		
2 = Dipendenza/limitazione			2 = Difficoltà di qualità		
3 = Assistenza in bagno			3 = Difficoltà di qualità		
4 = Dipendenza/limitazione			4 = Difficoltà di qualità		
5 = Incompleta assistenza			5 = Difficoltà di qualità		
6 = Dipendenza/limitazione			6 = Difficoltà di qualità		
7 = Dipendenza/limitazione			7 = Difficoltà di qualità		
8 = Dipendenza/limitazione			8 = Difficoltà di qualità		
9 = Dipendenza/limitazione			9 = Difficoltà di qualità		
10 = Dipendenza/limitazione			10 = Difficoltà di qualità		
11 = Dipendenza/limitazione			11 = Difficoltà di qualità		
12 = Dipendenza/limitazione			12 = Difficoltà di qualità		
13 = Dipendenza/limitazione			13 = Difficoltà di qualità		
14 = Dipendenza/limitazione			14 = Difficoltà di qualità		
15 = Dipendenza/limitazione			15 = Difficoltà di qualità		
16 = Dipendenza/limitazione			16 = Difficoltà di qualità		
17 = Dipendenza/limitazione			17 = Difficoltà di qualità		
18 = Dipendenza/limitazione			18 = Difficoltà di qualità		
19 = Dipendenza/limitazione			19 = Difficoltà di qualità		
20 = Dipendenza/limitazione			20 = Difficoltà di qualità		
21 = Dipendenza/limitazione			21 = Difficoltà di qualità		
22 = Dipendenza/limitazione			22 = Difficoltà di qualità		
23 = Dipendenza/limitazione			23 = Difficoltà di qualità		
24 = Dipendenza/limitazione			24 = Difficoltà di qualità		
25 = Dipendenza/limitazione			25 = Difficoltà di qualità		
26 = Dipendenza/limitazione			26 = Difficoltà di qualità		
27 = Dipendenza/limitazione			27 = Difficoltà di qualità		
28 = Dipendenza/limitazione			28 = Difficoltà di qualità		
29 = Dipendenza/limitazione			29 = Difficoltà di qualità		
30 = Dipendenza/limitazione			30 = Difficoltà di qualità		
31 = Dipendenza/limitazione			31 = Difficoltà di qualità		
32 = Dipendenza/limitazione			32 = Difficoltà di qualità		
33 = Dipendenza/limitazione			33 = Difficoltà di qualità		
34 = Dipendenza/limitazione			34 = Difficoltà di qualità		
35 = Dipendenza/limitazione			35 = Difficoltà di qualità		
36 = Dipendenza/limitazione			36 = Difficoltà di qualità		
37 = Dipendenza/limitazione			37 = Difficoltà di qualità		
38 = Dipendenza/limitazione			38 = Difficoltà di qualità		
39 = Dipendenza/limitazione			39 = Difficoltà di qualità		
40 = Dipendenza/limitazione			40 = Difficoltà di qualità		
41 = Dipendenza/limitazione			41 = Difficoltà di qualità		
42 = Dipendenza/limitazione			42 = Difficoltà di qualità		
43 = Dipendenza/limitazione			43 = Difficoltà di qualità		
44 = Dipendenza/limitazione			44 = Difficoltà di qualità		
45 = Dipendenza/limitazione			45 = Difficoltà di qualità		
46 = Dipendenza/limitazione			46 = Difficoltà di qualità		
47 = Dipendenza/limitazione			47 = Difficoltà di qualità		
48 = Dipendenza/limitazione			48 = Difficoltà di qualità		
49 = Dipendenza/limitazione			49 = Difficoltà di qualità		
50 = Dipendenza/limitazione			50 = Difficoltà di qualità		
51 = Dipendenza/limitazione			51 = Difficoltà di qualità		
52 = Dipendenza/limitazione			52 = Difficoltà di qualità		
53 = Dipendenza/limitazione			53 = Difficoltà di qualità		
54 = Dipendenza/limitazione			54 = Difficoltà di qualità		
55 = Dipendenza/limitazione			55 = Difficoltà di qualità		
56 = Dipendenza/limitazione			56 = Difficoltà di qualità		
57 = Dipendenza/limitazione			57 = Difficoltà di qualità		
58 = Dipendenza/limitazione			58 = Difficoltà di qualità		
59 = Dipendenza/limitazione			59 = Difficoltà di qualità		
60 = Dipendenza/limitazione			60 = Difficoltà di qualità		
61 = Dipendenza/limitazione			61 = Difficoltà di qualità		
62 = Dipendenza/limitazione			62 = Difficoltà di qualità		
63 = Dipendenza/limitazione			63 = Difficoltà di qualità		
64 = Dipendenza/limitazione			64 = Difficoltà di qualità		
65 = Dipendenza/limitazione			65 = Difficoltà di qualità		
66 = Dipendenza/limitazione			66 = Difficoltà di qualità		
67 = Dipendenza/limitazione			67 = Difficoltà di qualità		
68 = Dipendenza/limitazione			68 = Difficoltà di qualità		
69 = Dipendenza/limitazione			69 = Difficoltà di qualità		
70 = Dipendenza/limitazione			70 = Difficoltà di qualità		
71 = Dipendenza/limitazione			71 = Difficoltà di qualità		
72 = Dipendenza/limitazione			72 = Difficoltà di qualità		
73 = Dipendenza/limitazione			73 = Difficoltà di qualità		
74 = Dipendenza/limitazione			74 = Difficoltà di qualità		
75 = Dipendenza/limitazione			75 = Difficoltà di qualità		
76 = Dipendenza/limitazione			76 = Difficoltà di qualità		
77 = Dipendenza/limitazione			77 = Difficoltà di qualità		
78 = Dipendenza/limitazione			78 = Difficoltà di qualità		
79 = Dipendenza/limitazione			79 = Difficoltà di qualità		
80 = Dipendenza/limitazione			80 = Difficoltà di qualità		
81 = Dipendenza/limitazione			81 = Difficoltà di qualità		
82 = Dipendenza/limitazione			82 = Difficoltà di qualità		
83 = Dipendenza/limitazione			83 = Difficoltà di qualità		
84 = Dipendenza/limitazione			84 = Difficoltà di qualità		
85 = Dipendenza/limitazione			85 = Difficoltà di qualità		
86 = Dipendenza/limitazione			86 = Difficoltà di qualità		
87 = Dipendenza/limitazione			87 = Difficoltà di qualità		
88 = Dipendenza/limitazione			88 = Difficoltà di qualità		
89 = Dipendenza/limitazione			89 = Difficoltà di qualità		
90 = Dipendenza/limitazione			90 = Difficoltà di qualità		
91 = Dipendenza/limitazione			91 = Difficoltà di qualità		
92 = Dipendenza/limitazione			92 = Difficoltà di qualità		
93 = Dipendenza/limitazione			93 = Difficoltà di qualità		
94 = Dipendenza/limitazione			94 = Difficoltà di qualità		
95 = Dipendenza/limitazione			95 = Difficoltà di qualità		
96 = Dipendenza/limitazione			96 = Difficoltà di qualità		
97 = Dipendenza/limitazione			97 = Difficoltà di qualità		
98 = Dipendenza/limitazione			98 = Difficoltà di qualità		
99 = Dipendenza/limitazione			99 = Difficoltà di qualità		
100 = Dipendenza/limitazione			100 = Difficoltà di qualità		
101 = Dipendenza/limitazione			101 = Difficoltà di qualità		
102 = Dipendenza/limitazione			102 = Difficoltà di qualità		
103 = Dipendenza/limitazione			103 = Difficoltà di qualità		
104 = Dipendenza/limitazione			104 = Difficoltà di qualità		
105 = Dipendenza/limitazione			105 = Difficoltà di qualità		
106 = Dipendenza/limitazione			106 = Difficoltà di qualità		
107 = Dipendenza/limitazione			107 = Difficoltà di qualità		
108 = Dipendenza/limitazione			108 = Difficoltà di qualità		
109 = Dipendenza/limitazione			109 = Difficoltà di qualità		
110 = Dipendenza/limitazione			110 = Difficoltà di qualità		
111 = Dipendenza/limitazione			111 = Difficoltà di qualità		
112 = Dipendenza/limitazione			112 = Difficoltà di qualità		
113 = Dipendenza/limitazione			113 = Difficoltà di qualità		
114 = Dipendenza/limitazione			114 = Difficoltà di qualità		
115 = Dipendenza/limitazione			115 = Difficoltà di qualità		
116 = Dipendenza/limitazione			116 = Difficoltà di qualità		
117 = Dipendenza/limitazione			117 = Difficoltà di qualità		
118 = Dipendenza/limitazione			118 = Difficoltà di qualità		
119 = Dipendenza/limitazione			119 = Difficoltà di qualità		
120 = Dipendenza/limitazione			120 = Difficoltà di qualità		
121 = Dipendenza/limitazione			121 = Difficoltà di qualità		
122 = Dipendenza/limitazione			122 = Difficoltà di qualità		
123 = Dipendenza/limitazione			123 = Difficoltà di qualità		
124 = Dipendenza/limitazione			124 = Difficoltà di qualità		
125 = Dipendenza/limitazione			125 = Difficoltà di qualità		
126 = Dipendenza/limitazione			126 = Difficoltà di qualità		
127 = Dipendenza/limitazione			127 = Difficoltà di qualità		
128 = Dipendenza/limitazione			128 = Difficoltà di qualità		
129 = Dipendenza/limitazione			129 = Difficoltà di qualità		
130 = Dipendenza/limitazione			130 = Difficoltà di qualità		
131 = Dipendenza/limitazione			131 = Difficoltà di qualità		
132 = Dipendenza/limitazione			132 = Difficoltà di qualità		
133 = Dipendenza/limitazione			133 = Difficoltà di qualità		
134 = Dipendenza/limitazione			134 = Difficoltà di qualità		
135 = Dipendenza/limitazione			135 = Difficoltà di qualità		
136 = Dipendenza/limitazione			136 = Difficoltà di qualità		
137 = Dipendenza/limitazione			137 = Difficoltà di qualità		
138 = Dipendenza/limitazione			138 = Difficoltà di qualità		
139 = Dipendenza/limitazione			139 = Difficoltà di qualità		
140 = Dipendenza/limitazione			140 = Difficoltà di qualità		
141 = Dipendenza/limitazione			141 = Difficoltà di qualità		
142 = Dipendenza/limitazione			142 = Difficoltà di qualità		
143 = Dipendenza/limitazione			143 = Difficoltà di qualità		
144 = Dipendenza/limitazione			144 = Difficoltà di qualità		
145 = Dipendenza/limitazione			145 = Difficoltà di qualità		
146 = Dipendenza/limitazione			146 = Difficoltà di qualità		
147 = Dipendenza/limitazione			147 = Difficoltà di qualità		
148 = Dipendenza/limitazione			148 = Difficoltà di qualità		
149 = Dipendenza/limitazione			149 = Difficoltà di qualità		
150 = Dipendenza/limitazione			150 = Difficoltà di qualità		
151 = Dipendenza/limitazione			151 = Difficoltà di qualità		
152 = Dipendenza/limitazione			152 = Difficoltà di qualità		
153 = Dipendenza/limitazione			153 = Difficoltà di qualità		
154 = Dipendenza/limitazione			154 = Difficoltà di qualità		
155 = Dipendenza/limitazione			155 = Difficoltà di qualità		
156 = Dipendenza/limitazione			156 = Difficoltà di qualità		
157 = Dipendenza/limitazione			157 = Difficoltà di qualità		
158 = Dipendenza/limitazione			158 = Difficoltà di qualità		
159 = Dipendenza/limitazione			159 = Difficoltà di qualità		
160 = Dipendenza/limitazione			160 = Difficoltà di qualità		
161 = Dipendenza/limitazione			161 = Difficoltà di qualità		
162 = Dipendenza/limitazione			162 = Difficoltà di qualità		
163 = Dipendenza/limitazione			163 = Difficoltà di qualità		
164 = Dipendenza/limitazione			164 = Difficoltà di qualità		
165 = Dipendenza/limitazione			165 = Difficoltà di qualità		
166 = Dipendenza/limitazione			166 = Difficoltà di qualità		
167 = Dipendenza/limitazione			167 = Difficoltà di qualità		
168 = Dipendenza/limitazione			168 = Difficoltà di qualità		
169 = Dipendenza/limitazione			169 = Difficoltà di qualità		
170 = Dipendenza/limitazione			170 = Difficoltà di qualità		
171 = Dipendenza/limitazione			171 = Difficoltà di qualità		
172 = Dipendenza/limitazione			172 = Difficoltà di qualità		
173 = Dipendenza/limitazione			173 = Difficoltà di qualità		
174 = Dipendenza/limitazione			174 = Difficoltà di qualità		
175 = Dipendenza/limitazione			175 = Difficoltà di qualità		
176 = Dipendenza/limitazione			176 = Difficoltà di qualità		
177 = Dipendenza/limitazione			177 = Difficoltà di qualità		
178 = Dipendenza/limitazione			178 = Difficoltà di qualità		
179 = Dipendenza/limitazione			179 = Difficoltà di qualità		
180 = Dipendenza/limitazione			180 = Difficoltà di qualità		
181 = Dipendenza/limitazione			181 = Difficoltà di qualità		
182 = Dipendenza/limitazione			182 = Difficoltà di qualità		
183 = Dipendenza/limitazione			183 = Difficoltà di qualità		
184 = Dipendenza/limitazione			184 = Difficoltà di qualità		
185 = Dipendenza/limitazione			185 = Difficoltà di qualità		
186 = Dipendenza/limitazione			186 = Difficoltà di qualità		
187 = Dipendenza/limitazione			187 = Difficoltà di qualità		
188 = Dipendenza/limitazione			188 = Difficoltà di qualità		
189 = Dipendenza/limitazione			189 = Difficoltà di qualità		
190 = Dipendenza/limitazione			190 = Difficoltà di qualità		
191 = Dipendenza/limitazione			191 = Difficoltà di qualità		
192 = Dipendenza/limitazione			192 = Difficoltà di qualità		
193 = Dipendenza/limitazione			193 = Difficoltà di qualità		
194 = Dipendenza/limitazione			194 = Difficoltà di qualità		
195 = Dipendenza/limitazione			195 = Difficoltà di qualità		
196 = Dipendenza/limitazione			196 = Difficoltà di qualità		
197 = Dipendenza/limitazione			197 = Difficoltà di qualità		
198 = Dipendenza/limitazione			198 = Difficoltà di qualità		
199 = Dipendenza/limitazione			199 = Difficoltà di qualità		
200 = Dipendenza/limitazione			200 = Difficoltà di qualità		

Medico di riferimento (firma e timbro) _____

SPAZIO RISERVATO A CCA - Primo contatto: Medico Infermiere Progressivo

Personale CCA di Presa in carico: _____

Nome: _____

Soluzione Individuale: _____

Data: / /

*La **continuità assistenziale** si definisce come un'organizzazione complessa in cui una pluralità di soggetti reciprocamente autonomi e indipendenti, lavorano in maniera coordinata, al fine di assicurare servizi tra loro integrati di alta qualità e clinicamente efficaci.*

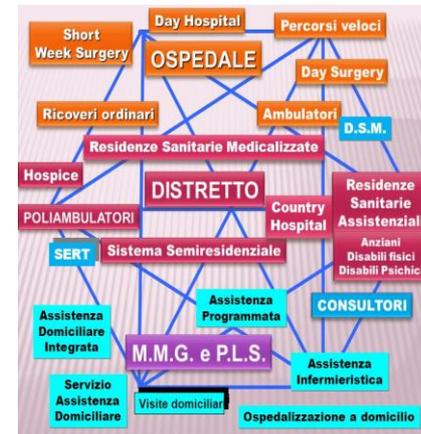
Nuovo modello di assistenza basato sulla continuità.



Ospedale, concepito come luogo di diagnosi e terapia



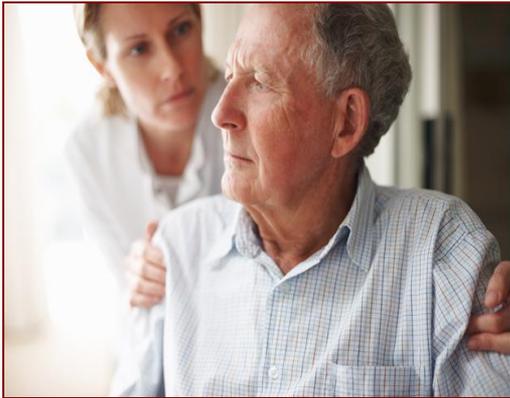
CCA



Ospedale come nodo di una rete coordinata di più strutture assistenziali, al fine di garantire una risposta il più possibile adeguata ai bisogni del paziente

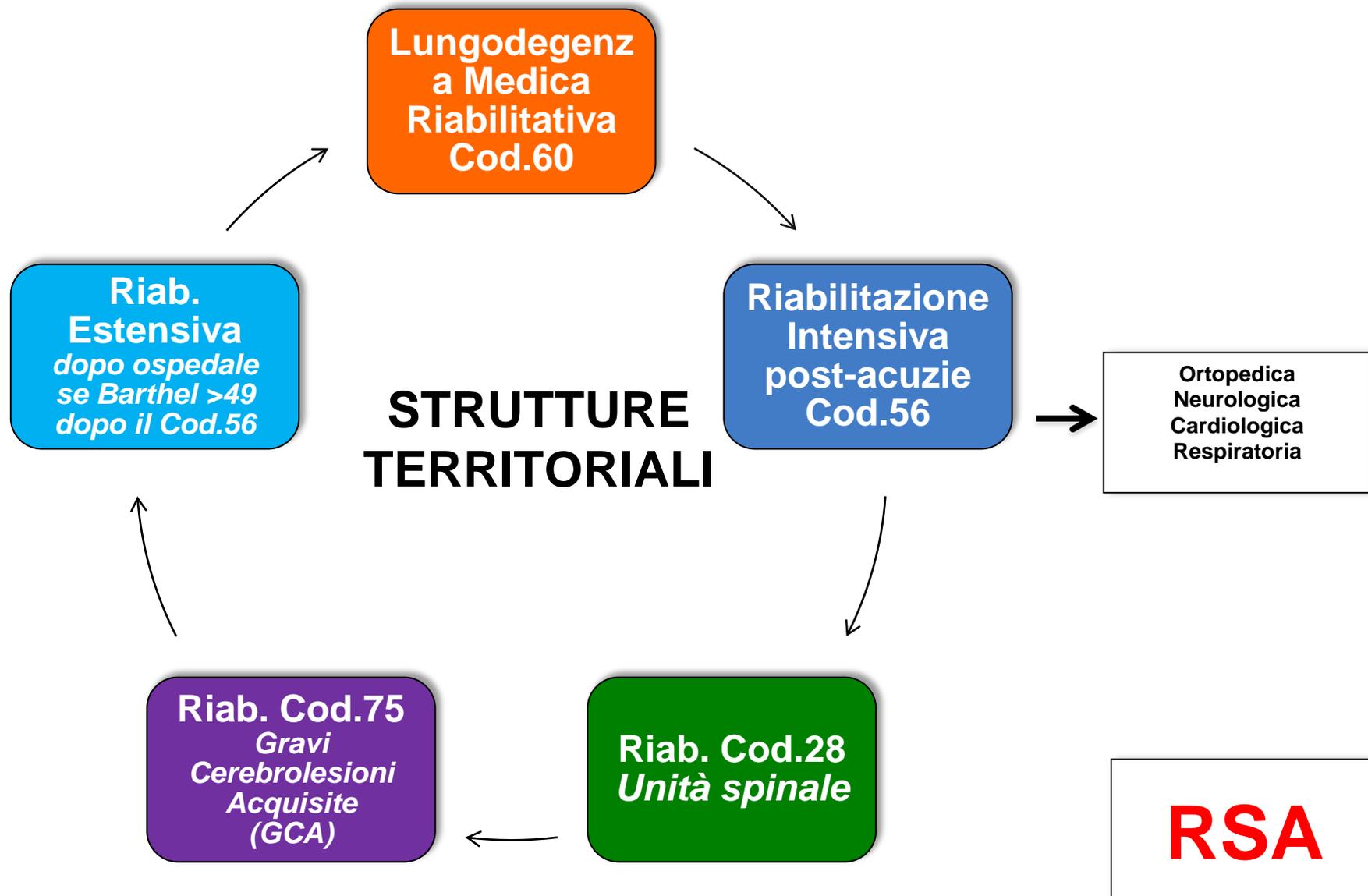
Difficile dimissibilità

- Complessità
- DRG molteplici
- Poli farmacoterapia
- Malattie croniche “instabili”
- Comorbilità
- Fragilità-disagio sociale
- Severità clinica (paziente instabili/critici)
- Patologie avanzate – malati in fase terminale

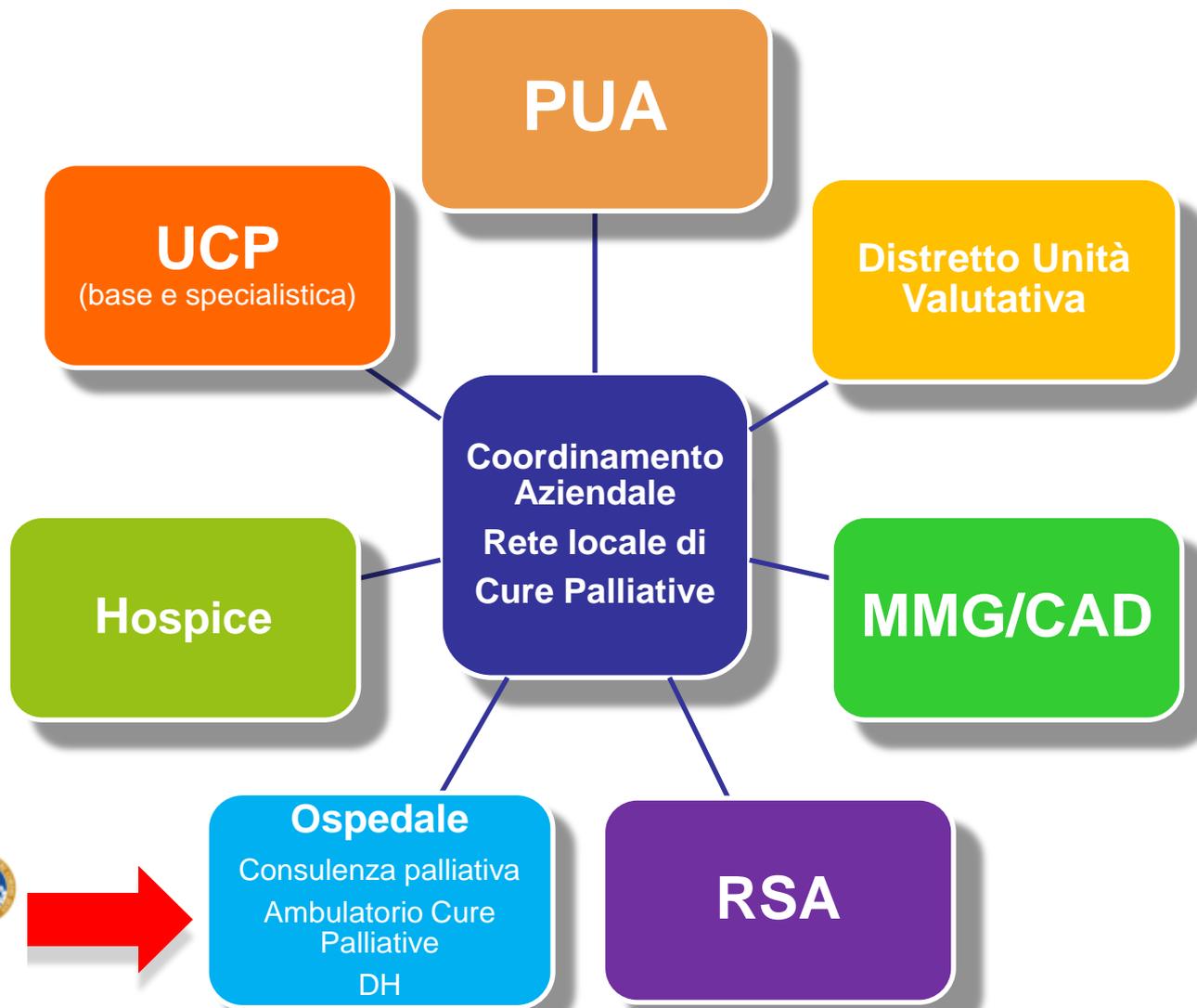


Individuare *potenziali esigenze* e iniziare a portare l'attenzione della famiglia su quello che sarà il suo *VERO CARICO ASSISTENZIALE*

OSPEDALE E INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO



OSPEDALE E INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO



Percorso post-dimissione più appropriato

CONCETTI CHIAVE

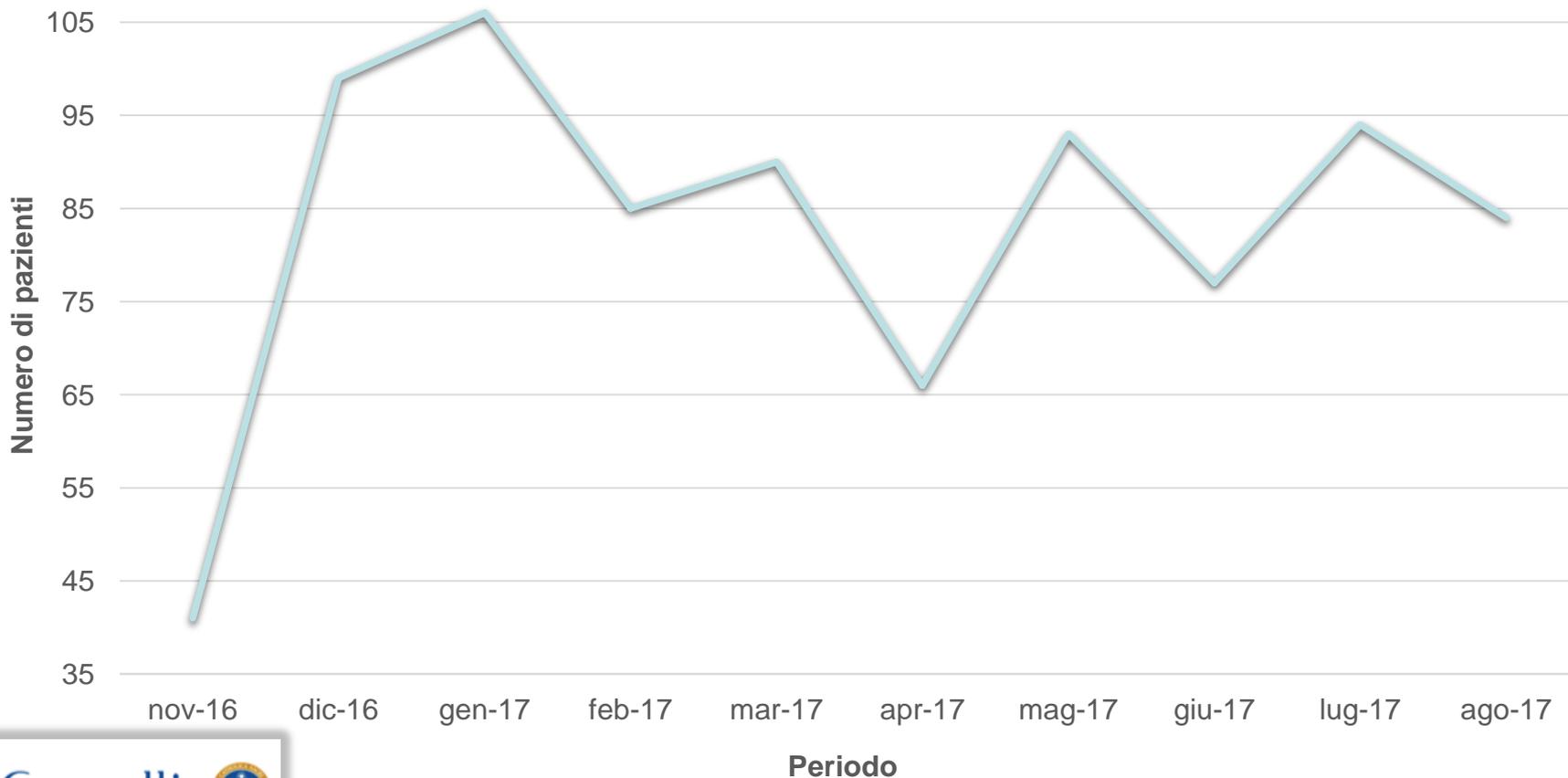


- Identificazione precoce del “*bisogno complesso*”
- Valutazione Multidimensionale
- Valutare livelli di informazione, consapevolezza diagnosi ed evoluzione prognostica
- Percorsi di cura integrati
- Continuità di cura
- **Qualità della dimissione**
- Costo-efficacia

CCA – PAZIENTI IN CARICO

1178 richieste di attivazione CCA ricevute da **52** Unità Operative

Volumi di pazienti trattati dalla CCA



Gemelli

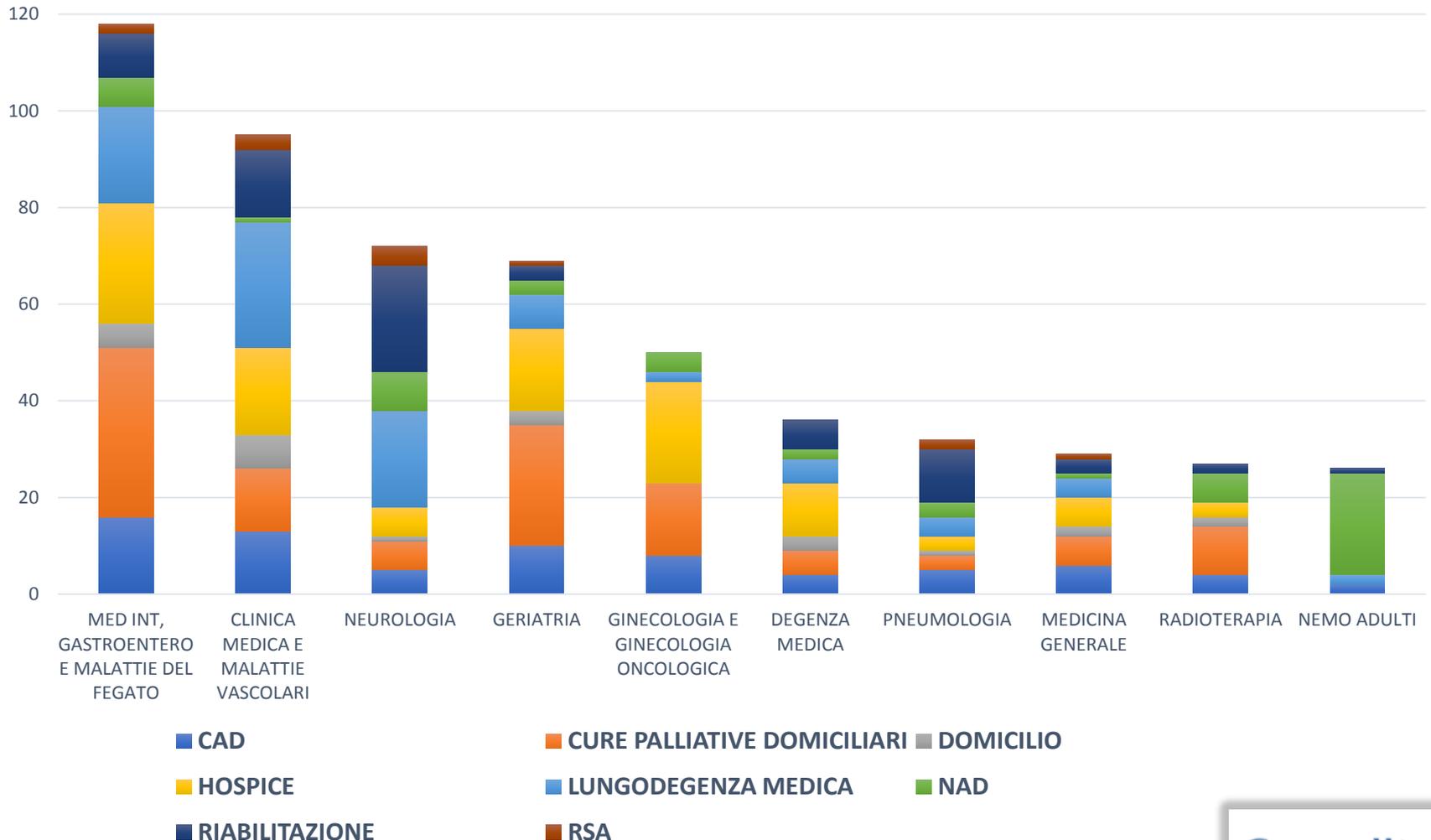


UOSA Cure Palliative e
Centrale di Continuità Assistenziale

Dati Attività CCA 2016/2017 – Plenaria FPG ottobre 2017

CCA – SETTING DI DESTINAZIONE

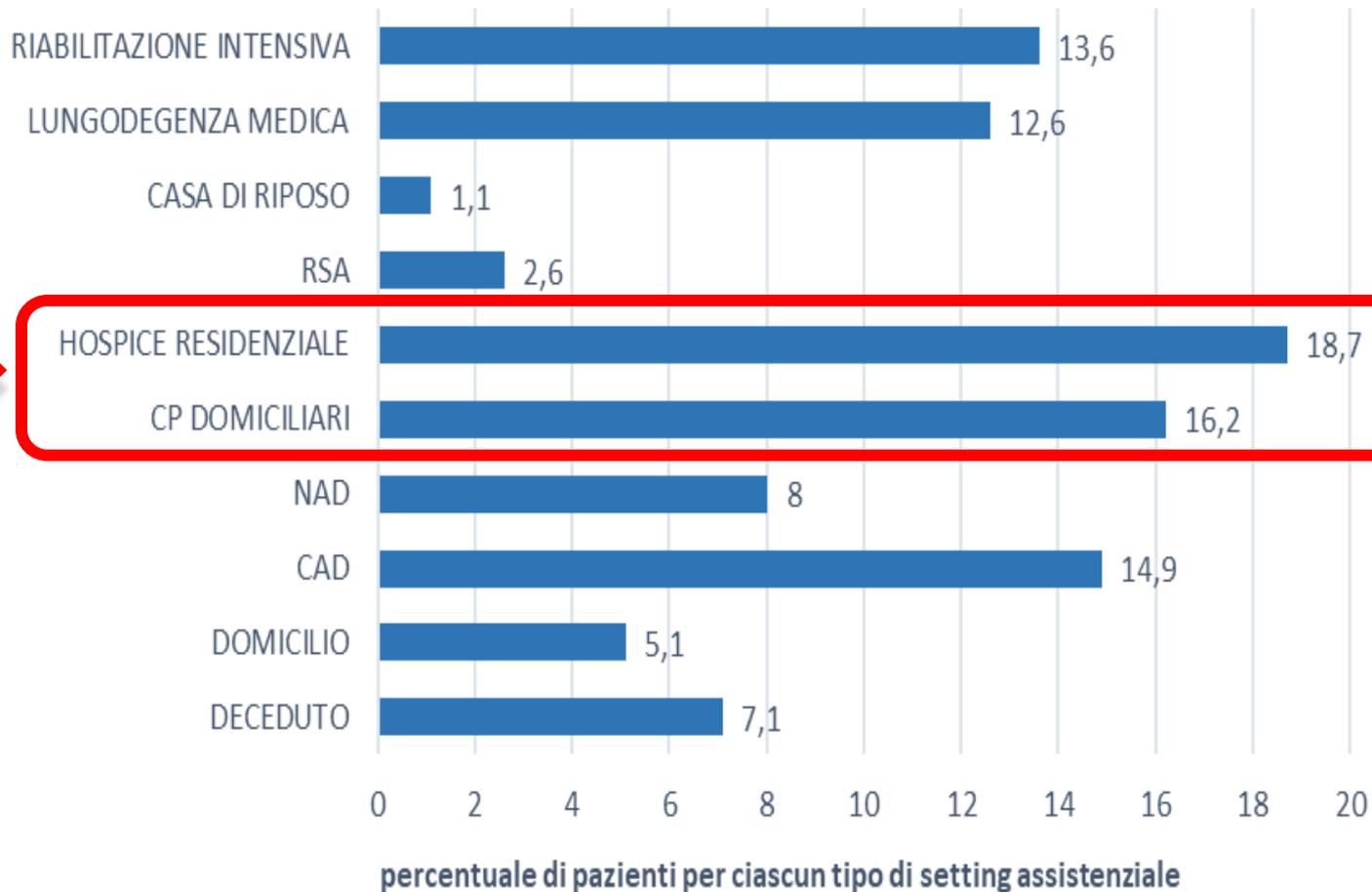
Top ten uu.oo. e setting di destinazione post-ricovero



Dati Attività CCA 2016/2017 – Plenaria FPG ottobre 2017

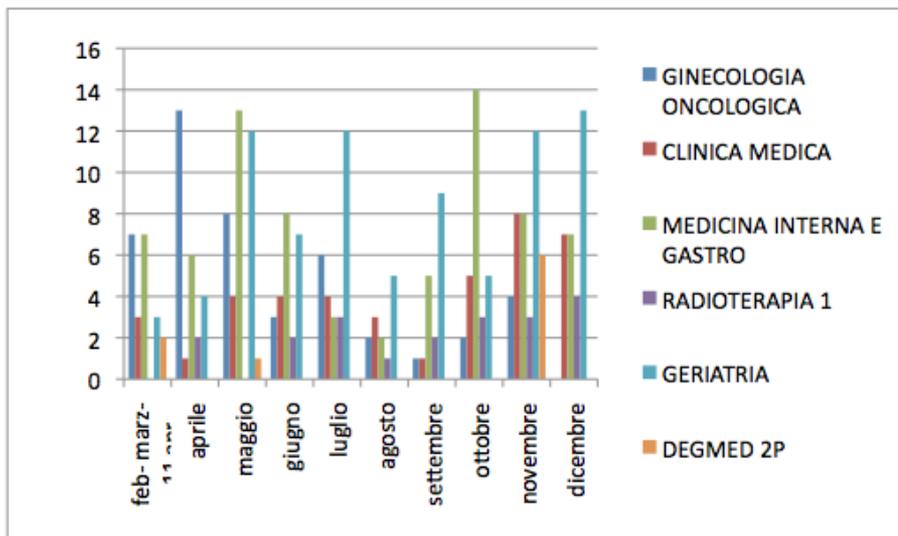
Percorso post-dimissione pazienti presi in carico dalla CCA

Setting di dimissione proposto dalla CCA



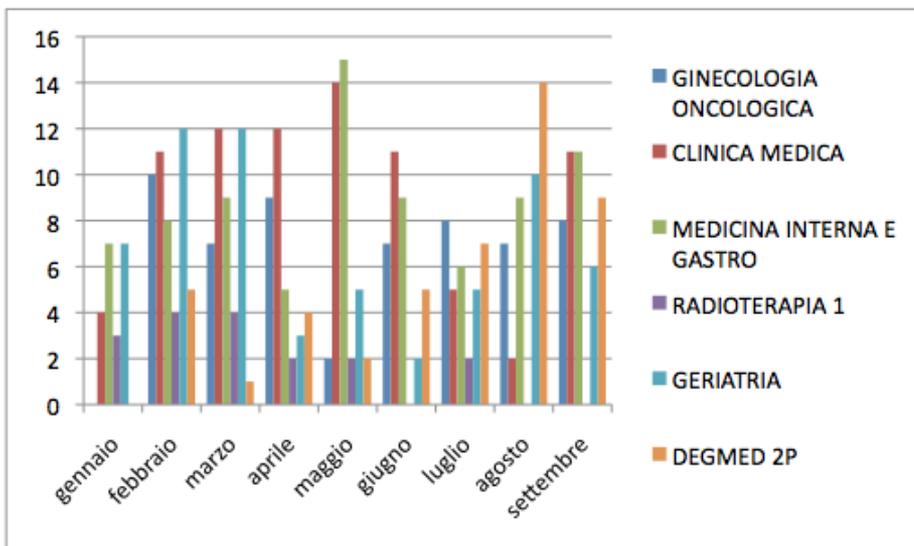
CCA – SETTING DI DESTINAZIONE

Top six UU.OO. e setting di Cure Palliative



**CONSULENZE CURE PALLIATIVE
FEBBRAIO – DICEMBRE 2016**

**Totale Consulenze CP: 417
Totale top 6: 270**

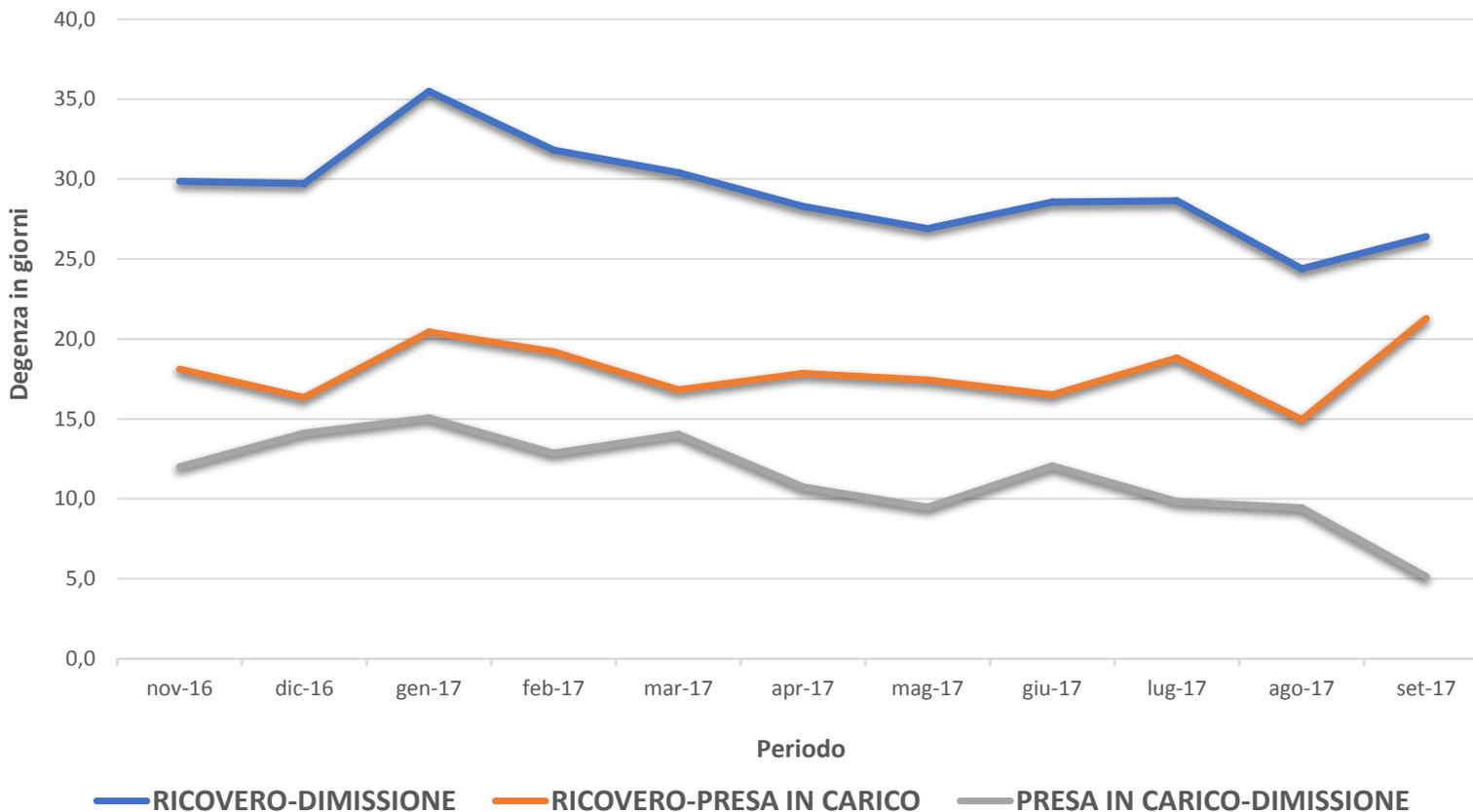


**CONSULENZA CURE PALLIATIVE
GENNAIO – SETTEMBRE 2017**

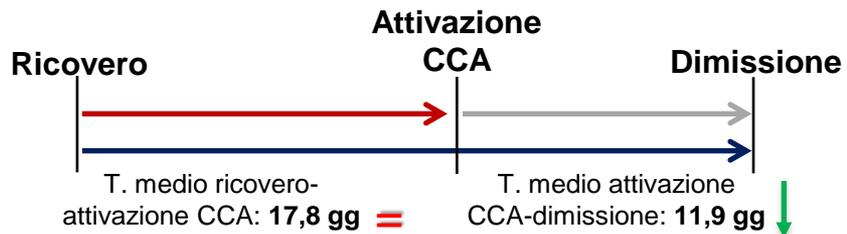
**Totale consulenze CP: 547
Totale top 6: 345**

CCA – GIORNATE DI DEGENZA

Media giornate di degenza



Dati Attività CCA 2016/2017 – Plenaria FPG ottobre 2017



TEMPO MEDIO DI DEGENZA: 29,5 GG

ANALISI PRELIMINARI DI RISPARMIO ECONOMICO

- Sono stati considerati **l'insieme dei pazienti dimessi nei mesi di novembre-dicembre**, identificandoli come tempo 0 (T0), effettuando un confronto tra questi ed i mesi successivi
- Si è proceduto calcolando gli scarti differenziali tra il tempo medio di degenza di T0 e quello dei mesi successivi (da gennaio a giugno) valutando le variazioni nella durata media di degenza
- È stato **stimato il costo medio di degenza attribuendo un costo giornaliero pari a 500 euro** (costo stimato per singola giornata di degenza per reparti a media intensità di cura)
- Infine, considerando il numero dei pazienti ricoverati nei diversi mesi per UO, si sono sommati i **ricavi/perdite mensili per ciascun mese ottenendo il valore netto semestrale**

Clinica Medica	- 72.750€
Geriatrica	- 227.800€
Medicina Interna	- 165.000€
Pneumologia	+ 131.350€
Neurologia	+ 202.500€
Ginecologia	- 41.400€
Medicina Generale	- 43.350€
Radioterapia	- 86.800€

Tutte le U.U.O.O.	Tempo medio di degenza	Scostamento tempi da t0	N pazienti in carico	Scostamento costi da t0
t0 (rif nov-dic)	29,7 gg	0,0 gg	169	0€
gen-17	34,0 gg	+4,3 gg	132	+283.800€
feb-17	32,7 gg	+3,0 gg	106	+159.000€
mar-17	29,7 gg	0,0 gg	103	0€
apr-17	29,3 gg	-0,4 gg	76	-15.200€
mag-17	24,0 gg	-5,7 gg	104	-296.400€
giu-17	24,1 gg	-5,6 gg	59	-165.200€
Netto semestrale				-34.000€

Ospedale richiede tardivamente Consulenza Cure Palliative.



Evitare la dimissione ospedaliera improvvisa e non programmata.

Accedono al Servizio di Cure Palliative pazienti con **tempo di sopravvivenza eccessivamente breve.**

Contributo della Consulenza di Cure Palliative nel migliorare **l'informazione sul goal del care e la consapevolezza della evoluzione prognostica** dei malati provenienti dagli ospedali.

Sviluppare percorsi formativi sui temi delle Cure Palliative, dedicati agli operatori

Gemelli

UOSA Cure Palliative e
Centrale di Continuità Assistenziale



CCA percorsi in uscita...



- 1. identificazione precoce** del paziente fragile durante il ricovero ospedaliero
- 2. processo di dimissione protetta** come garante della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.



PROCEDURA AZIENDALE
DIMISSIONE DI PAZIENTI IN CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ATTRAVERSO LA CCA

Rev.: 0
PRO.290

Procedura
Dimissione di pazienti in continuità assistenziale attraverso la CCA
PRO.290

	NOME	DATA	FIRMA
Redatto da:	Pietro GRASSO	2/11/17	[Firma]
	Nicola NICOLOTTI	25/05/2017	[Firma]
	Adriana TURRIZIANI	25/05/2017	[Firma]
Verificato da:	Maurizio ZEGA	4-06-17	[Firma]
	Alberto FIORE	01.06.17	[Firma]
	Maria Elena D'ALFONSO	4.06.17	[Firma]
	Roberto BERNABE	18.7.17	[Firma]
	Pierluigi GRANONE	19.7.17	[Firma]
Approvato da:	Andrea CAMBIERI	8-6-17	[Firma]
	Enrico ZAMPEDDI	21/7/17	[Firma]

Livello organizzativo di applicazione:

Aziendale

Polo

Area

Unità Operativa

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	PARRAGRAFI REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	DATA
0		Prima Stesura	25/05/2017

DOCUMENTO A USO INTERNO - VIETATA LA RIPRODUZIONE

Pag. 1 di 26

SCOPO

obiettivo proposto

CAMPO DI APPLICAZIONE

aree e i termini di applicazione della procedura

RESPONSABILITÀ

descrizione dei ruoli e degli obiettivi di ciascun attore coinvolto attivamente nell'applicazione della procedura

RIFERIMENTI E DOCUMENTI

elenco delle norme, le specifiche o la documentazione cui fare riferimento nell'applicazione della procedura

MODALITA' OPERATIVE

descrizione della corretta sequenza delle attività da svolgere per conseguire lo scopo che la procedura si è posta.



PROCEDURA AZIENDALE
DIMISSIONE DI PAZIENTI IN CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ATTRAVERSO LA CCA
Rev.: 0
PRO.290

Procedura
Dimissione di pazienti in continuità assistenziale attraverso la CCA
PRO.290

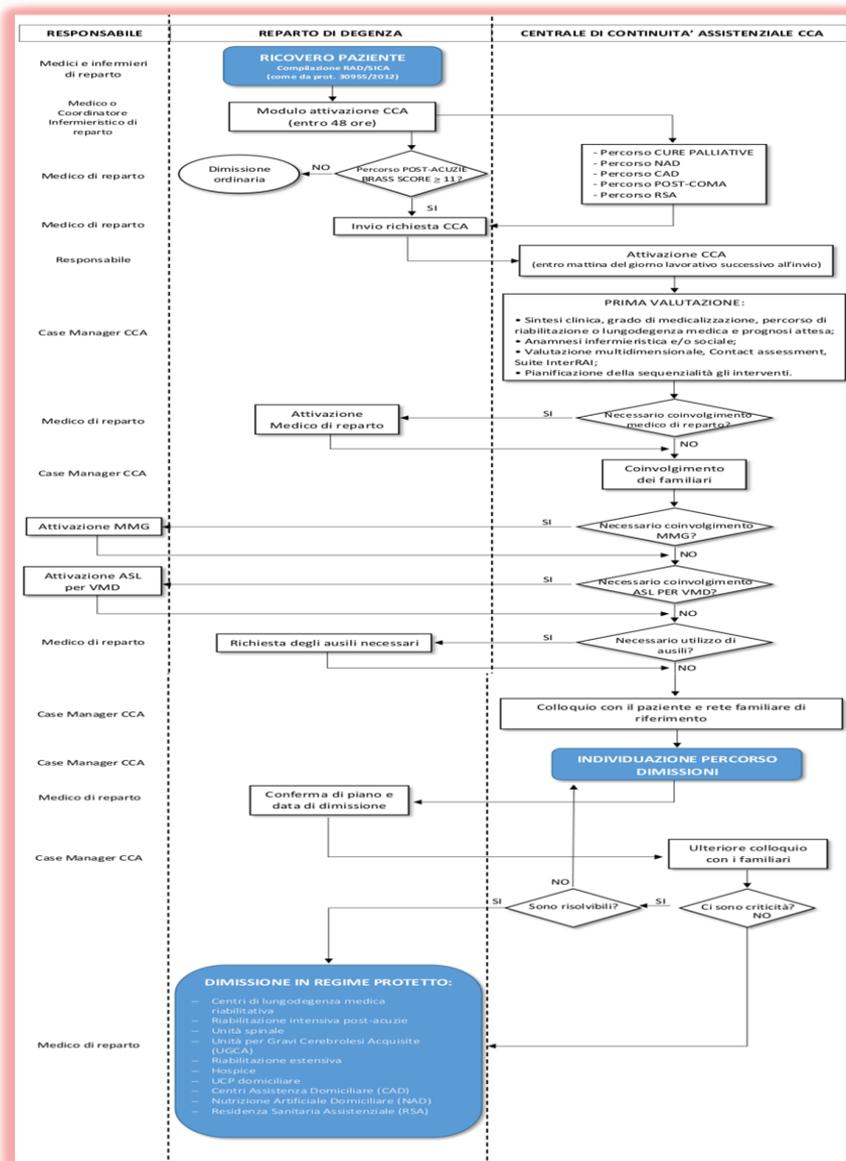
	NOME	DATA	FIRMA
Redatto da:	Pietro GRASSO	7/11/17	[Firma]
	Nicola NICOLOTTI	25/05/2013	[Firma]
	Adriano TURRIZIANI	25/05/2017	[Firma]
Verificato da:	Maurizio ZEGA	7-06-12	[Firma]
	Alberto FIORE	01.06.12	[Firma]
	Maria Elena D'ALFONSO	4.06.14	[Firma]
	Roberto BERNABE	18.7.12	[Firma]
Approvato da:	Pierluigi GRANONE	19.7.17	[Firma]
	Andrea CAMBERI	8-6-14	[Firma]
	Enrico ZAMPEDRÌ	21/7/17	[Firma]

Livello organizzativo di applicazione:
 Aziendale
 Polo
 Area
 Unità Operativa

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	PARAGRAFI REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	DATA
0		Prima Stesura	25/05/2017

DOCUMENTO A USO INTERNO - VIETATA LA RIPRODUZIONE



Prospettive future ...

Gemelli



UOSA Cure Palliative e
Centrale di Continuità Assistenziale

Procedura *Dimissione di pazienti in continuità assistenziale attraverso la CCA* (PRO.290)

- Criteri di appropriatezza invio richiesta presa in carico della CCA (criteri minimi)
- Tempistica invio
- Strumenti univoci
- Bidirezionalità delle relazioni tra i diversi attori

Procedura Aziendale
DIMISSIONE DI PAZIENTI IN CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ATTRAVERSO LA CCA

Rev. 0
PRO.290

Procedura
Dimissione di pazienti in continuità assistenziale attraverso la CCA
PRO.290

	NOI ME	DATA	FIRMA
Redatto da:	Pietro GRASSO	2/10/17	[Firma]
	Nicola NICOLOTTI	05/09/17	[Firma]
	Adriana TURKIDANI	15/09/17	[Firma]
	Mauro ZIGA	7-06-17	[Firma]
Verificato da:	Alberto FIONE	01.08.17	[Firma]
	Maria Elena D'ALFONSO	4.06.17	[Firma]
	Roberto BERNABE	18.3.17	[Firma]
Approvato da:	Pierluigi GRANONE	19.7.17	[Firma]
	Andrea CAMBERI	8-6-17	[Firma]
Approvato da:	Enrico ZAMPEDE	21/2/17	[Firma]

Livello organizzativo di applicazione:
 Aziendale
 Polo
 Area
 Unità Operativa

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	PARAGRAFI REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	DATA
0		Prima Stesura	25/05/2017

DOCUMENTO A USO INTERNO - VERBATA LA RIPRODUZIONE

Pag. 1 di 38

Accreditamento
UOSA
Cure Palliative

Accreditamento
Centrale
Continuità
Assistenziale

Prospettive attuali e future ...

Gemelli



UOSA Cure Palliative e
Centrale di Continuità Assistenziale

	NOME	DATA	FIRMA
Anziano da:	Pietro GRASSO	2/10/17	[Firma]
	Walter NICCOLOTTI	25/09/2017	[Firma]
	Adriano TURBIGNANI	25/09/2017	[Firma]
Verificato da:	Roberto BERNABEI	01/08/17	[Firma]
	Alberto FIORE	01/08/17	[Firma]
	Maria Elena D'ALFONSO	01/08/17	[Firma]
Approvato da:	Roberto BERNABEI	18/09/17	[Firma]
	Pierluigi GRANO	19/09/17	[Firma]
	Andrea GAMBARI	18/09/17	[Firma]



**Informatizzazione
UOSA Cure Palliative**
Versione condivisa del **modello
di referto** che la UOSA Cure
Palliative alla chiusura del caso
clinico

Informatizzazione CCA
Versione condivisa del **modello di
referto** che la CCA emette alla chiusura
del caso clinico dalla Case Manager
(uno per ogni percorso di dimissione)
che possa essere esaustivo e pensato
con la funzione specifica di essere un
referto da mettere in cartella clinica
alla dimissione del paziente.

Procedura Dimissione di pazienti in continuità assistenziale attraverso la
CCA (PRO.290)

Gemelli Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli
Sede Legale L.go F. Vito 1 - 00168 Roma
Codice Fiscale e P.IVA 13109681000
Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche
Prof. Roberto Bernabei

Cognome MAZZEI Nome MARIO D. nascita 15/01/1940 (77 anni) Sesso M
C.Fiscale MZMRA40A15G713L C.Sanitario 33024266 Telefono 3205537806 Regime Ric
Nosografico 0917007942659 Codice SDO 2017.000074977 U.O. 0148 MED.INT.GASTRO

Referto

Età: 77 anni

Diagnosi: Carcinoma del retto in fase avanzata di malattia. Metastasi epatiche. Ascesso presacrale. Cardiopatia ischemica. TC addome con mdc (20/09/2017): "... In sede presacrale, si documenta una raccolta a contenuto disomogeneo, delimitata da pareti iperdense dopo mdc e con alcune bolle aeree nel contesto, delle dimensioni assiali massime di circa 6,8x5 cm e con estensione CC di 7,8 cm circa, compatibile con raccolta flogistica organizzata (...) Tale raccolta appare indissociabile da anse ileali distali, prolapsate in pelvi, che appaiono conglobate tra loro e stirate verso la raccolta in sede supero-laterale sinistra (aderenze post chirurgiche?). Ne consegue distensione fluida con livelli idroaerei dell'ileo medio-proximale, in rapporto a quadro di subocclusione (...) Fegato nei limiti morfovolumetrici della norma, ove si confermano le numerose formazioni rotondeggianti di natura ripetitiva, localizzate in entrambi i lobi epatici, delle dimensioni comprese fra pochi mm e 23mm (la maggiore apprezzabile nel VIII segmento)".

Segni e Sintomi clinici: Occlusione intestinale. Sarcopenia. Calo ponderale. Astenia. Allettamento. Anemia (10.3 g/dL).

Terapia: Terapia antibiotica. Nutrizione parenterale di supporto per via periferica. Terapia cardiologica.

Problemi assistenziali: Colostomia. Drenaggio presacrale.

Situazione socio-familiare: Paziente proveniente da domicilio dove vive da solo.

Parere: Alla luce delle condizioni cliniche, dei bisogni assistenziali e dell'evoluzione prognostica attesa, utile un colloquio con la famiglia per la pianificazione del percorso di continuità delle cure. Si informano i curanti di reparto.

Prestazioni
CONSULENZA CURE PALLIATIVE, eseguito il 27/09/2017

27/09/2017 11:23
Firma Medico

Effect of Palliative Care on Aggressiveness of End-of-Life Care Among Patients With Advanced Cancer

Daniel P. Triplett, Wendi G. LeBrett, Alex K. Bryant, Andrew R. Bruggeman, Rayna K. Matsuno, Lindsay Hwang, Isabel J. Boero, Eric J. Roeland, Heidi N. Yeung, and James D. Murphy

WHAT WE DID

- We examined the effect of exposure to palliative care on healthcare use at the end of life among **6,580 Medicare beneficiaries** with advanced prostate, breast, lung, or colorectal cancer.
- We compared health care use **before** and **after** palliative care consultation to a matched nonpalliative care cohort.

WHAT WE FOUND

- The palliative care cohort had higher rates of health-care use in the **30 days before palliative care consult** compared with the non-palliative cohort, with **higher rates of hospitalization**, invasive procedures, and chemotherapy administration.

Effect of Palliative Care on Aggressiveness of End-of-Life Care Among Patients With Advanced Cancer

Daniel P. Triplett, Wendi G. LeBrett, Alex K. Bryant, Andrew R. Bruggeman, Rayna K. Matsuno, Lindsay Hwang, Isabel J. Boero, Eric J. Roeland, Heidi N. Yeung, and James D. Murphy

Earlier Palliative Care

- Reductions in average hospitalization days ($p < .05$)
- Increased time enrolled in hospice ($p < .001$)
- Reductions chemotherapy ($p < .001$).

Patients with **earlier palliative care consultation** in their disease course had **larger absolute reductions in health-care use** compared with those with palliative care consultation closer to the end of life.

Over the past 7 years, palliative care penetration in hospitals has **increased by 78%**.

National Palliative Care Registry
A project of CAPC and NPCRC

2009-2015

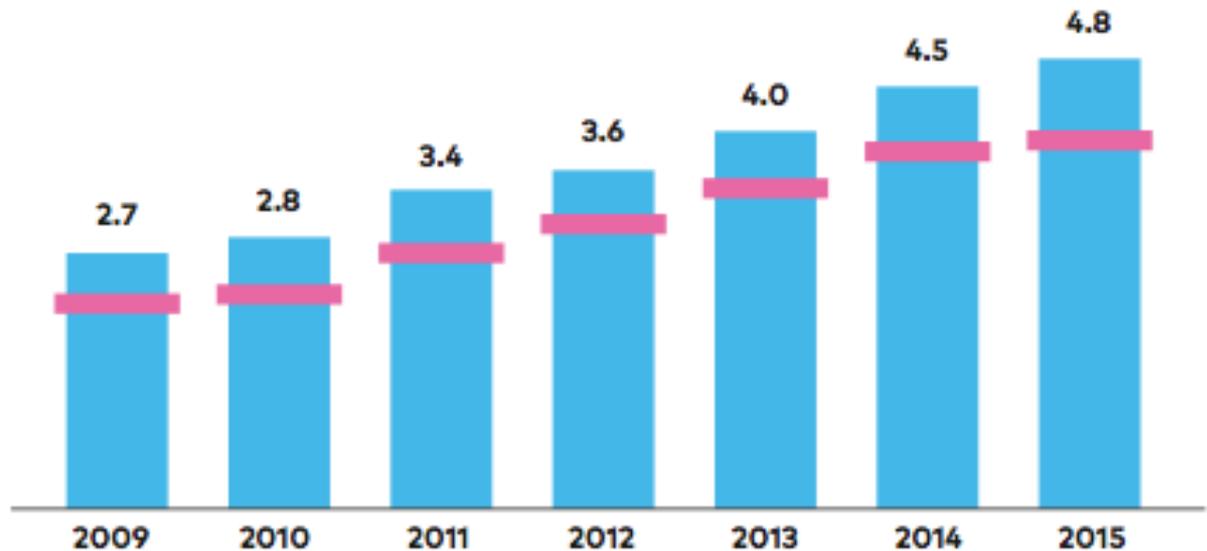
HOW WE WORK:

Trends and Insights in Hospital Palliative Care

Palliative Care Service Penetration

Palliative care service penetration is the percentage of annual hospital admissions seen by the palliative care team. Over the past 7 years, palliative care penetration has increased by 78%. In 2015, on average, 4.8% of all hospital admissions received palliative care.

■ Mean Penetration
■ Median Penetration



10 features of the future hospital ...

 BioMed Central

 Critical Care

HOME

ABOUT

ARTICLES

SUBMISSION GUIDELINES

REVIEW | OPEN ACCESS

The hospital of tomorrow in 10 points

[Jean-Louis Vincent](#) ✉ and [Jacques Creteur](#)

Critical Care 2017 21:93 | <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1664-7> | © The Author(s). 2017

Published: 11 April 2017

9. There will be continuity between hospital and home care

Thanks to telemedicine, discharged patients will be managed "remotely" by the same team as in the hospital. With a large screen and a webcam, and continued non-invasive monitoring if required, the patient will be able to complete regular follow-up checks with a nurse and/or doctor via videocall, and to discuss any acute problems or concerns. The quality of the images and speed of connection will be such that it will be little different from being physically present in the hospital. This improved follow-up system will reduce the number of missed out-patient appointments post discharge and decrease readmission rates. Obviously, if dressings need to be changed or other procedures require a professional intervention, a mobile team can easily be dispatched to the patient's home or the patient can attend the local primary care center.

10 features of the future hospital ...

 BioMed Central

 Critical Care

HOME

ABOUT

ARTICLES

SUBMISSION GUIDELINES

REVIEW | OPEN ACCESS

The hospital of tomorrow in 10 points

Jean-Louis Vincent  and Jacques Creteur

Critical Care 2017 21:93 | <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1664-7> | © The Author(s). 2017

Published: 11 April 2017

10. Ethical decisions will be openly discussed and end-of-life care improved

There will be much more open discussion about end-of-life choices in and out of hospital and patients will have their wishes recorded early, preferably through a specially trained person (better than writing advance directives). End-of-life discussions and decisions will be facilitated by access to more accurate prognostic and quality-of-life data derived from continually updated analysis of big and deep data using sophisticated statistical programs. In patients whose condition will inevitably lead to death and in whom further treatment will not be of benefit, the end-of-life process can be started, aided by earlier open discussions and known, documented preferences. There will be greater acceptance of physician-assisted suicide and euthanasia around the globe [11], and the use of increasing doses of sedative agents with the sole purpose of shortening the end-of-life process and permitting death with dignity will be practiced, as it is already in Belgium [12], more widely.

PHYSICIAN TO PHYSICIAN *COMMUNICATION*



- “No longer does one practitioner typically **take responsibility** for **orchestrating the core functions of the sending and receiving teams during a care transition ... many of the professionals involved in transitional care HAVE NEVER PRACTICED in settings to which they are sending patients ...**
- *Accordingly, they are often unfamiliar with the capacity of these settings for delivering care and may **transfer patients inappropriately.**”*

La sfida dei prossimi anni ...

**Diffusione Cure
Palliative non
oncologiche**

&

**Progressiva integrazione
Cure Palliative in
Ospedale**



“...è il tempo che diamo alle persone che le rende preziose...”

Il piccolo principe
Antoine De Saint-Exuery