

## SUL FINIRE DELLA VITA

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

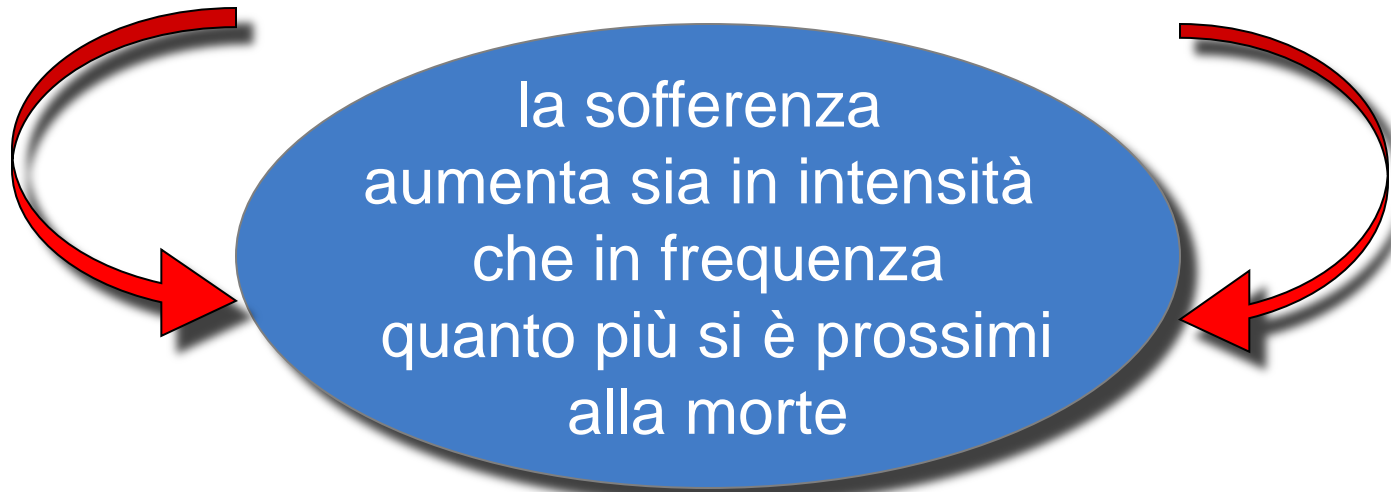


***Dall'Ospedale alla casa:  
un percorso di continuità.***

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



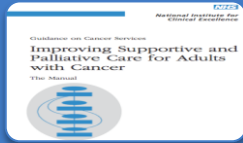
1. Spesso questi malati vengono sottoposti a **trattamenti intensivi inappropriati**
2. Talvolta in **disaccordo con la loro stessa volontà**, o con quella dei loro familiari.

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.



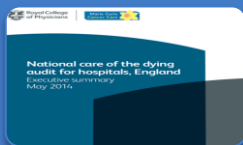
## Canada 2013

- 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.



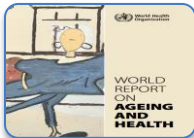
## **WCPA – WHO 2014**

- 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.



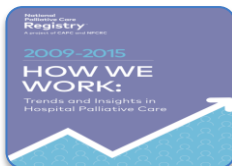
### USA 2013

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



### USA 2014

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

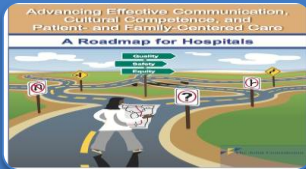


### USA 2017

- 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.



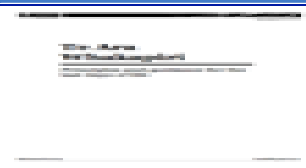
### UK 2010

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



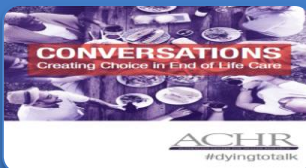
### UK 2015

- 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.



# L'approccio palliativo ha trovato un nuovo ruolo collocandosi lungo tutta la traiettoria di malattia al fine di

1. sollevare la sofferenza, migliorare la qualità di vita
2. coinvolgere ed educare la popolazione al "prendersi cura"
3. impegnarsi per una **morte dignitosa**.



# 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.”<sup>3</sup>(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

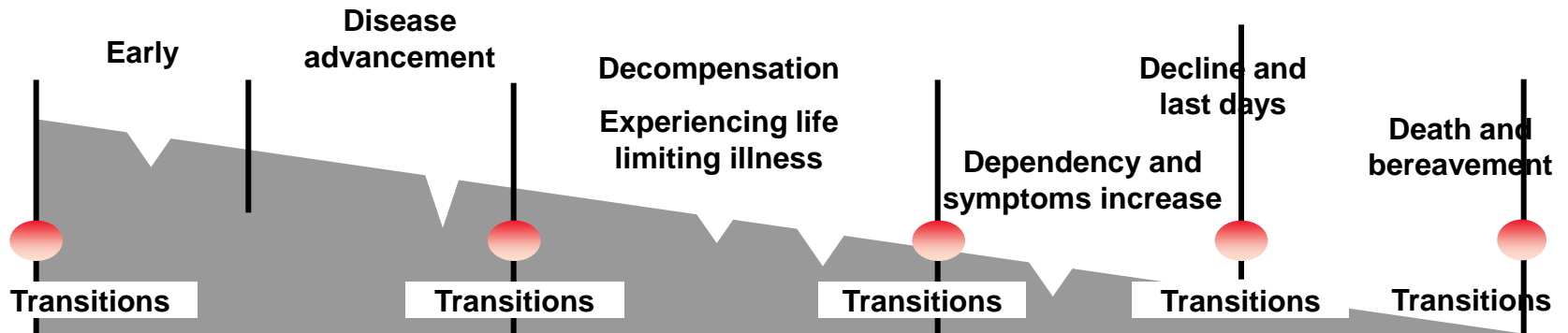
## Conceptual transitions in Palliative Care in the 21st century Xavier Gomez-Batiste



**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***

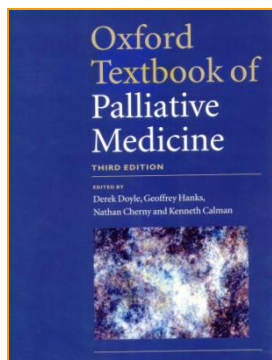
**SP598.** Palliative care services provide an umbrella of care for cancer patients.

KAREN MULVIHILL: CARE IN THE COMMUNITY Integrating Palliative Care Into Outpatient Oncology: A Case Study - THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE, DECEMBER 2016 VOL.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

**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 [patrick@sgul.ac.uk](mailto:patrick@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 members 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, end-stage 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
<b>Total</b>	<b>0-13</b>

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.**

Paul A. Glare, MBBS, MM, FRACP, FACP,  
Deborah Semple, RN, Stacy M. Stabler, MD, MPH,  
and Leonard B. Saltz, MD: Palliative Care in the  
Outpatient Oncology Setting: Evaluation of a  
Practical Set of Referral Criteria  
- JOURNAL OF ONCOLOGY PRACTICE • VOL. 7,  
ISSUE 6

## 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 <sup>a</sup>	Criteria for initiating palliative care services for critically ill patients <sup>b</sup>
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

<sup>a</sup> Based on data from Weissman and Meier.<sup>16</sup>

<sup>b</sup> Based on data from Campbell et al<sup>8</sup> and Norton et al.<sup>11</sup>




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

**Gemelli**  
Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

Divisione Sanitaria  
El/Oncologia

Al Direttore di Dipartimento  
Al Direttore di Oncologia  
Al Dirigente Medico e Sanitari  
Al Direttore della Farmacia Oncologica  
Al Direttore del Nucleo Citologia e Spina  
Al Responsabile dell'U.T.A.  
Al Responsabile Infermieristico del Dipartimento  
Al Caposala Infermieristico  
Al Caposala

Al Direttore della Fondazione  
Al Dirigente Amministrativo del Policlinico  
Al Dirigente Amministrativo di Servizi e Uffici

**OGGETTO:** attivazione centrale post acuzie

La finalità del progetto di continuità assistenziale del Policlinico A. Gemelli risponde all'esigenza di strutturare percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio di assistenza, in grado di colmare ogni possibile discontinuità che, oltre a essere maggiormente generata dal diverso tipo di prestazione erogata, può compromettere il buon esito della cura e condurre ad insoddisfazione di qualsiasi natura (non necessariamente sanitaria). Non è infrequente infatti che il paziente o i suoi familiari abbandonino cure in vita per un'erronea percezione della cura, connessa da un'errata interpretazione del percorso assistenziale, senza averne un reale consapevolezza della sua opportunità e possibilità di sviluppo.

Il fine di questo intervento è quello di garantire, individualmente per il singolo dipendente di una Facoltà che possa fungere da centro tra la realtà ospedaliera e quella territoriale, e che agisca da garante della continuità delle cure assistenziali per ogni "casi" "complessi" percorsi percorsi di cura percorsi cronico-degenerativi che non autosolvono.

Il progetto di continuità assistenziale comporta l'individuazione di modalità di risposta e di interventi sanitari ed ospedalieri in Policlinico e in sede territoriale. E come conseguenza importante nasce anche la necessità operativa di creare in sede di cura del paziente ed attraverso cui realizzare la continuità assistenziale, e tramite tali modalità di un percorso assistenziale, integrato, con risorse ospedaliere e territoriali, oggi necessariamente individuali (case manager "single").

Il Consiglio di Facoltà approva all'unanimità.

Consiglio di Facoltà n. 12 - aa. 2013/2014 - 9 aprile 2014

... OMISISS ...

**XIII PROPOSTA ISTITUZIONE COMMISSIONE SU "IL LIMITE DELLE TERAPIE E L'APPROCCIO AL MORENTE" - REFERENTE PROF. BARONE**

Il Preside di la parola al Prof. Barone che presenta questa iniziativa, condotta insieme alla Dott.ssa Turriani, che è volta a stimolare nella nostra Facoltà riflessioni riguardanti situazioni di terminalità che generano problematiche non solo cliniche, ma anche etiche e estremamente impegnative dal punto di vista relazionale, sia con il paziente che con i suoi parenti. Pertanto la nostra Facoltà ha l'obbligo di riflettere su questo aspetto e costruire dei suggerimenti operativi che consentano con maggiore facilità di individuare il momento in cui il prendersi cura del paziente cambia, passando da un intervento più marcatamente "tecnico" ad uno più squisitamente relazionale e empatico. Pertanto il Prof. Barone chiede l'istituzione di un Gruppo di lavoro che rifletta su questa problematica, che dovrebbe essere coordinato dalla Dott.ssa Turriani, anche se non fa parte ufficialmente della Facoltà, dato il suo grande impegno in questo ambito. Il Gruppo dovrebbe essere composto anche dai Professori Antonelli, Bernabei, Camburo, Rossini, Crea, Spagnolo, Gubarini, da S. E. Mons. Giuliodori e dal Prof. Pesina, per gli aspetti filosofici.

Il Consiglio di Facoltà approva all'unanimità.

**Gemelli**  
Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

POICISA  
CURE PALLIATIVE E ASSISTENZA DEL PAZIENTE ADULTO AL TERMINE DELLA VITA

Area: 02  
PLC008

POICISA  
Cure palliative e assistenza del paziente adulto al termine della vita  
PLC008

Autore del	NOPI	DATA	PRIMA
Verificato da: <td>Antonio Turriani</td> <td></td> <td></td>	Antonio Turriani		
	Alberto Fava		
	Antonio Elisabetta Sagnoli		
Approvato da: <td>Enrica Barzanti</td> <td></td> <td></td>	Enrica Barzanti		

Unità organizzativa di appartenenza:  
 Azienda  
 Polo  
 Area  
 Unità Operativa

STATO DELLE REVISIONI

Num. A.	PARAGRAFO REVISIONI	DESIONE REVISIONE	DATA
0		Prima Versione	04/10/2013

ALLEGATO 1 DEL DOCUMENTO DI LINEA FACOLTÀ 2013/2014  
Pag. 1 di 11

**Gemelli**  
Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

El/Oncologia Sanitaria  
Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli  
POLICISA 008

Per la cura palliativa e assistenza del paziente adulto al termine della vita

Al Direttore della Unità Operativa Complessa di Ricovero Ordinario e Di

F.A.C.

Al Direttore dell'Area Geriatrica e Ortopedia Riabilitativa  
Al Dirigente STPA dell'Area Geriatrica e Ortopedia Riabilitativa  
Al Responsabile del Controllo di Gestione  
Al Responsabile dell'ITPA  
Al Responsabile ICT

S.E.D.E.

**OGGETTO:** attivazione della Consensus di Cure Palliative

Si comunica che il **SESTIERE DEL 2015**, viene attivata la Consensus di Cure Palliative dedicata al paziente con bisogni complessi nella fase avanzata di malattia e nel fine vita.

Tale Consensus è finalizzata a facilitare la presa in carico, la programmazione del percorso di cure e il trattamento di tutti i sintomi correlati alla malattia e valutare i bisogni psicologici relazionali, opportunità di rendere più consapevole il paziente della prognosi, alle malattie e alle

Una risposta all'esigenza di strutturare l'approccio palliative e percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio in grado di colmare ogni possibile discontinuità che può compromettere il buon esito delle cure e condurre alla medicalizzazione di condizioni anche non strettamente sanitarie.

La Consensus di Cure Palliative viene attivata in funzione dell'aumento della complessità dei bisogni del paziente. A determinare la complessità concorrono l'instabilità clinica, i sintomi di difficile controllo, il dolore fisico e psicologico e spirituale, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e la necessità di favorire la discussione e la risoluzione dei quesiti etici che diventano preponderanti.

La complessità e le variabilità dei bisogni del malato, in particolare nella fase di fine vita, rendono indispensabile rispondere a una rivoluzione dell'assistenza di cura e del setting assistenziale. La presa in carico deve essere inoltre ospitata e gestita al meglio la continuità dell'assistenza e percorsi terapeutici, sempre e flessibili.

**Gemelli**  
Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli

Divisione Sanitaria

Al Direttore di Polo  
Al Direttore di Area  
Al Dirigente Medico e Sanitari  
Al Direttore della Farmacia Oncologica  
Al Responsabile Infermieristico del Polo  
Al Responsabile dell'U.T.A.  
Al Responsabile Infermieristico di Servizi e Uffici

S.E.D.E.

**OGGETTO:** Centro di Continuità Assistenziale (CCA)

La Consensus di Continuità Assistenziale (CCA) finalizzata, nelle sue organizzazioni, alla cura "totalitaria" del paziente nell'ambito del percorso di gestione della degenza ospedaliera. Essa ha lo scopo di garantire l'efficienza della nostra Fondazione, attraverso il potenziamento del paziente verso un alto setting assistenziale, tramite la creazione di consensi e la cura del paziente nella fase avanzata di malattia e nel fine vita. Tale cura coinvolge al meglio la Consensus tra tutti i servizi e non si limita ad un intervento e ricopre tutto il ciclo, intervenendo sulla gestione degli stessi in modo efficace e tempestivo, individuando come strutture territoriali ad appropriate.

Assieme a questo si sviluppa, ulteriormente, questo modello organizzativo ed operativo il campo di azione attraverso obiettivi comuni ed condivisi, strutture e percorsi e metodologie pratiche che investono il "paciente fragile" e il percorso percorso clinico integrato con il territorio, mantenendo alta qualità formativa e operativa di "formare" e sviluppare le competenze di lavoro ed attività specifiche di singoli esperti del territorio.

Il centro vede una partecipazione della popolazione che attraverso una maggiore consapevolezza della cura e l'accesso del paziente all'efficienza delle strutture sanitarie, e del rapporto una collaborazione qualificata per il professionista e per le organizzazioni assistenziali che necessitano di strumenti più efficaci per la pianificazione delle cure.

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

Medico di riferimento (firma e timbro) \_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO A CCA - Primo contatto:  Medico  Infermiere  Progressivo

Personale CCA di Presa in carico: \_\_\_\_\_ Data: / /

Note: \_\_\_\_\_

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.*

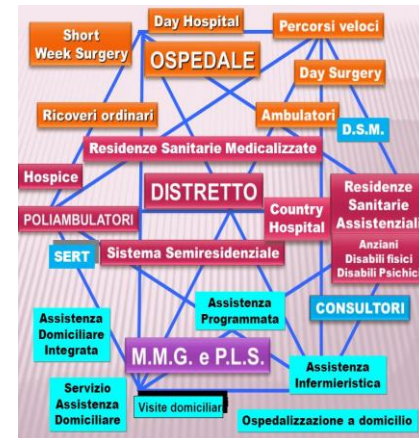
## **Nuovo modello di assistenza basato sulla continuità.**



**Ospedale**, concepito come luogo di diagnosi e terapia



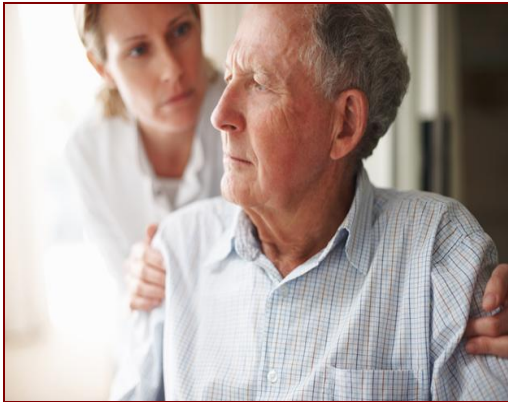
**CCA**



**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

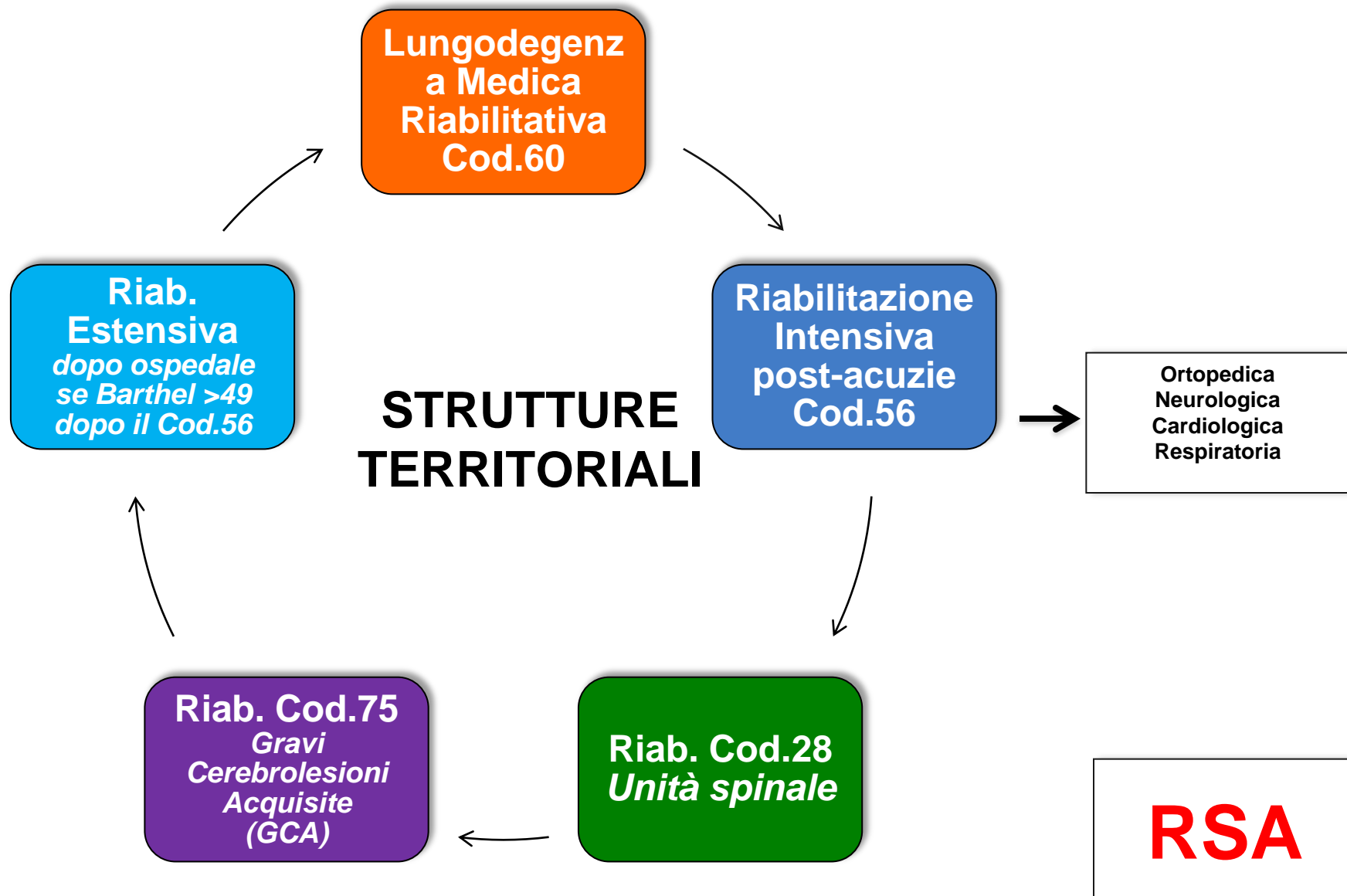
- Complessità
- DRG molteplici
- Poli farmacoterapia
- Malattie croniche “instabili”
- Comorbilità
- Fragilità-disagio sociale
- Severità clinica (paziente instabili/critici)
- Patologie avanzate – malati in fase terminale



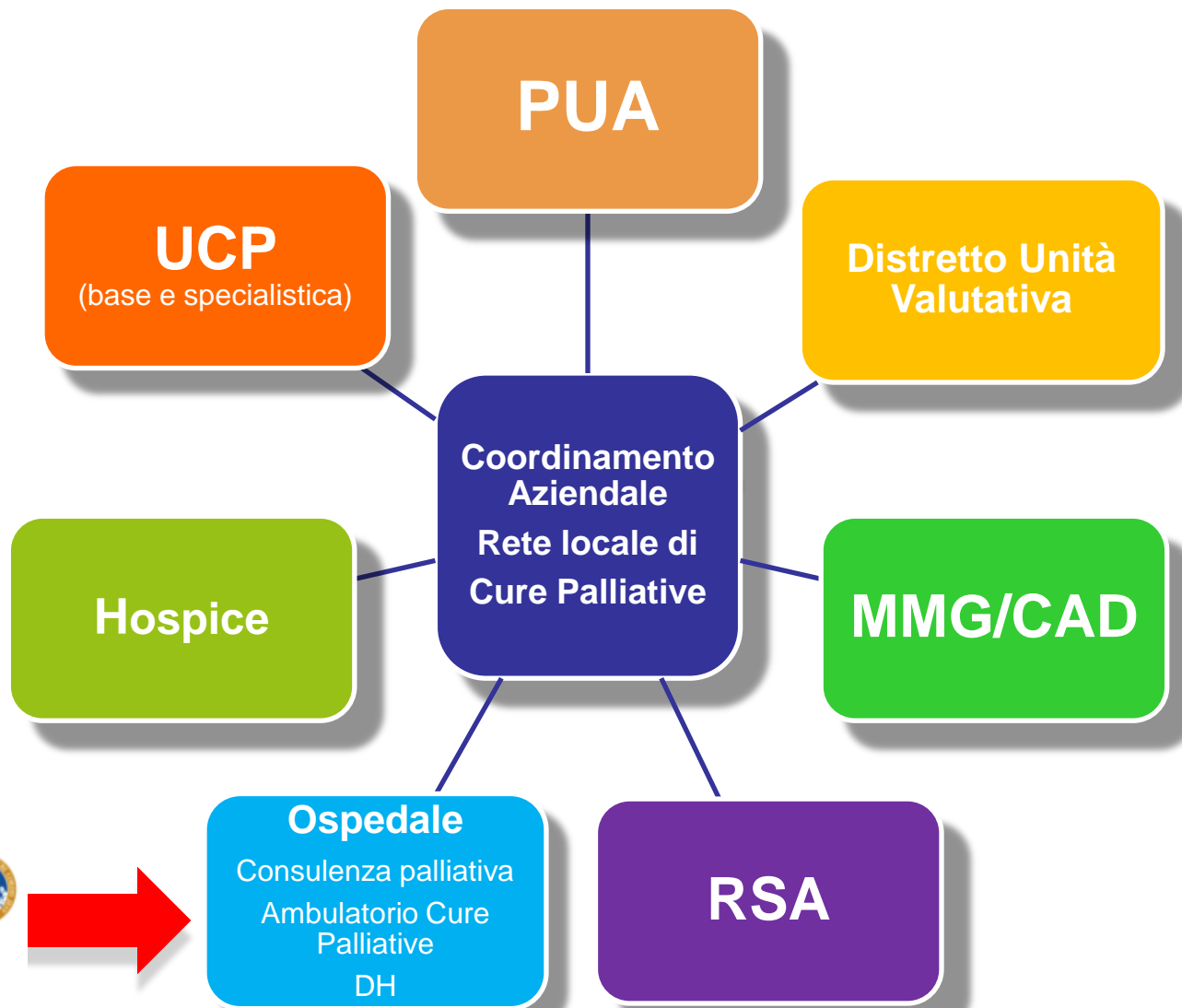
**Individuare *potenziali esigenze* e iniziare a portare l'attenzione della famiglia su quello che sarà il suo *VERO CARICO ASSISTENZIALE ....***



# OSPEDALE E INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO



# OSPEDALE E INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO



# Percorso post-dimissione più appropriato

## CONCETTI CHIAVE

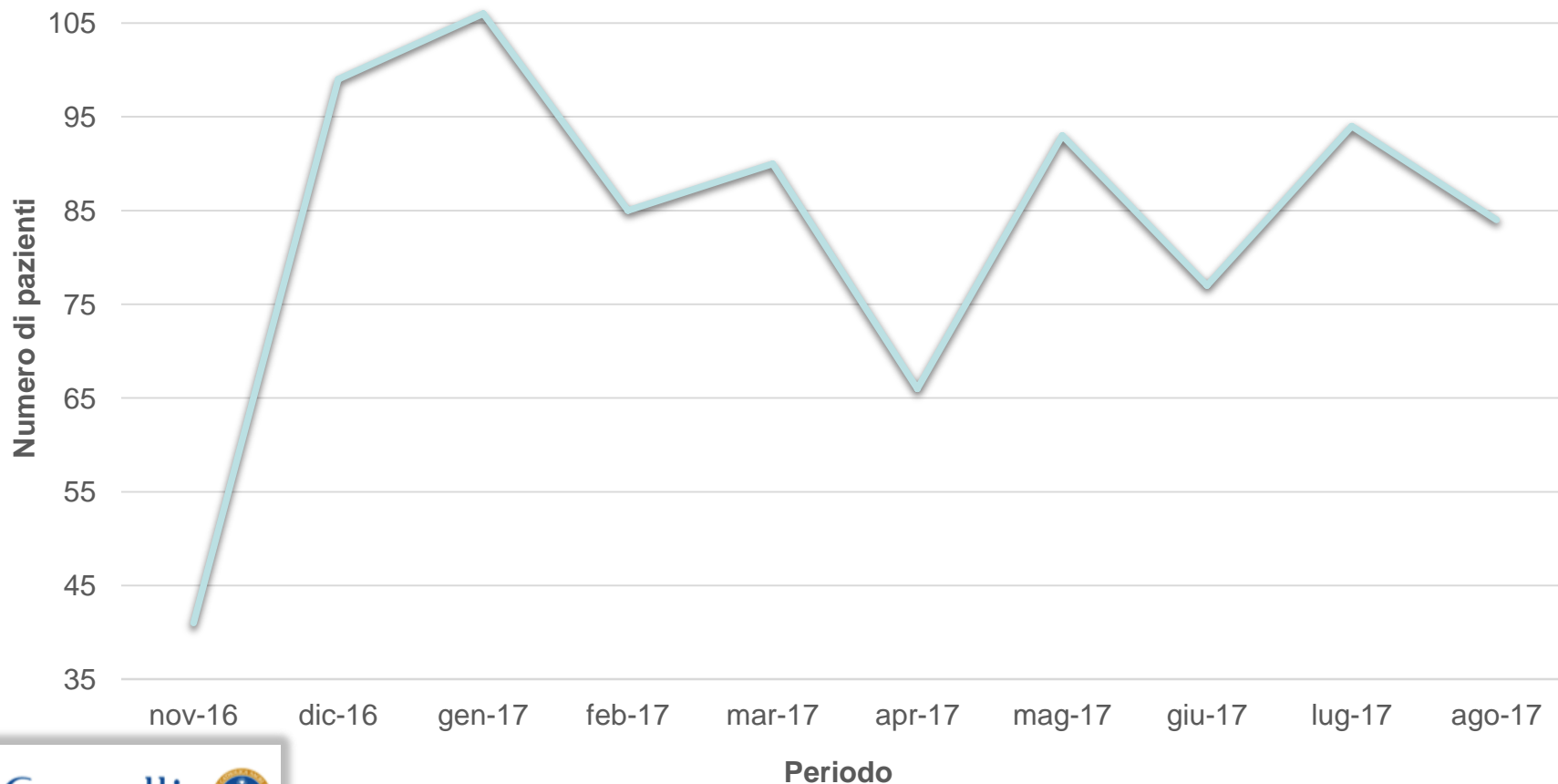


- Identificazione precoce del “*bisogno complesso*”
- Valutazione Multidimensionale
- Valutare livelli di informazione, consapevolezza diagnosi ed evoluzione prognostica
- Percorsi di cura integrati
- Continuità di cura
- **Qualità della dimissione**
- Costo-efficacia

# CCA – PAZIENTI IN CARICO

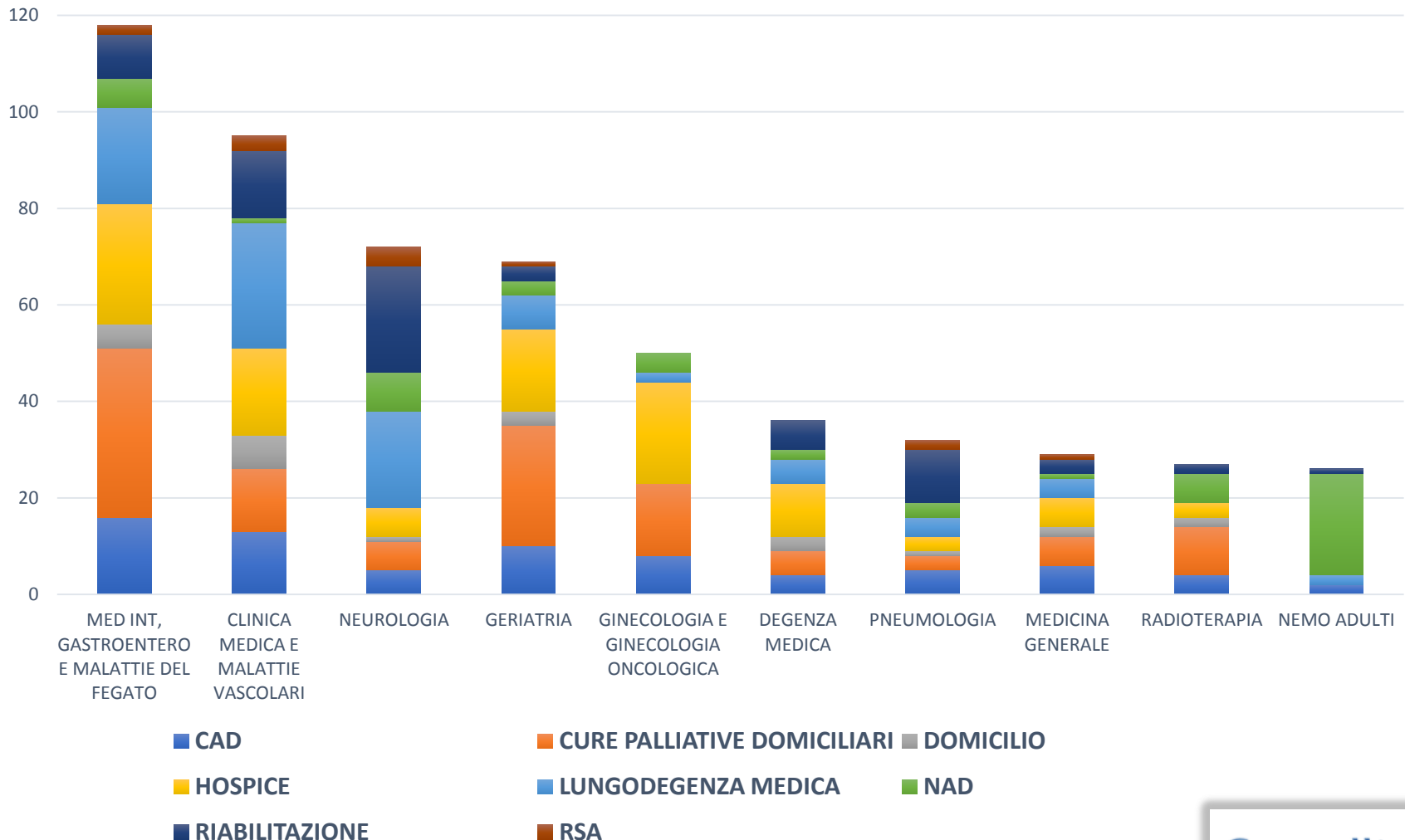
**1178** richieste di attivazione CCA ricevute da **52** Unità Operative

## Volumi di pazienti trattati dalla CCA



# CCA – SETTING DI DESTINAZIONE

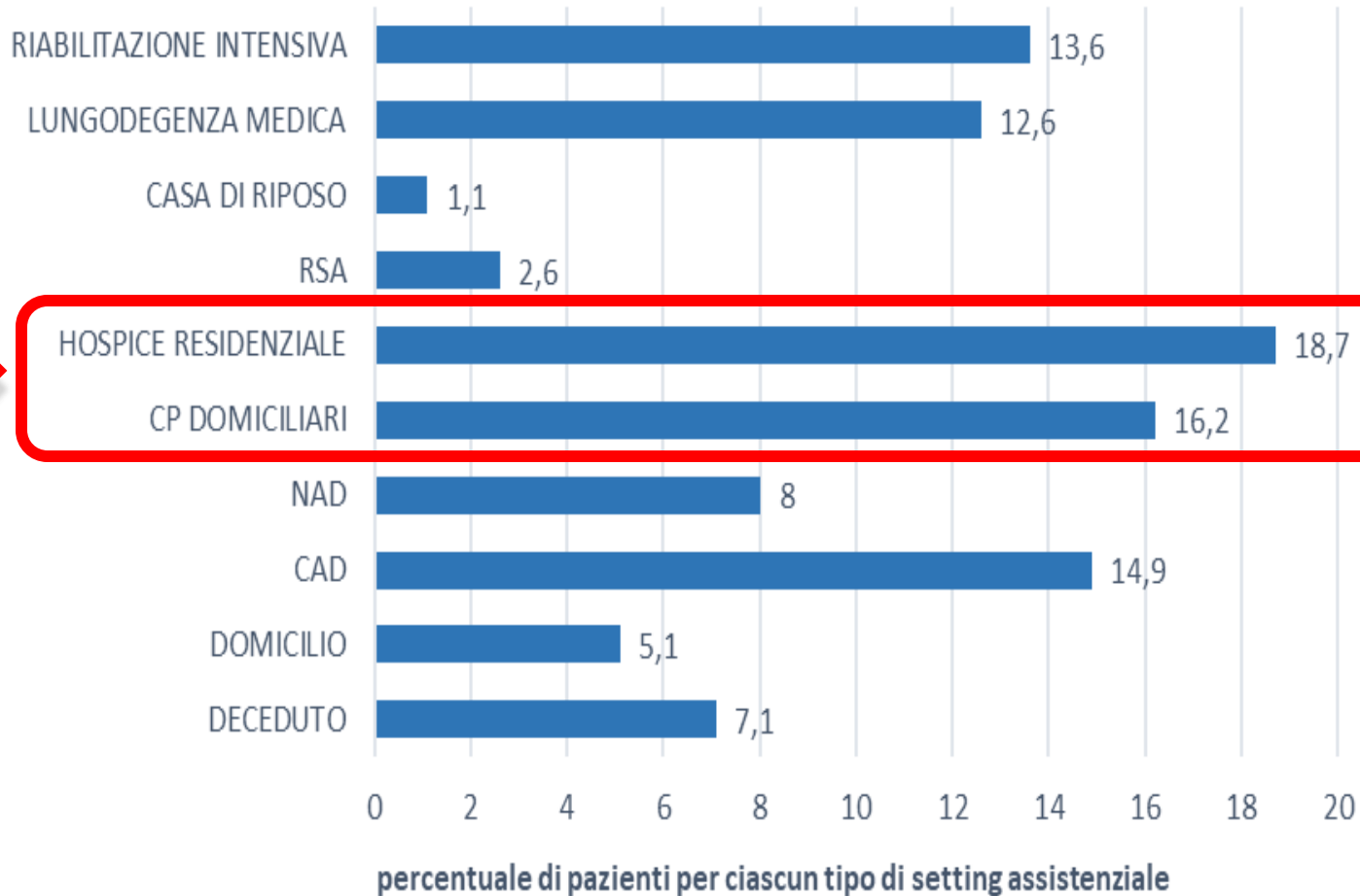
## Top ten uu.oo. e setting di destinazione post-ricovero



Dati Attività CCA 2016/2017 – Plenaria FPG ottobre 2017

# Percorso post-dimissione pazienti presi in carico dalla CCA

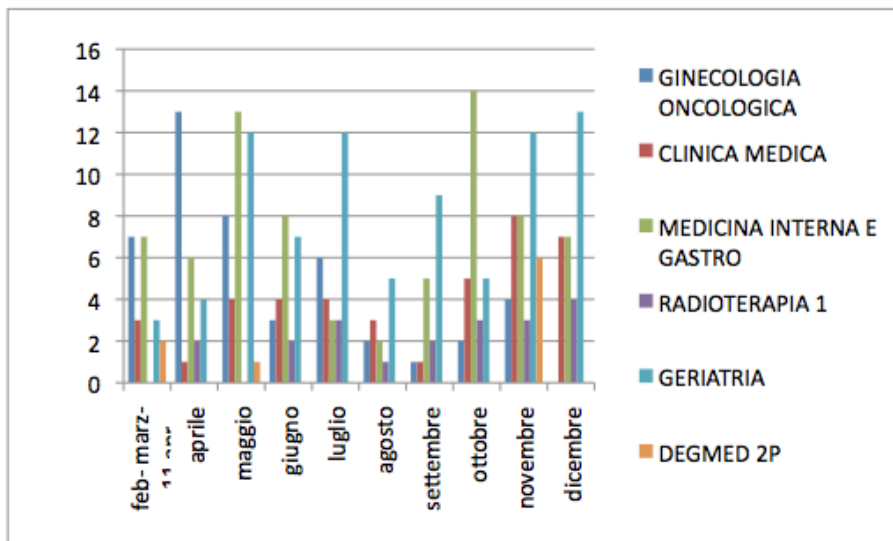
## Setting di dimissione proposto dalla CCA





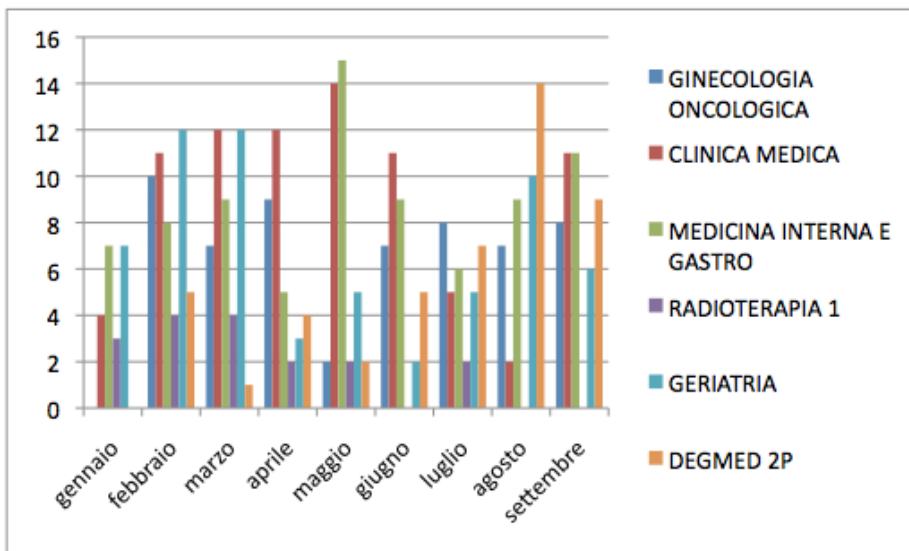
# CCA – SETTING DI DESTINAZIONE

## Top six UU.OO. e setting di Cure Palliative



**CONSULENZE CURE PALLIATIVE  
FEBBRAIO – DICEMBRE 2016**

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

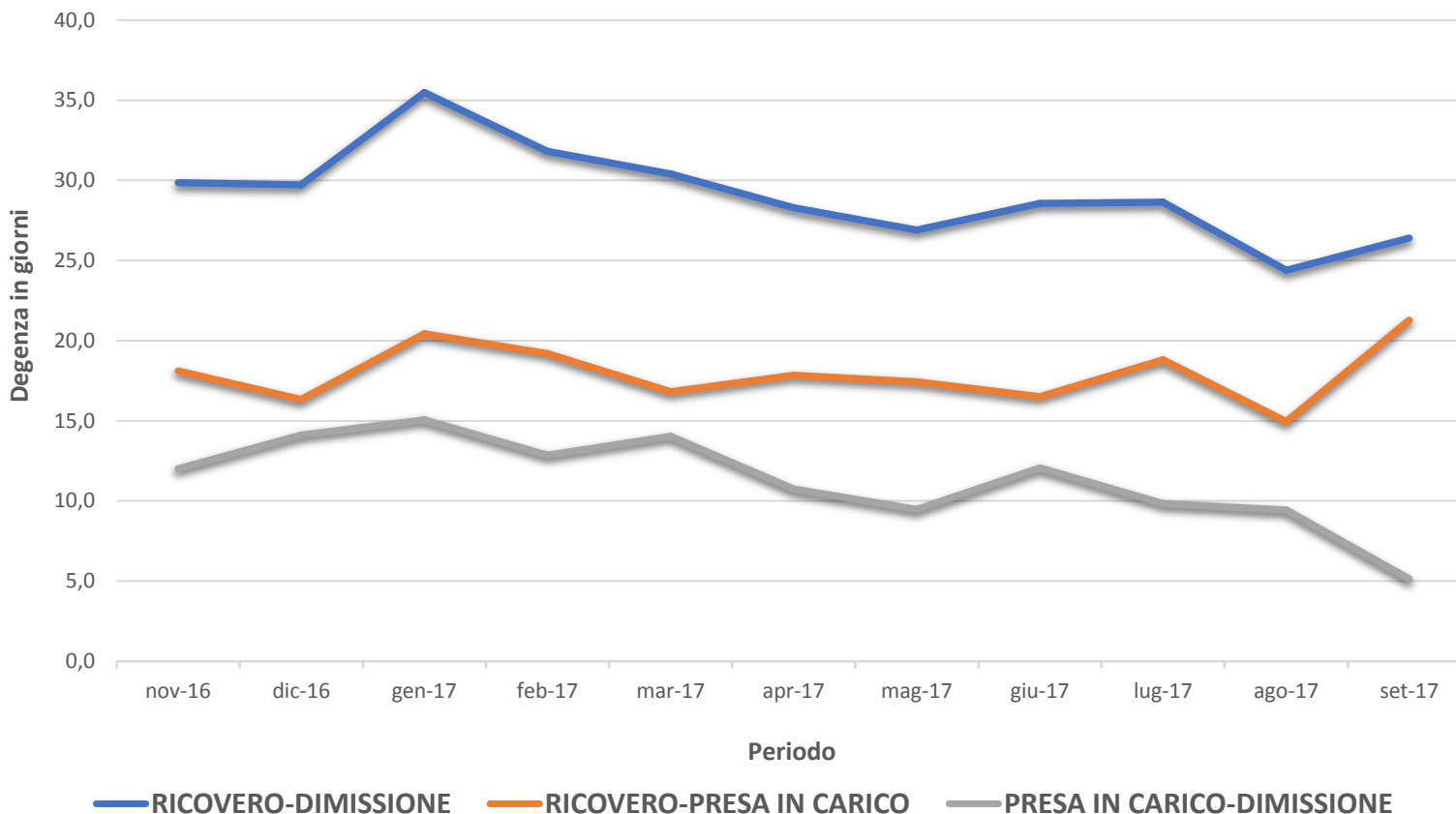


**CONSULENZA CURE PALLIATIVE  
GENNAIO – SETTEMBRE 2017**

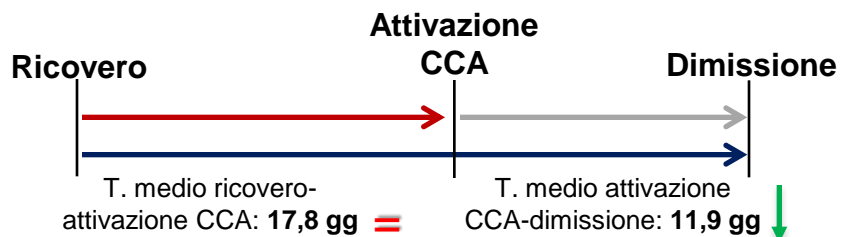
**Totale consulenze CP: 547  
Totale top 6: 345**

# 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€
<b>Netto semestrale</b>				<b>-34.000€</b>

## 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.



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

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

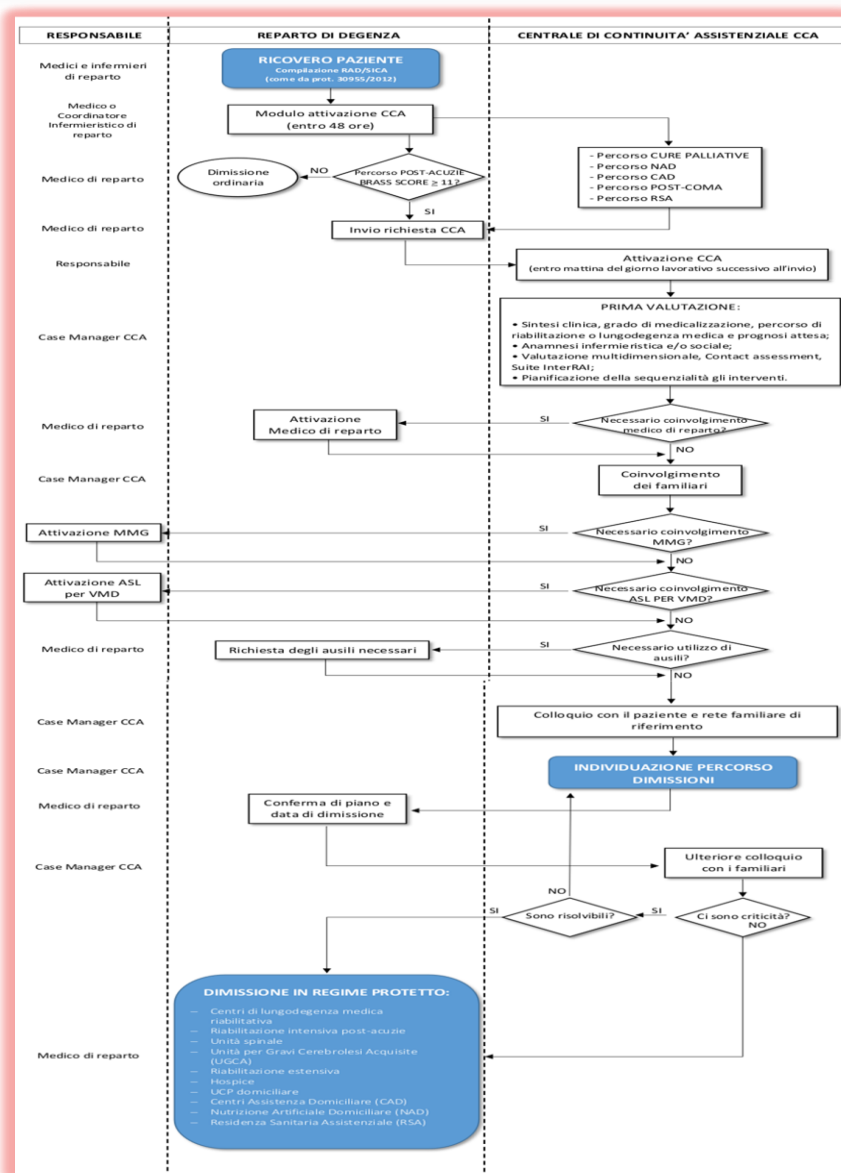
	NOME	DATA	FIRMA
Redatto da:	Pietro GRASSO	7/11/17	[Firma]
	Nicola NICOLOTTI	25/05/2013	[Firma]
	Adriano TURRIZIANI	25/05/2017	[Firma]
	Maurizio ZEGA	7-06-12	[Firma]
Verificato da:	Alberto FIORE	01.06.12	[Firma]
	Maria Elena D'ALFONSO	4.06.14	[Firma]
	Roberto BERNABE	18.7.12	[Firma]
	Pierluigi GRANONE	19.7.17	[Firma]
Approvato da:	Andrea CAMBERI	8-6-14	[Firma]
	Enrico ZAMPEDRI	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  
Dimissione di pazienti in continuità assistenziale attraverso la CCA  
PRO.290

	NOME	DATA	FIRMA
Redatto da:	Pietro GRASSO	2/10/17	[Firma]
	Nicola NICOLOTTI	05/09/17	[Firma]
	Adriana TURKIDANI	15/09/17	[Firma]
	Mauro ZIGA	7-09-17	[Firma]
Verificato da:	Alberto FIONE	01.08.17	[Firma]
	Maria Elena D'ALFONSO	4.08.17	[Firma]
	Roberto BERNABE	18.3.17	[Firma]
Approvato da:	Pierluigi GRANONE	19.7.17	[Firma]
	Andrea CAMBERI	8-6-17	[Firma]
	Enrico ZAMPEDI	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	25/09/2017

DOCUMENTO A USO INTERNO - VERBATA LA RIPRODUZIONE

**Accreditamento**  
**UOSA**  
**Cure Palliative**

**Accreditamento**  
**Centrale**  
**Continuità**  
**Assistenziale**

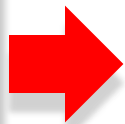
# Prospettive attuali e future ...

# Gemelli



UOSA Cure Palliative e  
Centrale di Continuità Assistenziale

NOME	DATA	FIRMA
Pietro GRASSO	2/10/17	[Firma]
Walter NICCOLOTTI	25/09/2017	[Firma]
Adriano TURBIGNANI	25/09/2017	[Firma]
Roberto FIORE	01/08/18	[Firma]
Alberto FIORE	01/08/18	[Firma]
Maria Elena D'ALFONSO	14/08/18	[Firma]
Roberto BERNABEI	18/08/18	[Firma]
Pierluigi GRANO	19/08/18	[Firma]
Andrea GAMBARI	08/08/18	[Firma]
Enrico ZAMPERI	21/08/18	[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)

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

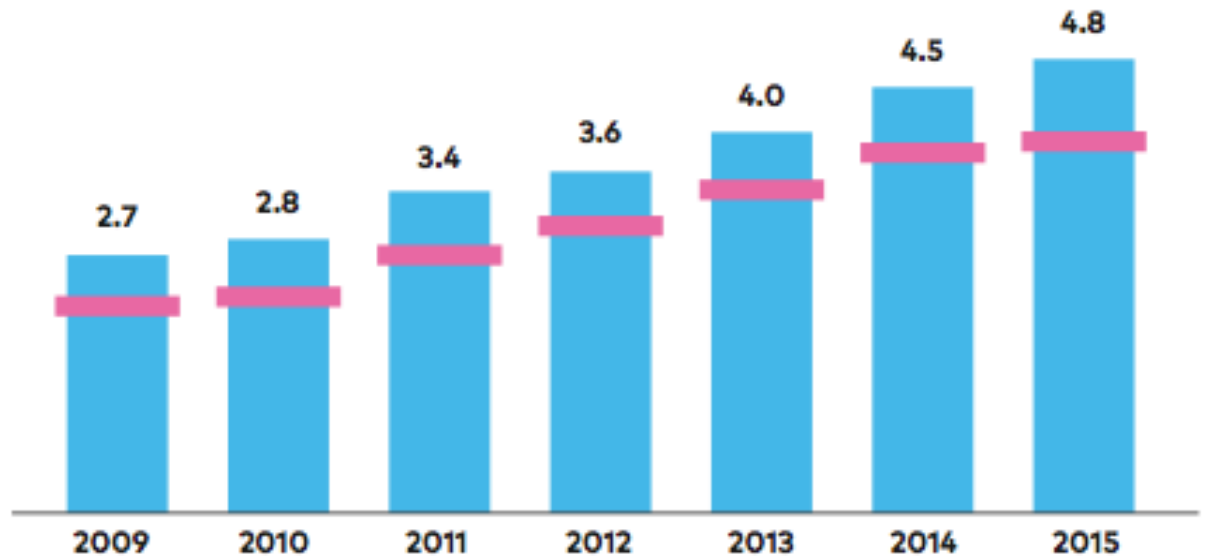
## HOW WE WORK:

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