

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE TRA OSPEDALE E TERRITORIO NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

**La rete assistenziale ospedale territorio della
Regione Veneto:
normativa – modello organizzativo**

Dr. E Trivellato



REGIONE DEL VENETO

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto



Anno 2017
(dati 2015-2016)

Allegato 8 alla Dgr
n. del

13 / DDL 28 MAG. 2018

Pssr della Regione del Veneto 2019-2023



REGIONE DEL VENETO

PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE DELLA REGIONE DEL VENETO 2019-2023



SCENARIO DEMOGRAFICO

Relazione Socio Sanitaria 2017 della Regione del Veneto

Tabella 1.1 - Popolazione residente per ULSS al 1° Gennaio 2017: distribuzione per grandi classi di età, indice di vecchiaia e percentuale di popolazione straniera. (Fonte: ISTAT)

Azienda ULSS di residenza	N	Classe di Età (%)			Indice di vecchiaia	popolazione straniera %
		0-14	15-64	65 +		
Veneto	4.907.529	14%	64%	22%	164	10%

INDICE DI VECCHIAIA
Regione Veneto
(over 65/under 15*100)



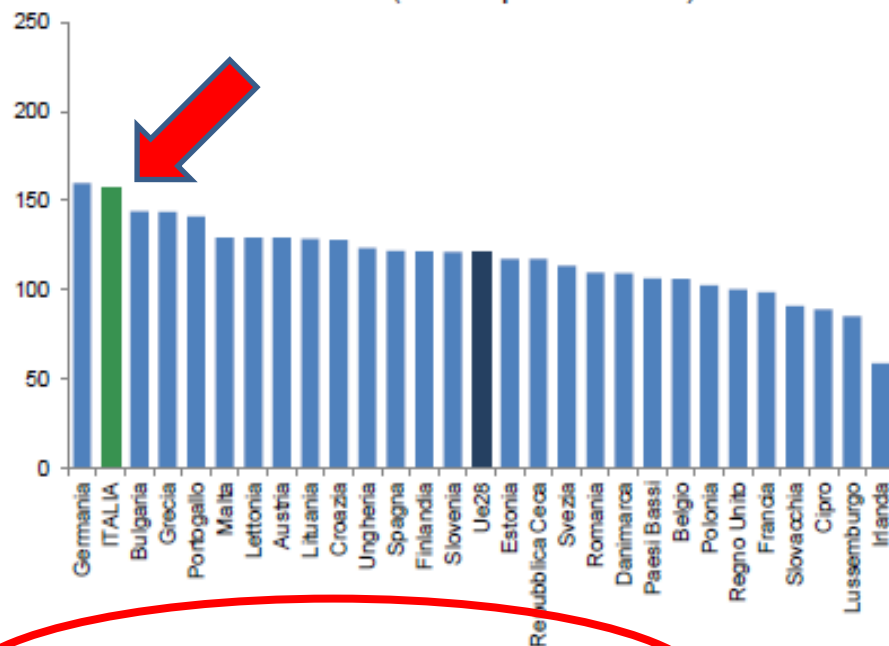
Indice di vecchiaia: confronto europeo e tra le regioni

Ageing Index: EU countries and Italian regions



Indice di vecchiaia nei paesi Ue

Anno 2015 (valori percentuali)

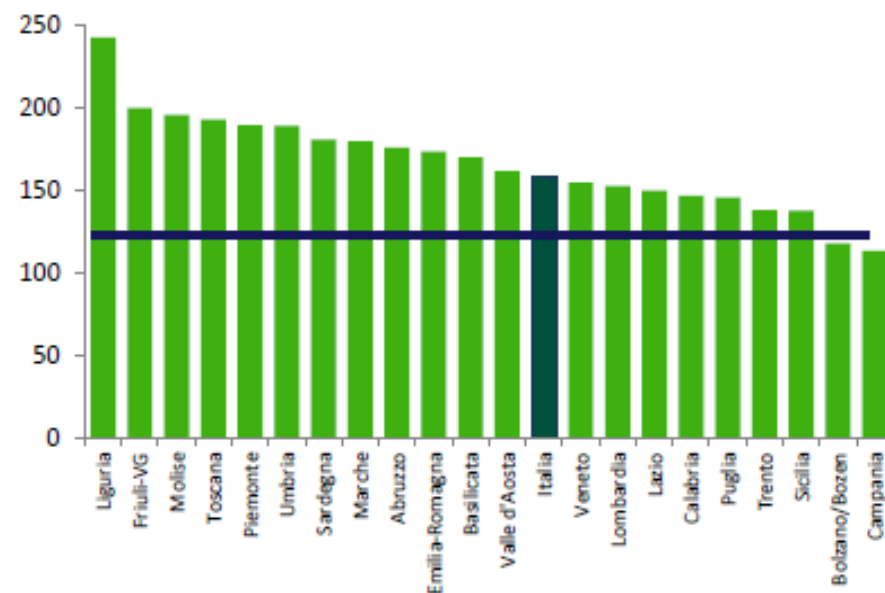


L'Italia è seconda solo alla Germania

*Indice di vecchiaia = $(\text{over65}/\text{under15}) \times 100$

Indice di vecchiaia nelle regioni italiane

Anno 2015 (valori percentuali)



Tra le regioni:

in Liguria ci sono quasi 250 anziani per 100 bambini con meno di 15 anni e in Campania 117

Tasso di
fecondità



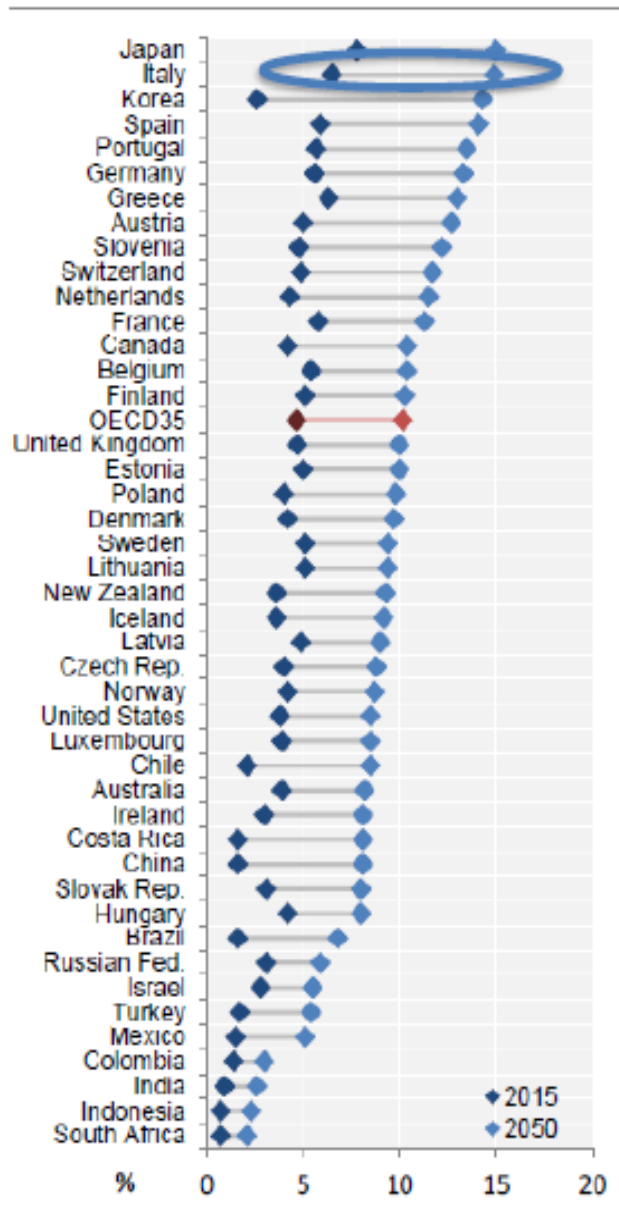
1,3
(2016)



Aspettativa
di vita

82,4
(2016)

Popolazione di 80 anni e più



Gli over 80 nei paesi OECD

People aged 80 and over in OECD countries



- ☐ Rapido incremento della popolazione over80.
- ☐ Media dei paesi OECD: 5% nel 2015; 10% nel 2050
- ☒ Italia, Spagna, Portogallo e Germania sono i paesi in cui la quota di over80 raddoppierà

OECD, Health at a Glance 2017

“the pressure that this growing proportion of people aged 65

“la pressione che questa percentuale crescente di persone di età compresa tra 65 e 80 anni metterà sui sistemi di assistenza a lungo termine dipenderà dallo stato di salute delle persone che raggiungono queste età”



COSA E' IL SISTEMA ACG?

ACG = Adjusted Clinical Groups

E' UN SISTEMA USATO PER IL RISK ADJUSTMENT: OVVERO PER IDENTIFICARE SOGGETTI CONFRONTABILI DAL PUNTO DI VISTA DEL "RISCHIO" (DI OSPEDALIZZAZIONE, DI MORTE, DI CONSUMO DI RISORSE....)

E' UN GROUPE: UN SISTEMA CHE IDENTIFICA "RAGGRUPPAMENTI" DI PAZIENTI IN UNA POPOLAZIONE

Sviluppato
dall'Università Johns
Hopkins di Baltimora
(USA)



ACG : Utilizzo delle banche dati esistenti

**Diagnosi da registro
esenzioni ticket**
(ICD9)

Ricoveri ospedalieri
Diagnosi di dimissione – ICD9CM)

Pronto Soccorso
(ICD9CM)

**Database salute
mentale**
(ICD10)

**Riabilitazione extra
ospedaliera** (ICD 9)

**Database registro malattie
rare** (ICD 9)

Diagnosi da UVMD e ADI
(International Classification for Primary Care-
ICPC)

Farmaceutica
(ATC)

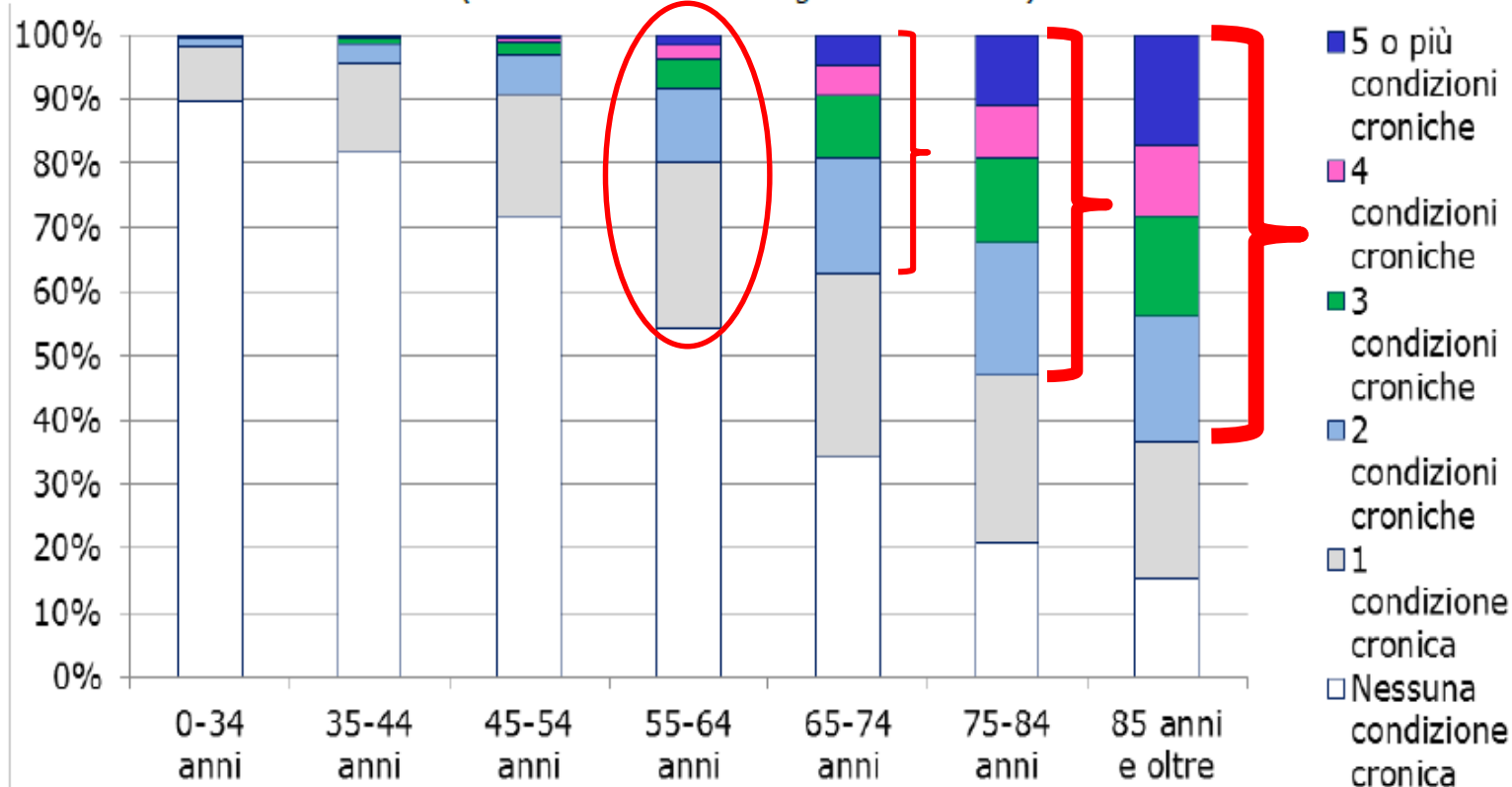
Costi (e stime di costi)
(da drg, tariffe e costo farmaci)

Persona

```
graph TD; A[Diagnosi da registro esenzioni ticket (ICD9)] --> F((Persona)); B[Ricoveri ospedalieri Diagnosi di dimissione - ICD9CM)] --> F; C[Pronto Soccorso (ICD9CM)] --> F; D[Database salute mentale (ICD10)] --> F; E[Riabilitazione extra ospedaliera (ICD 9)] --> F; G[Database registro malattie rare (ICD 9)] --> F; H[Farmaceutica (ATC)] --> F; I[Costi (e stime di costi) ( da drg, tariffe e costo farmaci)] --> F;
```


Figura 2.15 - Popolazione per numero di condizioni croniche e classi di età, Veneto, 2015.

(Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto)



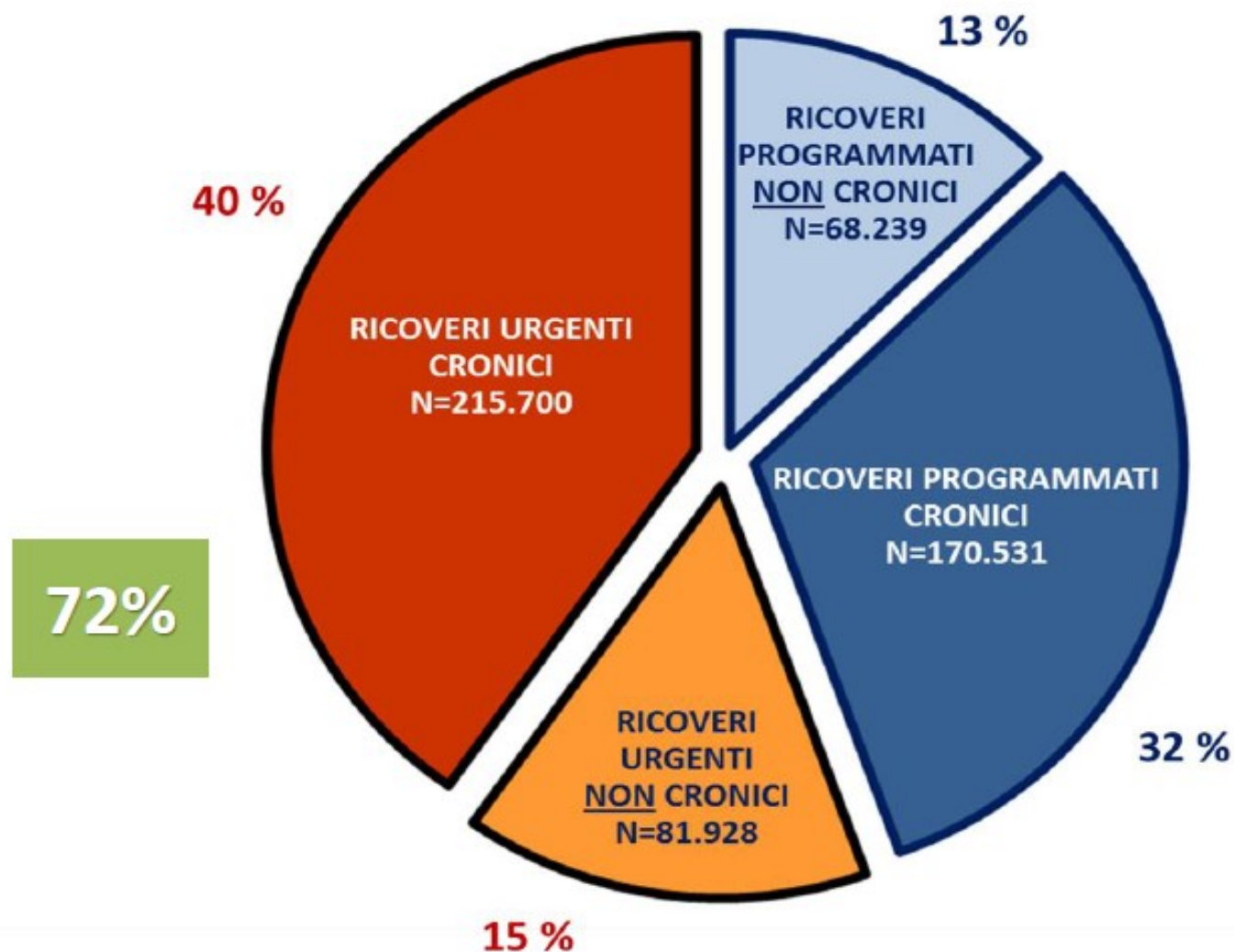
A partire dai 55 anni, quasi il 50% della popolazione risulta affetto da almeno una patologia cronica e circa il 20% è in condizione di multimorbilità. Al progredire dell'età, i soggetti affetti da almeno due patologie diventano la maggioranza, arrivando a quasi i due terzi del totale oltre gli 85 anni (Figura 2.15).



Frequenza di malattie croniche nella popolazione del Veneto

- Archivio ACG – Dati 2016

Patologia cronica	Numero di pazienti
Ipertensione	1.200.000
Diabete	273.111
Bronchite cronica ostruttiva (BPCO)	33.756
Dislipidemia	523.327
Insufficienza renale cronica	41.181
Cardiopatía ischemica	136.261
Depressione	291.800
Tumori maligni	190.400
Osteoporosi	577.335
Parkinson	35.612
Alzheimer e altre demenze	60.695
Scompenso cardiaco	75.647
Ipotiroidismo	175.556
Sclerosi multipla	8.539
SLA	606



Fonte Acg, condizioni croniche definite su esenzione e diagnosi. Ricoveri ordinari senza drg neonati sani



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

X Legislatura

PUNTO 3 / 2 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 28/05/2018

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 13 / DDL del 28/05/2018

OGGETTO:

Piano socio sanitario regionale 2019 - 2023

Allegato 8 alla Dgr
n. 13 dal 28 MAG. 2018
Pssr della Regione del Veneto 2019-2023



PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE DELLA REGIONE DEL VENETO 2019-2023



PSSR DELLA REGIONE DEL VENETO 2019-2023

LA SALUTE IN UN SISTEMA INTEGRATO

PARTE I: BISOGNI, DOMANDA E OFFERTA

1. Lo scenario epidemiologico e sociale e l'impatto sulla domanda di servizi socio-sanitari

3. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto

4. La salute della donna e del bambino

5. Il percorso del paziente in ospedale

6. La presa in carico della cronicità e della multimorbidità per intensità di cura e di assistenza

7. Le malattie rare

8. La salute mentale

9. L'integrazione socio-sanitaria

PARTE II: I SISTEMI DI SUPPORTO

10. Il governo del sistema e il governo delle aziende

11. La gestione del patrimonio informativo socio sanitario

12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici

13. Il governo e le politiche per il personale

14. Il governo delle risorse finanziarie e strumentali

15. Ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie

16. Rapporti con l'Università



3. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto

I luoghi di cura



- ❖ **Strutture Ospedaliere** organizzate secondo il modello “Hub e Spoke”
- ❖ Strutture sanitarie di **Cure Intermedie**
- ❖ **Strutture socio sanitarie** residenziali e semiresidenziali



3. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto



Strutture Ospedaliere, organizzate secondo il modello “Hub e Spoke”, d'intinte in: Hub, Presidi ospedalieri (Spoke legati all' Hub di riferimento), nodi di rete e strutture integrative della rete .

- ✓ Sistema di rete: (Reti Cliniche)
- ✓ Appropriatelyzza e qualità (standard DM 70/2015):
“Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”
- ✓ Sviluppo dei PDTA



3. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto

Strutture sanitarie di cure intermedie: Ospedali di Comunità e Unità riabilitative Territoriali, Hospice, strutture riabilitative extra ospedaliere (ex art.26 legge 833/1978), comunità terapeutiche riabilitative

Ospedale e Strutture per Cure Intermedie: due mission diverse (Boyd)



Dalla dipendenza medica all'indipendenza funzionale



Nuovi luoghi di cure:
Cure intermedie e
Cure integrate

Le cure intermedie in Veneto

Ospedale di Comunità stabilizzazione adattamento a recente disabilità	Unità di Riabilitazione Territoriale (URT) recupero funzionale	Centri per il decadimento cognitivo e demenze (SAPA) per pazienti affetti da demenza	Hospice cure palliative
---	--	--	---------------------------------------

- Luoghi più vicini a casa
- Residenzialità temporanea
- Focalizzati sulla funzionalità e non su diagnosi o procedure
- Uso di traiettorie prognostiche



Strutture intermedie di ricovero

«Per garantire una risposta a pazienti stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma troppo instabili per poter essere trattati in un regime domiciliare o residenziale»

I SERVIZI DI «CURA PIÙ VICINA AL DOMICILIO»

Hospice



Ospedale di Comunità



URT



periodo non superiore di norma alle 4-6 settimane

Consentono di evitare l'allungamento della degenza ospedaliera o un ricovero inappropriato o una istituzionalizzazione inappropriata

Già attivi 550 PL nella regione

Nel 2018 e 2019 verranno attivati altri 860 PL (DGR 1714/17)

PSSR DELLA REGIONE DEL VENETO 2019-2023

LA SALUTE IN UN SISTEMA INTEGRATO

PARTE I: BISOGNI, DOMANDA E OFFERTA



1. Lo scenario epidemiologico e sociale e l'impatto sulla domanda di servizi socio-sanitari



2. La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio



3. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto



4. La salute della donna e del bambino



5. Il percorso del paziente in ospedale



6. La presa in carico della cronicità e della multimorbidità per intensità di cura e di assistenza



7. Le malattie rare



6. La presa in carico della cronicità e della multimorbidità per intensità di cura e di assistenza

PARTE II: I SISTEMI DI SUPPORTO



10. Il governo del sistema e il governo delle aziende



11. La gestione del patrimonio informativo socio sanitario



12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici



13. Il governo e le politiche per il personale



14. Il governo delle risorse finanziarie e strumentali



15. Ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie



16. Rapporti con l'Università

Il modello veneto del distretto



Il nuovo ruolo del Distretto

Il Distretto socio sanitario è l'articolazione dell'Azienda ULSS deputata al perseguimento dell'integrazione tra i diversi servizi e le diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

Allegato B alla Dgr
n. 13 / del DDL 28 MAG. 2018

Pssr della Regione del Veneto 2019-2023



Figura 8 – Presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza: profili di popolazione e percentuale sulla popolazione del Veneto

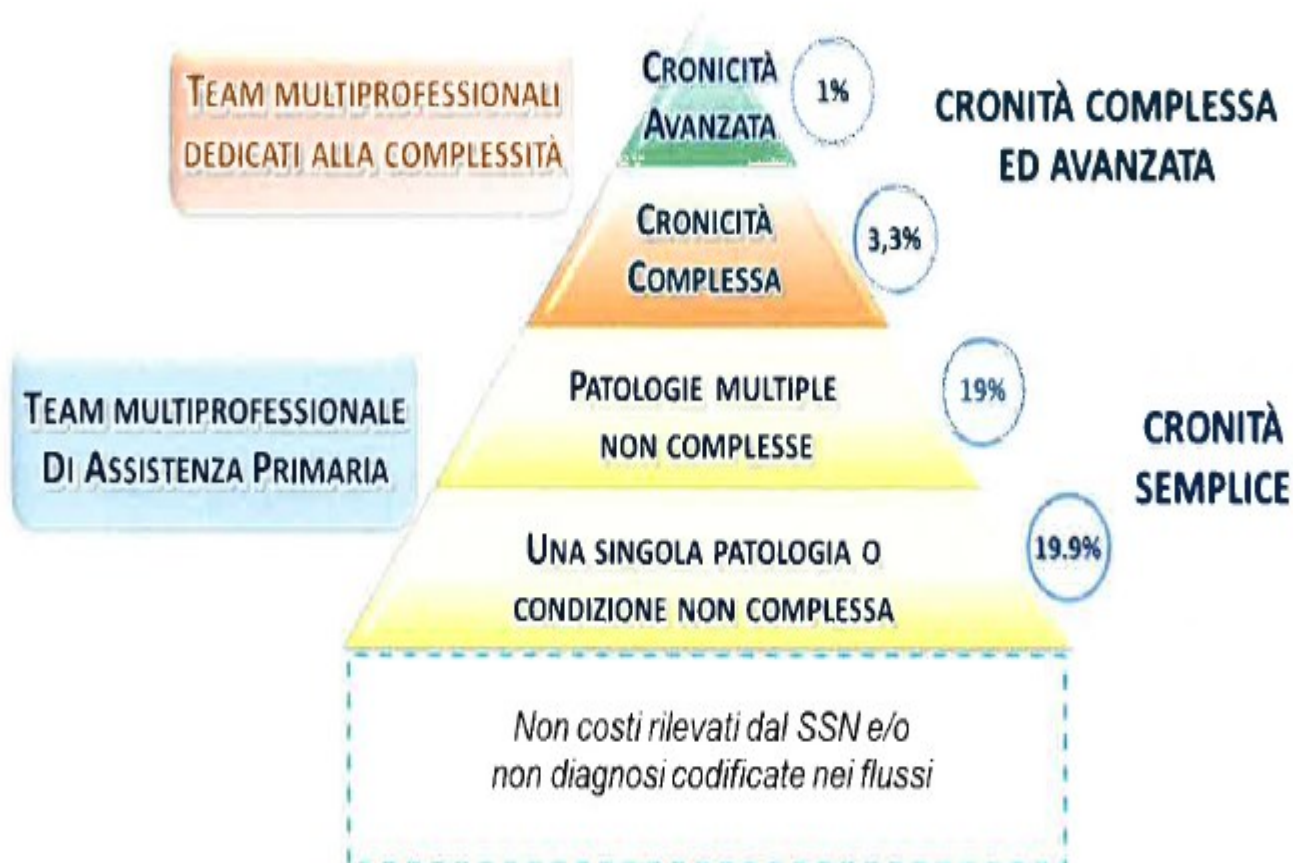
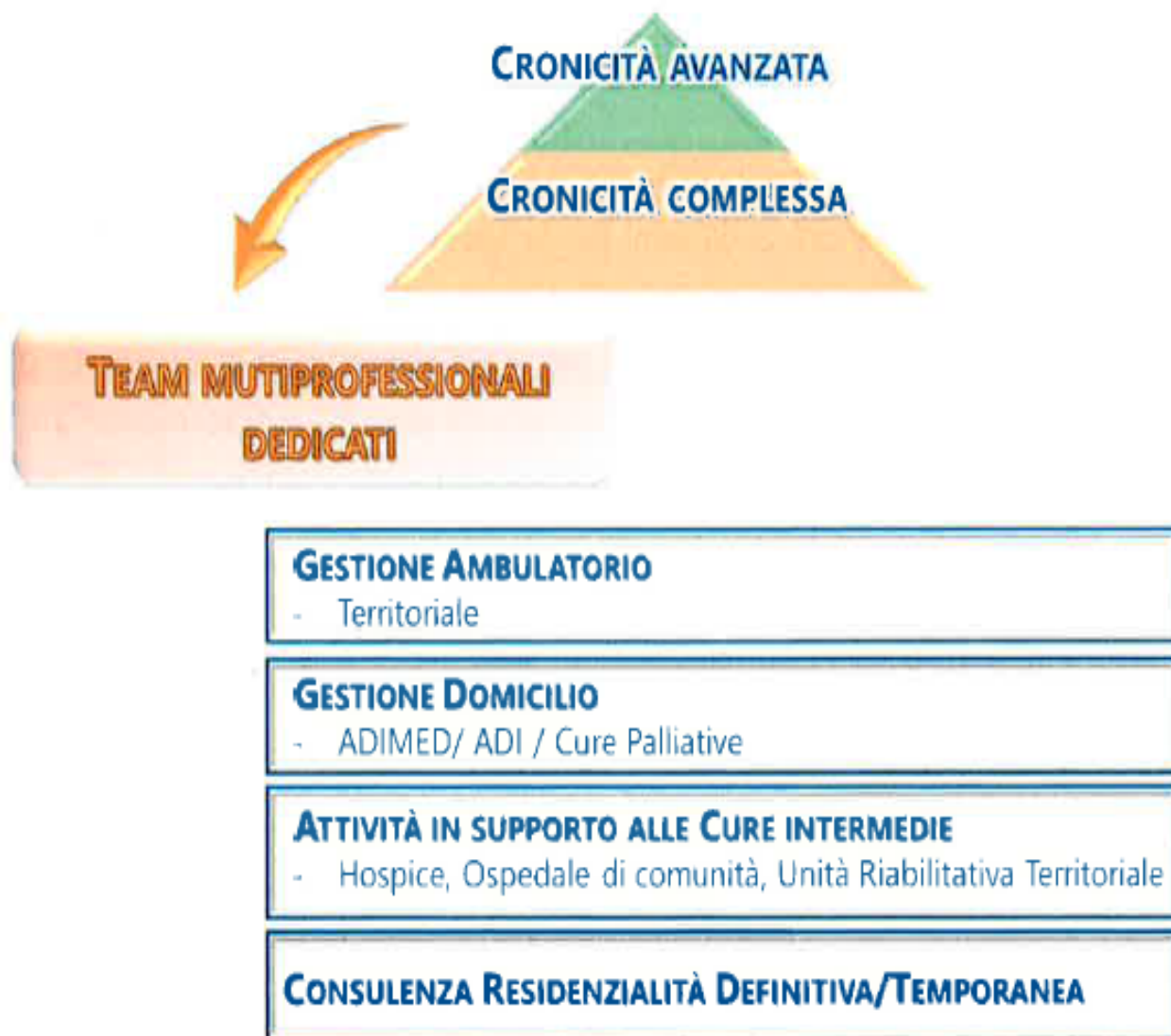


Figura 9 – La presa in carico della cronicità complessa ed avanzata





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

X Legislatura

Proposta n. 546 / 2018

RETE CURE PALLIATIVE

PUNTO 32 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 30/04/2018

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 553 / DGR del 30/04/2018

OGGETTO:

Approvazione del Percorso integrato di cura a supporto dello sviluppo della rete di cure palliative in età adulta ai sensi della DGR n. 208 del 28 febbraio 2017 ad oggetto: " Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. del 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015".

Epidemiologia del fabbisogno di cure palliative in Europa

“Global Atlas of Palliative Care at the end of life – WPCA e WHO 2014”

Cause	Fabbisogno di Cure Palliative
N. Tot./100.000 abitanti ≥ 15 a	561.5
HIV/AIDS	9.9 (1%)
Cancro	218 (39%)
Patologie evolutive non cancro	333,6 (60%)

Si stima che il 35-45% necessita di cure palliative specialistiche e il 55-65% di cure palliative di base.



WHO ***Definizione delle Cure Palliative***

DA

Last stage

- Pazienti non responsivi alle terapie curative con finalità relegate agli ultimi stadi della cura.

WHO. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No.804, Geneva, WHO 1990.

A

Early

- I principi delle Cure Palliative dovrebbero essere applicati il più precocemente possibile nel corso di una malattia cronica fino alla fase finale.

Cecilia Sepúlveda, Amanda Marlin, Tokuo Yoshida, Andreas Ullrich, Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective

Program on Cancer Control (C.S., A.M., A.U.) and Essential Drugs and Medicines Policy (T.Y.), World Health Organization, Geneva, Switzerland Journal of Pain and Symptom Management 24, 2002

Levy MH. - NCCN Task Force Report: Supportive and palliative care
Oncology 13: 517-522, 1999

Original Article

End-of-Life

Care Transitions

Integrated

Support Care Cancer

DOI 10.1007/s00520-016-3510-x



ORIGINAL ARTICLE

Veronica Casotto

Francesco Avossa

Antonio Brambilla

Veneto Institute of

Epidemiological Systems

(V.I.E.S.), Emilia-Romagna

Health and Social

Responsabile Settore

M. Pellizzari

M. Cancian

Impact of intensity and timing of integrated home palliative cancer care on end-of-life hospitalization in Northern Italy

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE

Volume 19, Number 12, 2016

Intensity of Integrated Primary and Specialist Home-Based Palliative Care for Chronic Diseases in Northeast Italy and Its Impact on End-of-Life Hospital Access

Eliana Ferroni, Francesco Avossa, Franco Figoli, Maurizio Cancian, Cosimo De Chirico, Elisabetta Pinato, Michele Pellizzari, Ugo Fedeli, Mario Saugo, and Domenico Mantoan.

Gli studi citati dimostrano che quando i pazienti con malattia cronica evolutiva vengono presi in carico precocemente in un programma integrato di cure palliative tra Cure Primarie e Cure Palliative Specialistiche si riducono in misura evidente e statisticamente significativa:

1. N. ricoveri
2. Durata dei ricoveri
3. N. decessi in ospedale e accessi in Pronto Soccorso



Area strategica: Medicina di popolazione e progetto individuale di salute della cronicità e della multimorbidità

Assessment di popolazione



Assessment individuale
(personalizzazione dei programmi di comunità)

Distretto socio sanitario
contesto valutativo
individuale
(garante e segmentatore)

In base al bisogno
il paziente viene assegnato a team multidisciplinari di diversa composizione

**Pz cronico
multimorbidità
complessità
terminalità**

**TEAM DI DISTRETTO
h24**

Team

multiprofessionale:

- Infermiere CM
- geriatra/internista
- Palliat./specialista
- Altri professionisti

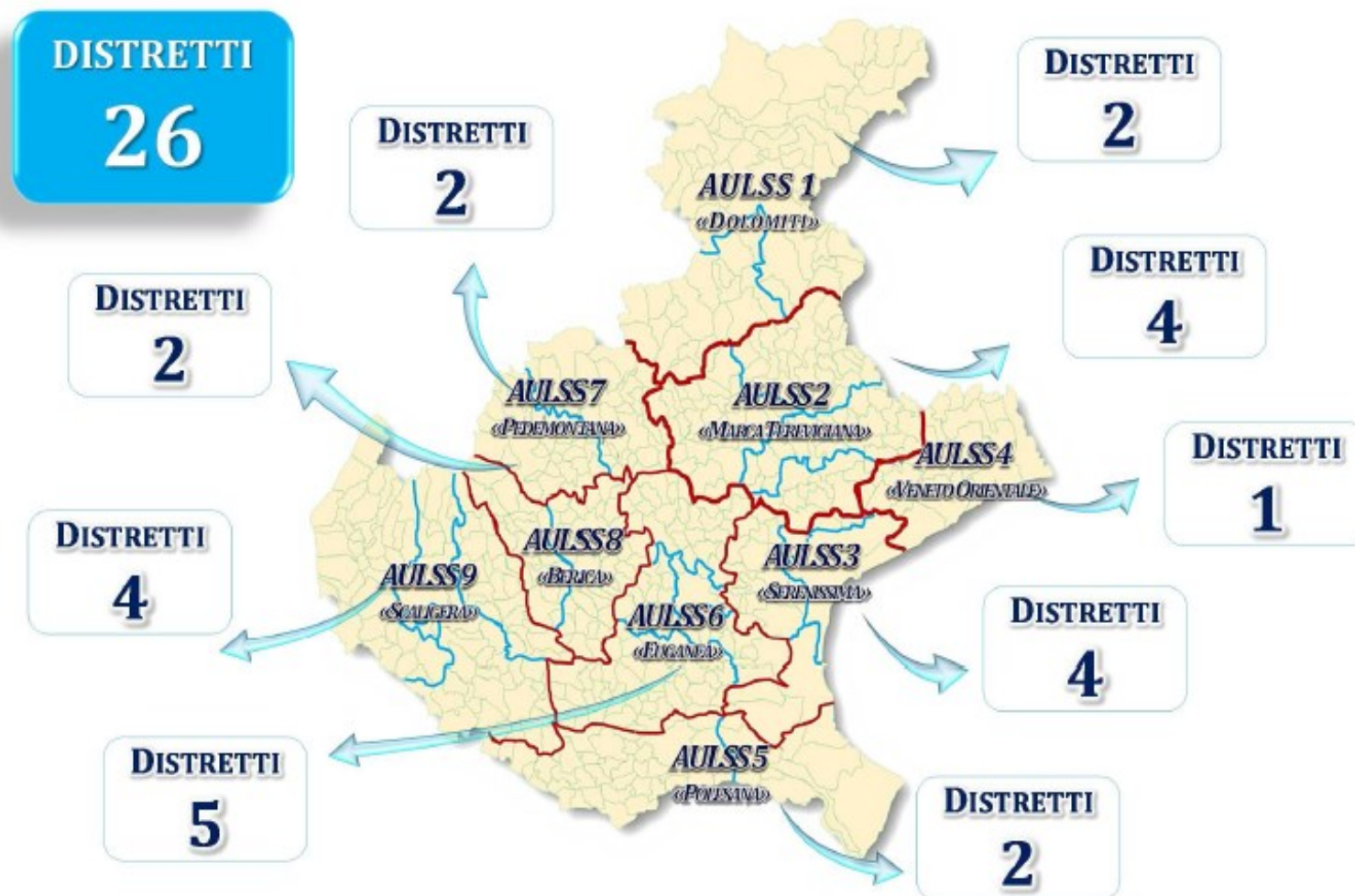


dal 1 gennaio 2017



REGIONE DEL VENETO

NUOVI ASSETTI TERRITORIALI



Come si attiva il Nucleo Cure Palliative (NCP)



Ospedale



Domicilio

**Dimissione protetta, segnalazione da
Oncologia**



MMG



**DISTRETTO
(UVMD)**



ATTIVAZIONE NUCLEO CURE PALLIATIVE

❖ Gestione H24

❖ Condivisione percorso di presa in carico
con medico ospedaliero e Famiglia

Nucleo Cure Paliative DISTRETTO 4

Componenti del team (nome
cognome ... disciplina)

Modalità di attivazione NUMERO
TELEFONO MAIL

Qualche dato... (se puoi !!!)

FOTO...