

PIANO STRATEGICO PER IL CONTROLLO DEL DOLORE SUL TERRITORIO

- Alcune interessanti indagini europee sul dolore
- L'assistenza domiciliare cure palliative
- Protocollo sedazione palliativa al domicilio

REVIEW SISTEMATICA SULLA PREVALENZA DEL DOLORE ONCOLOGICO

I DATI PROVENGONO DA 52 PUBBLICAZIONI

▪IL DOLORE VIENE DEFINITO DI GRADO MODERATO-INTENSO DA CIRCA UN TERZO DEI PAZIENTI

▪IL DOLORE È MENZIONATO SOLO NEL 10% DELLE CARTELLE CLINICHE ONCOLOGICHE

▪IL 57-76% DEGLI ONCOLOGI MEDICI NON CHIEDE AL PAZIENTE SE HA DOLORE

Prevalence of pain in patients with cancer: A systematic Review of the past 40 years

Ann Oncol. 2007

European pain in cancer survey (EPIC)

- L'indagine ha coinvolto più di 5.000 pazienti affetti da cancro, copre 12 paesi, è stata condotta in maniera indipendente da una società di ricerche di mercato sotto l'egida della European Association of Palliative Care (EAPC) e con l'aiuto della Società Europea Oncologica Infermieristica (EONI) e altre collaborazioni europee
- I risultati dell'indagine sono stati pubblicati nel 2007
- Tra gli obiettivi dell'indagine: stabilire la prevalenza del dolore per i pazienti europei in tutte le fasi della malattia, indagare le strategie terapeutiche, individuare le lacune esistenti nella gestione del dolore, esplorare l'impatto del dolore sulla qualità della vita dei malati

Dolore: una necessità clinica insoddisfatta

Il dolore da cancro non sempre è diagnosticato e trattato

(EPIC)

Fase 1: EPIC ha valutato il dolore in 4.947 pazienti con cancro:

- La prevalenza del dolore era del 72.7%
- Il 23.1% dei pazienti non riceveva terapia del dolore

Fase 2: EPIC ha fornito un'analisi dettagliata di 573 persone:

- Incidenza del breakthrough pain del 63.7%
- Il 58.7% dei pazienti ha dolore frequentemente

European pain in cancer survey (EPIC)

I dati emersi dall'indagine hanno dimostrato che la situazione italiana è tra le più critiche :

- Il 56% dei pazienti hanno riferito dolore (global n.5084)
- In Italia i pazienti che hanno riferito dolore sono l'88% (n.457)
- In Svezia i pazienti che hanno riferito dolore sono il 20% (n.1051)

EPIC: conclusioni sintetiche

- Il dolore è diffuso
- Il dolore è trattato poco
- Il trattamento è spesso inadeguato
- Il breakthrough pain è trattato poco

Pain in Europe- indagine sul dolore

Gli obiettivi:

- Stimare la prevalenza del dolore cronico in Europa
- Capire e quantificare le cause del dolore cronico
- Indagare sui dati demografici dei malati
- Esplorare l'impatto del dolore sulla qualità della vita
- Conoscere i trattamenti antalgici seguiti e i livelli di soddisfazione
- Conoscere gli atteggiamenti nei confronti dei malati e le esperienze di dolore

Pain in Europe- indagine sul dolore

Il dolore cronico:

- Chi ha dolore cronico ci convive in media per sette anni
- 1/5 delle persone soffre di dolore cronico da 20 anni
- 1/3 dei malati ha sempre dolore
- Il dolore cronico è insidioso
- Il dolore cronico è il dolore che prevale nelle persone anziane

IL DOLORE E L'ANZIANO

Nelle persone anziane prevale il dolore cronico (definizione: dolore che dura da più di sei mesi)

Il dolore persistente in geriatria è prevalentemente nocicettivo

Studi sperimentali dimostrano che con l'invecchiamento vi è una ridotta sensibilità al dolore lieve-moderato

La minore sensibilità al dolore lieve-moderato può compromettere la funzione dall'età

Si sottostima quindi il dolore lieve-moderato con il rischio di mancare delle diagnosi

Con l'invecchiamento si riscontra un'aumentata sensibilità al dolore severo e/o persistente

Nell'età avanzata aumenta l'accettazione del dolore che può essere sotto-riferito

L'accettazione del dolore e la riluttanza ad assumere antidolorifici, specialmente nei pazienti in politerapia, potrebbe contribuire al sottotrattamento del dolore persistente

Nei pazienti con demenza ulteriore elemento di sottostima è determinato dalla difficoltà di comunicazione, non vi sono evidenze che le persone affette da demenza provino meno dolore

CONSEGUENZE DEL DOLORE PERSISTENTE NEL PAZIENTE ANZIANO

- **Disabilità: rischio cadute, recupero funzionale ridotto, depressione e ansia, insonnia**
- **Isolamento sociale**
- **Elevato utilizzo dei servizi sanitari ed elevato costo sociale**
- **Distress del caregiver**
- **Peggioramento della qualità della vita del paziente e del caregiver**

IL DOLORE NEGLI ANZIANI: SETTING RESIDENZIALI

- La prevalenza del dolore nelle persone istituzionalizzate, correlata a molteplici cause, varia dal 25 al 50%
- Nell'anziano non istituzionalizzati i valori oscillano dal 45 fino all'80%

CURE PALLIATIVE

DEFINIZIONE

L'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata, sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

A CHI SI RIVOLGONO?

Persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Quindi non solo persone affette da patologia tumorale.

IN QUALE FASE SI AVVIANO LE CURE PALLIATIVE?

- le cure palliative non sono prerogativa della fase terminale della malattia; esse possono affiancarsi alle cure attive finalizzate al prolungamento della vita: "simultaneous care".
- Ai malati affetti da patologie non oncologiche ad evoluzione infausta deve essere garantito da parte dei curanti un adeguato approccio palliativo fin dalle fasi precoci della malattia, con l'eventuale supporto del palliativista.
- È da garantire la possibilità di intervento dell'intera équipe di cure palliative domiciliari in momenti di particolare criticità e nelle fasi di fine della vita.

CURE PALLIATIVE IN ADI

Con le nuove regole, per attivare le cure palliative domiciliari è obbligatoria la dichiarazione che il malato sia "terminale", cioè **con un'aspettativa di vita < 90 giorni**, fatta dal MAP o da specialista alla dimissione protetta

L'EQUIPE DI CURE PALLIATIVE IN ADI

Medico di Medicina Generale

Infermiere

Palliativista

In funzione dei bisogni del malato e dei familiari possono intervenire anche:

Psicologo, Fisioterapista, ASA/OSS

Altri specialisti: Nutrizionista, rianimatore/pneumologo, pediatra

L'ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

1/2



La segnalazione al Distretto (CeAD) di una necessità può essere fatta da:

- Medico di assistenza primaria
- Reparto ospedaliero
- Paziente/Familiari
- Palliativista
- Servizi sociali

L'assistenza deve essere sempre attivata dal MAP.

L'ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

2/2



Successivamente all'attivazione si procederà alla valutazione multidimensionale:

triage e valutazione di secondo livello da parte dell'équipe multiprofessionale

LA PRESA IN CARICO

La presa in carico del paziente in cure palliative coincide con l'avvio dell'intervento di tutta l'équipe di cure palliative domiciliari:

L'Infermiere effettua la prima visita di valutazione (se possibile col MAP)

- Il Palliativista contatta subito all'avvio dell'assistenza il MAP per raccogliere le informazioni cliniche sul caso e concordare contenuti e tempi delle proprie prestazioni.
- L'Infermiere poi predisporrà un PAI da condividere con il MAP e il palliativista.

CONTENUTI DEL PAI

Il PAI prevede almeno:

- le prestazioni di ciascun componente dell'équipe
- le altre figure che dovranno intervenire
- le modalità e i tempi delle verifiche congiunte
- come procedere in caso di criticità

RAPPORTI NELL'EQUIPE

- Il MAP, l'infermiere e il palliativista si scambiano i numeri telefonici
- Il riferimento della famiglia è l'infermiere che valuta l'andamento della sintomatologia attraverso la **"scheda rilevazione sintomi"**
- In caso di criticità informa il MAP che interviene personalmente o attiva il palliativista
- Se, nonostante l'intervento del MAP, i sintomi non recedono, si attiva il palliativista

ALTRI COMPITI DELL'INFERMIERE

- **Colloquio iniziale e finale con la famiglia**
- **Sorveglianza quotidiana dei pazienti in trattamento antidolorifico con pompa**
- **Disponibilità per prestazioni urgenti durante l'attività del servizio**
- **Disponibilità all'assistenza di fine vita**
- **Riunioni almeno mensili con gli altri operatori dell'ente**
- **Riunioni almeno trimestrali in distretto**

ALTRI COMPITI DEL MAP

- **Responsabilità dell'assistenza clinica del paziente**
- **Disponibilità a prescrivere farmaci proposti dal palliativista sprovvisto di ricettario**
- **Svolgimento degli accessi domiciliari autorizzati**
- **Segnalazione dei casi critici al Servizio di Continuità Assistenziale**
- **Accompagnamento al paziente e alla famiglia durante tutta l'assistenza**

ALTRI COMPITI DEL PALLIATIVISTA

- Partecipazione a riunioni con l'équipe dell'ente accreditato
- Primo accesso a domicilio non appena insorgono problemi clinico-assistenziali
- Accessi successivi in caso di criticità
- Prescrizione e gestione di terapia antalgica per infusione con disponibilità telefonica per il suo monitoraggio
- Disponibilità per la sedazione palliativa

ALTRI COMPITI DEL CeAD

- **Garantisce un ruolo di riferimento per tutta l'équipe**
- **Garantisce la supervisione dell'assistenza e l'accompagnamento del paziente e della famiglia**
- **Garantisce l'accesso anche in ospedale quando necessario, per individuare eventuali necessità di raccordi con altri erogatori di servizi**
- **Riceve e valuta eventuali segnalazioni di criticità relative alle procedure assistenziali**

CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA NOTTURNA E FESTIVA

- **Garantita dall'équipe di cure palliative attraverso la reperibilità sanitaria dell'infermiere**
- **La famiglia in caso di necessità attiva l'infermiere reperibile**
- **In caso di necessità di interventi medici domiciliari l'infermiere attiva il Servizio di Continuità Assistenziale**

LE CURE PALLIATIVE E LE CURE DI FINE VITA

A domicilio sin dall'inizio va tenuto un approccio palliativo da parte di tutti gli operatori:

- centralità del malato e della famiglia
- obiettivo: miglioramento della qualità della vita
- globalità degli obiettivi terapeutici: sintomi fisici e aspetti relazionali-psicologico-spirituali della persona

Protocollo sedazione palliativa a domicilio

Il documento è l'esito di un lavoro condiviso tra Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo, Ordine dei Medici, Medici di Medicina Generale, Medici dell'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo, Palliativisti del territorio, Medici del SSUEm 118, personale infermieristico del CeAD e rappresentanti delle Strutture Accreditate per le Cure Palliative a domicilio.

Il documento è stato scritto nel 2010

Il gruppo è stato coordinato dal dr. B. Carrara responsabile ADI ASL Bg

Protocollo sedazione palliativa a domicilio

Definizione e indicazioni:

- La Sedazione Palliativa (SP) è la somministrazione di farmaci per ridurre la vigilanza, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo refrattario ad ogni altra terapia e intollerabile per il paziente
- Lo scopo della SP è quello di dare sollievo alla sofferenza; l'uso dei farmaci deve quindi essere adattato e monitorato in relazione alla profondità, continuità e durata della sedazione necessaria per ottenere tale effetto.

Protocollo sedazione palliativa a domicilio

Obiettivo:

definizione condivisa di un protocollo per la sedazione palliativa terminale tra tutti coloro che sono incaricati di assistere i pazienti nella fase di fine vita. Fino ad oggi questa sedazione, normalmente attuata nei pazienti degenti in Hospice, era stata realizzata a domicilio solo in circostanze occasionali e grazie all'impegno di singoli operatori. Questo protocollo vuole favorire l'adozione delle più recenti Raccomandazioni della Società italiana di Cure Palliative in merito all'indicazione e attuazione della sedazione palliativa e si propone come strumento di condivisione dei saperi e delle pratiche di professionalità diverse che sono chiamate a collaborare a domicilio per alleviare la sofferenza nella fase finale della vita.

Protocollo sedazione palliativa a domicilio

A chi è rivolta la procedura:

La SP non è riservata solamente ai malati oncologici, ma a tutti i malati non neoplastici affetti da malattie croniche ingravescenti, che, giunti nella fase finale della vita con morte ormai prossima, presentano sintomi refrattari che necessitano della SP.

Il processo comunicativo connesso alla SP va visto all'interno dell'intero processo di cura

■ Dati d'attività

L'evoluzione dell'utenza nell'ultimo triennio

tipologia	2010	2011	2012
adi	4.679	4.982	5.725
estemporanea	5.253	4.036	4.220
estemporanea e adi	1.224	1.159	1.251
Totale	11.156	10.177	11.196

	2010	2011	2012
Popolazione solo con estemporanea	5.253	4.036	4.220
Popolazione con emissione di PAI	5.903	6.141	6.976
	11.156	10.177	11.196

Dati ADI

Persone con emissione di Piani assistenziali assistite in Cure domiciliari anni 2008-2012



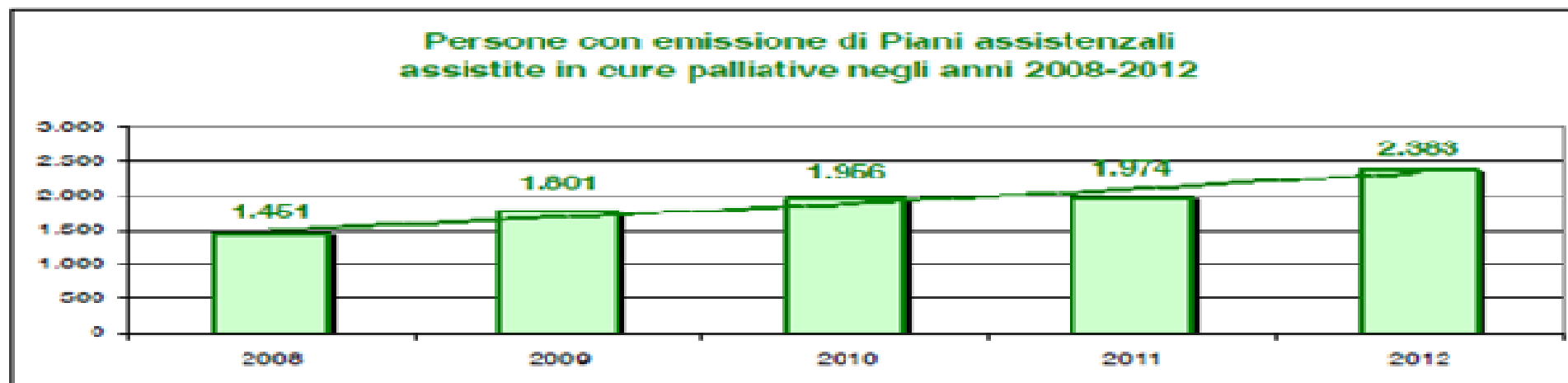
Popolazione con PAI

Popolazione con emissione di Piani Assistenziali Individuali

	VALORI ASSOLUTI					VALORI % DI COLONNA				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
00-14	30	38	40	45	68	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	1,0%
15-64	712	853	873	883	972	15,8%	15,4%	14,8%	14,4%	13,9%
65-74	888	983	1.012	1.043	1.265	19,7%	17,8%	17,1%	17,0%	18,1%
75-79	690	845	904	967	971	15,3%	15,3%	15,3%	15,7%	13,9%
80 e oltre	2.195	2.812	3.074	3.203	3.700	48,6%	50,8%	52,1%	52,2%	53,0%
	4.515	5.531	5.903	6.141	6.976	100%	100%	100%	100%	100%

Pazienti assistite in cure palliative

	persone assistite in cure palliative				
	2008	2009	2010	2011	2012
con malattia tumorale	1.411	1.704	1.804	1.848	2.157
con altra malattia	40	97	152	126	226
totale assistiti in cure palliative	1.451	1.801	1.956	1.974	2.383



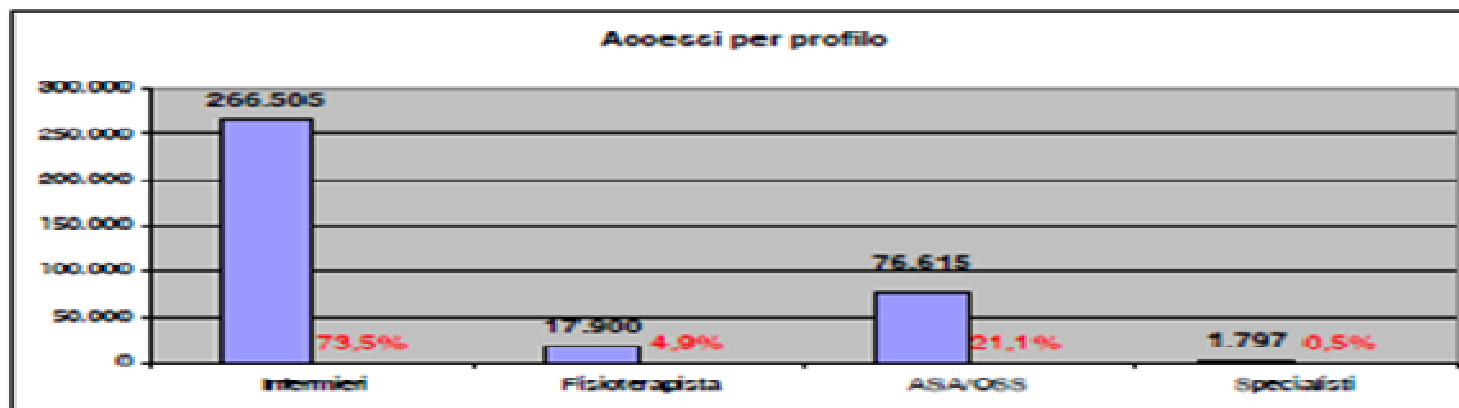
Pazienti assistiti divisi per patologia

ANNO 2012

PATOLOGIE	Numero pazienti	% di colonna
ALTRE PATOLOGIE	3.021	51,9%
DEMENZE	841	12,1%
MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE	251	3,6%
SLA	80	1,1%
STATI VEGETATIVI	24	0,3%
TUMORI	2.157	30,9%
Totale	6.974	100,0%

accessi

Infermieri	Fisioterapista	ASA/OSS	Specialisti
200.505	17.000	76.615	1.707
73,5%	4,9%	21,1%	0,5%



Accessi per figura professionale per aptologia

PATOLOGIE	accessi per figura professionale Valori assoluti				Totale
	Infermieri	Fisioterapista	ASA/OSS	Specialisti	
SLA	4.320	2.805	7.110	288	14.595
ALTRE PATOLOGIE	159.518	7.530	30.018	292	197.387
DEMENZE	29.958	2.071	18.909	457	52.055
MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE	8.105	3.840	5.942	110	18.003
STATI VEGETATIVI	2.440	315	4.302	15	7.081
TUMORI	62.140	604	10.268	635	73.718
Totale complessivo	200.505	17.000	70.015	1.707	382.817
	73,5%	4,9%	21,1%	0,5%	

PATOLOGIE	accessi per figura professionale % di riga				Totale
	Infermieri	Fisioterapista	ASA/OSS	Specialisti	
SLA	20,0%	10,0%	48,8%	2,0%	100,0%
ALTRE PATOLOGIE	80,8%	3,8%	15,2%	0,1%	100,0%
DEMENZE	57,0%	5,1%	36,4%	0,0%	100,0%
MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE	45,0%	21,4%	33,0%	0,0%	100,0%
STATI VEGETATIVI	34,0%	4,4%	60,8%	0,2%	100,0%
TUMORI	84,3%	0,0%	13,0%	0,0%	100,0%

Pazienti in carico per mese e confronto 2012/2013

Dato Provinciale

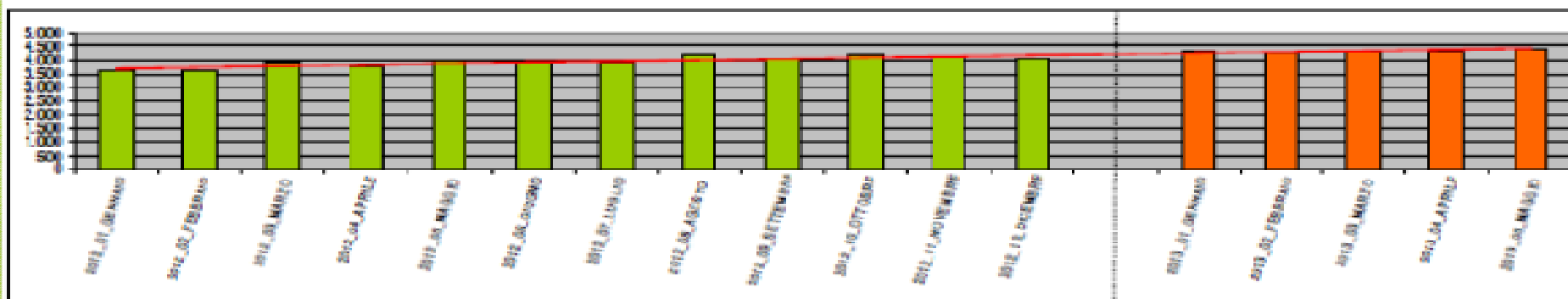
Utenza in carico_GENERALE_per singolo mese anno 2012 e 2013

	2012											
	2012_01_GENNAIO	2012_02_FEBBRAIO	2012_03_MARZO	2012_04_APRILE	2012_05_MAGGIO	2012_06_GIUGNO	2012_07_LUGLIO	2012_08_AGGOSTO	2012_09_SETTEMBRE	2012_10_OTTOBRE	2012_11_NOVEMBRE	2012_12_DICEMBRE
Numero teste	3.614	3.615	3.862	3.752	3.938	3.896	3.867	4.159	4.046	4.230	4.153	4.028

	2013											
	2013_01_GENNAIO	2013_02_FEBBRAIO	2013_03_MARZO	2013_04_APRILE	2013_05_MAGGIO	2013_06_GIUGNO	2013_07_LUGLIO	2013_08_AGGOSTO	2013_09_SETTEMBRE	2013_10_OTTOBRE	2013_11_NOVEMBRE	2013_12_DICEMBRE
Numero teste	4.348	4.294	4.394	4.364	4.383							

	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO
Differenza teste	734	659	472	592	445

Utenza in carico_GENERALE_per singolo mese anno 2012 e 2013 – visualizzazione grafica del TREND

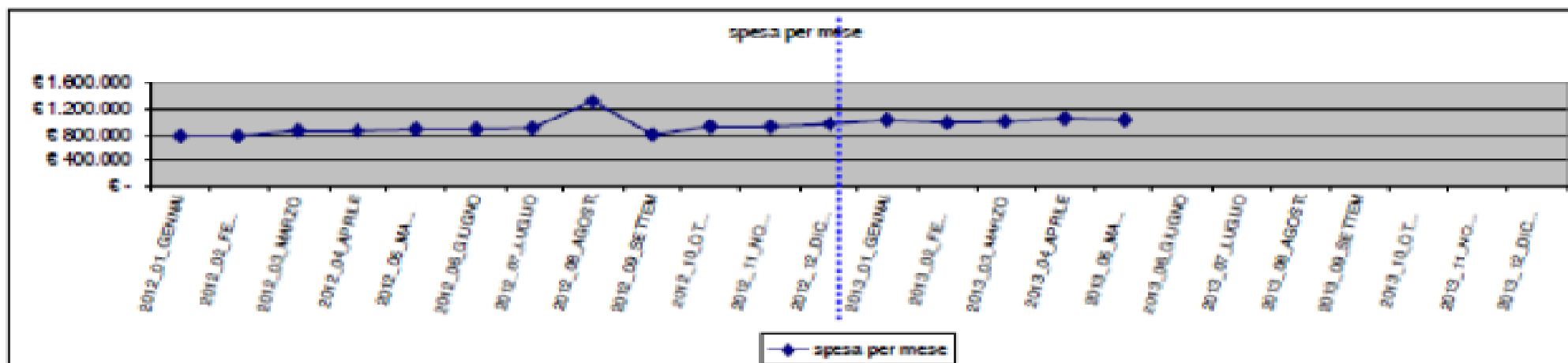


Andamento del costo per l'ADI voucher gennaio 2012/maggio 2013

Spesa_GENERALE per singolo mese anno 2012 e 2013

	2012												
	2012_01_GENNAIO	2012_02_FEBBRAIO	2012_03_MARZO	2012_04_APRILE	2012_05_MAGGIO	2012_06_GIUGNO	2012_07_LUGLIO	2012_08_AGGOSTO	2012_09_SETTEMBRE	2012_10_OTTOBRE	2012_11_NOVEMBRE	2012_12_DICEMBRE	
spesa per mese	765.146,09	787.908,04	871.566,55	869.621,72	895.827,39	894.729,39	909.329,69	1.313.247,17	816.562,69	929.024,58	924.600,89	979.231,79	10.963.599,94

	2013											
	2013_01_GENNAIO	2013_02_FEBBRAIO	2013_03_MARZO	2013_04_APRILE	2013_05_MAGGIO	2013_06_GIUGNO	2013_07_LUGLIO	2013_08_AGGOSTO	2013_09_SETTEMBRE	2013_10_OTTOBRE	2013_11_NOVEMBRE	2013_12_DICEMBRE
spesa per mese	€ 1.012.968,08	€ 988.011,61	€ 1.015.715,74	€ 1.053.757,39	€ 1.035.795,16							



Dato economico per profilo di Voucher 2013

Dati per Profilo di Voucher ANNO 2013

Dato economico **GENERALE** per mese

DESCRIZIONE SINTESI PROFILI	2013_01_GENNAIO	2013_02_FEBBRAIO	2013_03_MARZO	2013_04_APRILE	2013_05_MAGGIO	Totale	%
Estemporanea	€ 34.915,20	€ 31.250,40	€ 31.329,60	€ 33.854,40	€ 41.268,00	€ 172.617,60	3,4%
Prestazionale	€ 97.963,20	€ 78.072,00	€ 77.875,20	€ 81.644,00	€ 74.016,00	€ 409.771,20	8,0%
03_profilo voucher	€ 700.611,10	€ 676.354,81	€ 722.076,95	€ 761.755,41	€ 738.721,28	€ 3.599.519,55	70,4%
04_profilo cure palliative	€ 129.250,00	€ 142.912,50	€ 133.686,00	€ 119.969,00	€ 127.110,17	€ 652.927,67	12,8%
05_profilo autorizzato	€ 60.228,58	€ 59.421,90	€ 50.747,99	€ 56.333,78	€ 54.679,71	€ 281.411,96	5,5%
Totale	€ 1.022.968,08	€ 988.011,61	€ 1.015.715,74	€ 1.053.757,59	€ 1.035.795,16	€ 5.116.247,98	100,0%

Costi medi calcolati sul "numero di Protocollo" gennaio-maggio 2013

		Numero PAI	Valore economico	Costo medio
Estemporanea	Estemporanea	7.040	172.617,60	24,52
Prestazionale	PRESTAZIONALE	3.859	409.771,20	106,19

					per il costo medio sono stati presi in considerazione solo i PAI del mese di febbraio. Marzo, aprile e maggio che risultano completamente saldati
03_profilo voucher	PROFILO 1	5401	€ 1.799.741,18	€ 333,22	
	PROFILO 2	800	€ 415.070,90	€ 518,84	
	PROFILO 3	589	€ 373.374,68	€ 633,91	
	PROFILO 4	352	€ 306.419,06	€ 870,51	
04_profilo cure palliative	ADI CURE PALLIATIVE	456	€ 532.500,00	€ 1.167,76	
05_profilo autorizzato	PROFILI CON AUTORIZZAZIONE	151	€ 226.924,04	€ 1.502,81	

