

24 FEBBRAIO 2017

SALA CONGRESSI

Azienda Ospedaliero-Universitaria di PARMA

L'INTEGRAZIONE DELL'ONCOLOGIA CON LE CURE PALLIATIVE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO IN FASE AVANZATA

Presidenti del Convegno:

Vittorio Franciosi, Francesco Ghisoni

CON I PATROCINI DI:



GOIRC
GRUPPO ONCOLOGICO ITALIANO
E RICERCA CLINICA



OSPEDALE SANTARCANGELO DI ROMAGNA
FONDAZIONE IRI

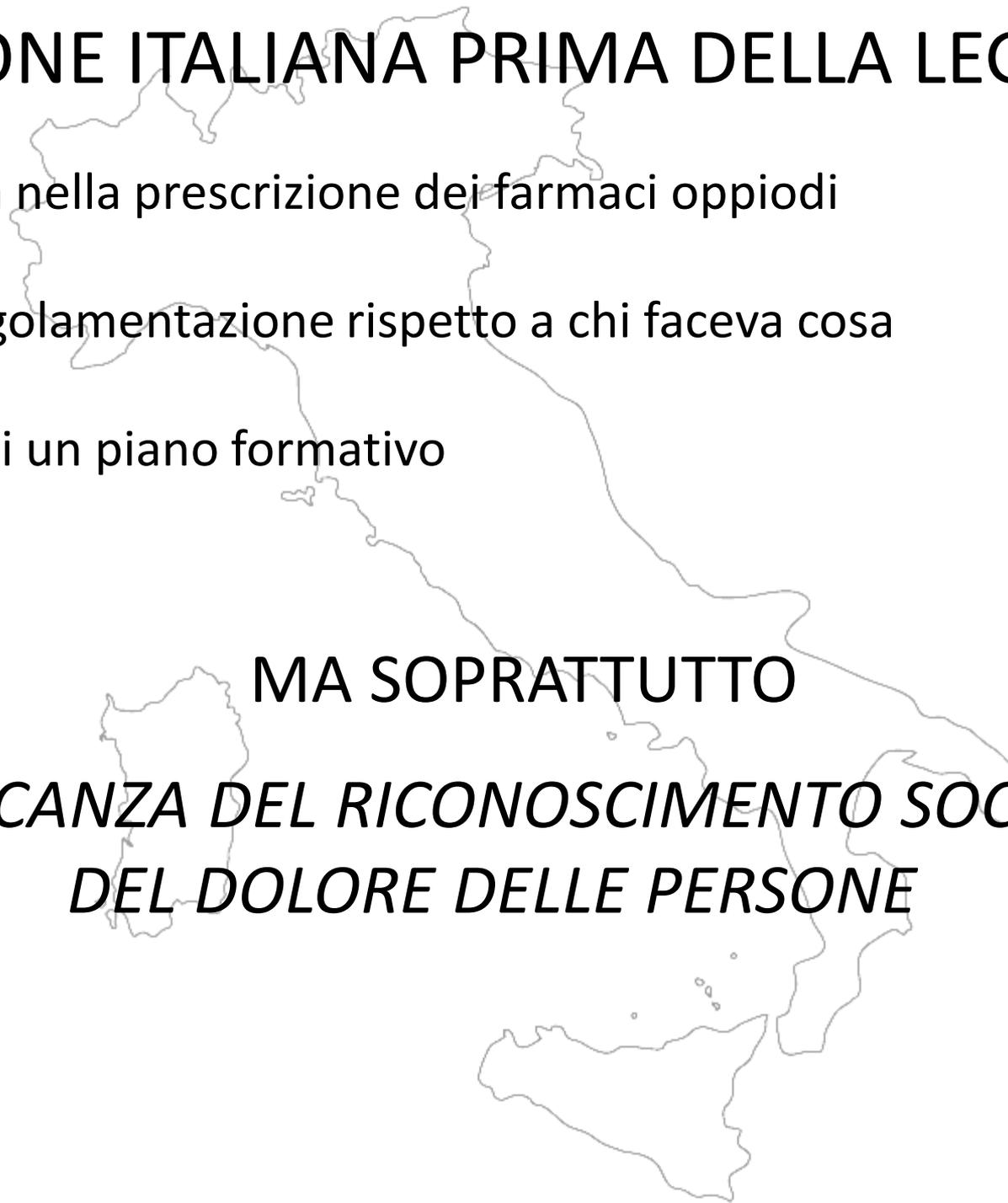


OSPEDALE SANTARCANGELO DI ROMAGNA
FONDAZIONE IRI



UNIVERSITÀ
DI PARMA

SITUAZIONE ITALIANA PRIMA DELLA LEGGE 38

A faint, light gray outline map of Italy is visible in the background, showing the main peninsula and the islands of Sicily and Sardinia.

- Complessità nella prescrizione dei farmaci oppioidi
- Totale deregolamentazione rispetto a chi faceva cosa
- Mancanza di un piano formativo

MA SOPRATTUTTO

***MANCANZA DEL RICONOSCIMENTO SOCIALE
DEL DOLORE DELLE PERSONE***



Prevalenza delle più comuni malattie nella popolazione italiana (dati 2009-2010):

Eventi coronarici : 0,6% (maschi)

Diabete: 4,9 %

Asma 6,1%

BPCO 2,8%

Artrosi **12,2%** (il 40% dell'artrosi presenta dolore da moderato a severo)

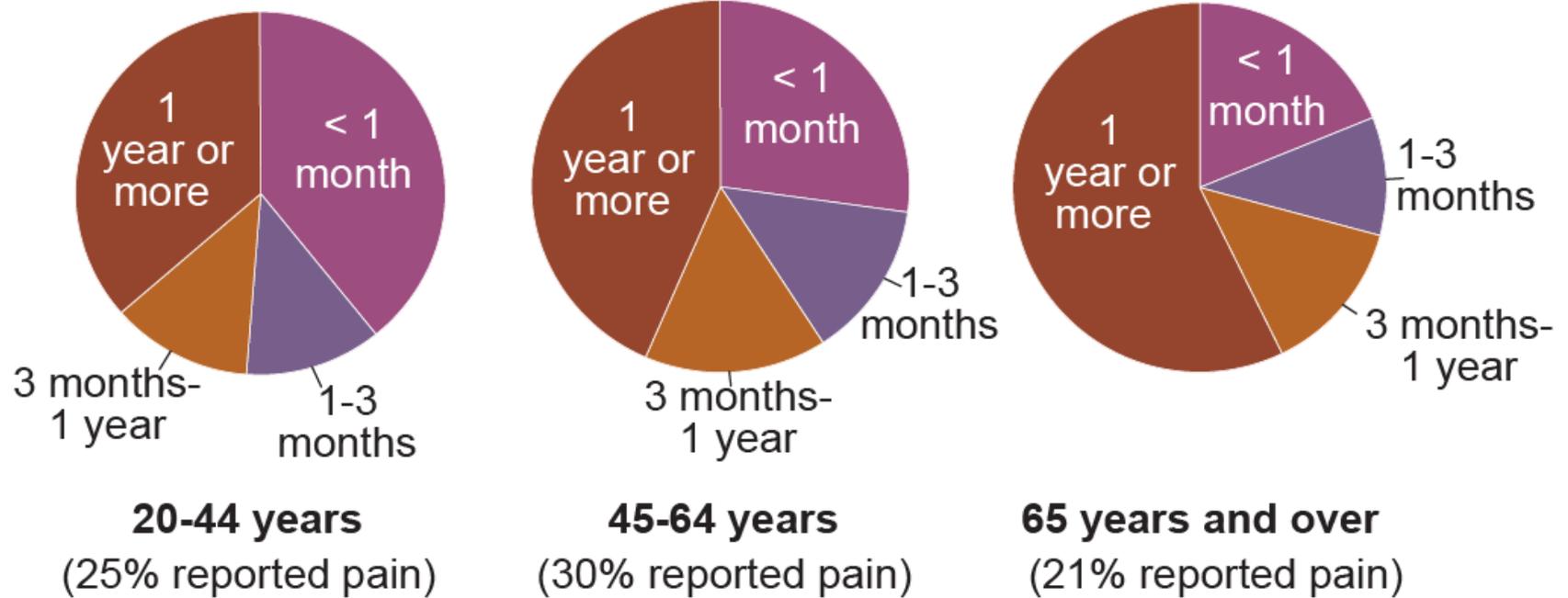
43% della popolazione tra i 65 e i 74 anni

60,6% della popolazione over 75

Stima di spesa per il trattamento dell'artrosi di 3,2 miliardi di euro nel 2009

Durata del dolore

Pain duration, 1999-2002



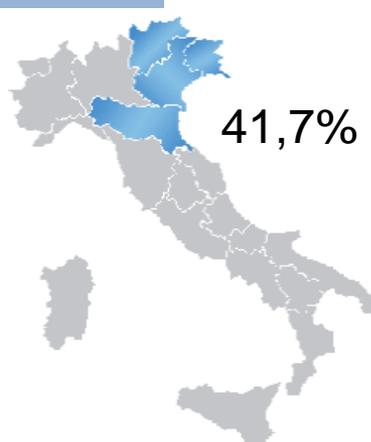
SOURCES: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2006*, Figure 29. Data from the National Health and Nutrition Examination Survey.

MORTALITA' PER TUMORE IN OSPEDALE

Nord-ovest



Nord-est



Centro



Sud e isole



	Residenti Censimento 2011 (dato stabile)	Deceduti per tumori maligni	Percentuali di morti per tumore su popolazione residente	Numero decaduti in ospedale per tumore	Giornate di ricovero in ospedale durante l'evento finale	Giornate ricovero/ Deceduti in Ospedale	Deceduti tumore in H / deceduti tumore totali
ITALIA	59.433.744	167.303	0,28%	47.537,00	537.631	11,31	28,4%
Nord-ovest	15.765.567	49.363	0,31%	13.816,00	164.980	11,94	28,0%
Lombardia	9.917.714	29.753	0,30%	6.874	79.992	11,64	23%
Nord-est	11.447.805	33.807	0,30%	14.090,00	155.269	11,02	41,7%
Centro	11.600.675	34.021	0,29%	10.947,00	123.986	11,33	32,2%
Sud	13.977.431	33.530	0,24%	5.682,00	61.959	10,90	16,9%
Isole	6.642.266	16.582	0,25%	3.002,00	31.437	10,47	18,1%

La legge 38 del 2010 ha stracciato un velo

Ha sancito il diritto di ogni cittadino italiano ad accedere alla terapia del dolore e alle cure palliative.

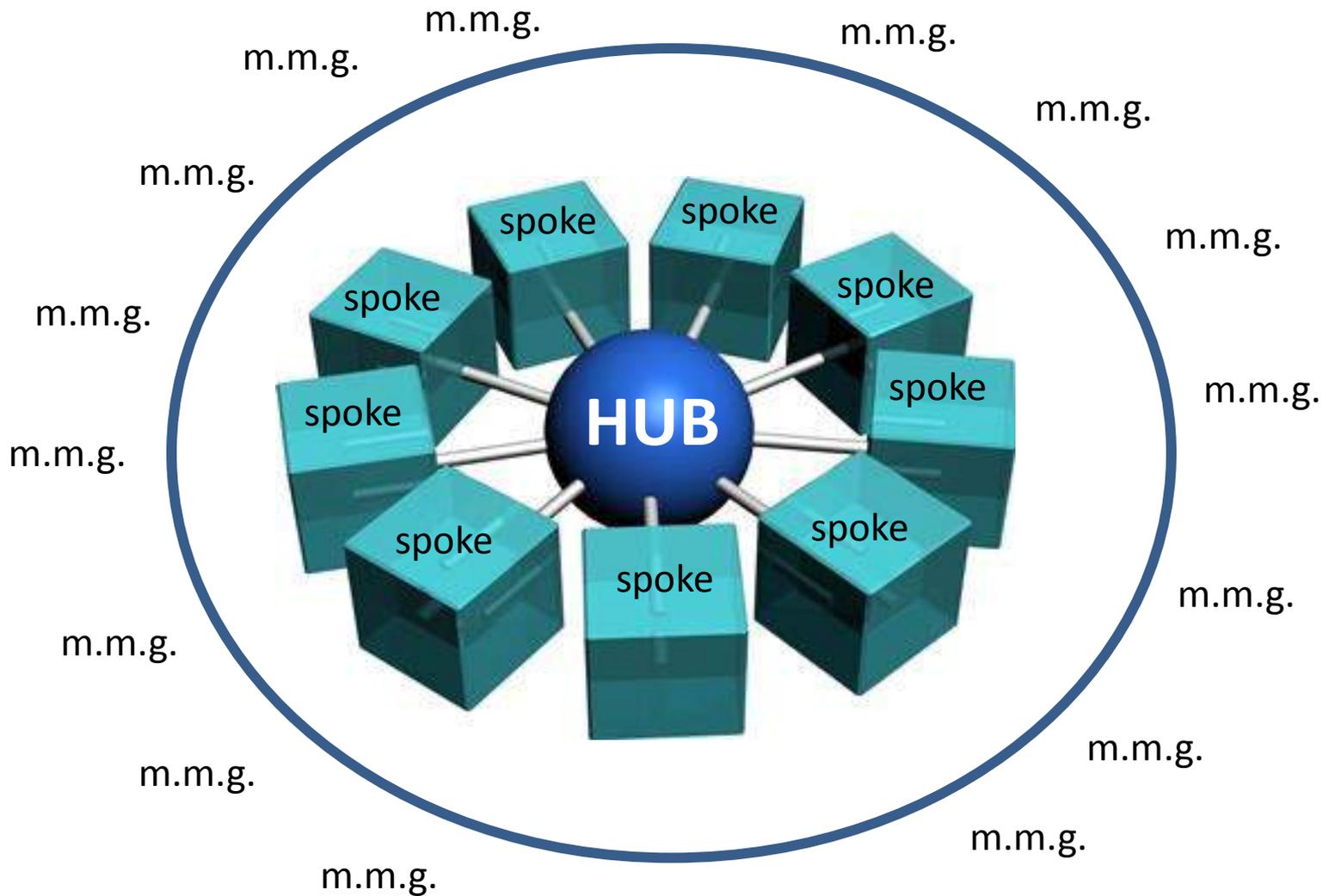


LEGGE 38/2010

Punti Chiave

- Questa legge salvaguarda il diritto del cittadino ad avere accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore
- Crea networks differenti ma integrati: per le cure palliative, per la terapia del dolore e per i pazienti pediatrici
- Identifica formazione, aggiornamento, e istruzione di livello universitario per il personale coinvolto (medico e infermieristico)
- Semplifica l'accesso agli oppioidi;
- Crea una struttura ministeriale con il compito di monitorare l'applicazione della legge stessa

MODELLO DI ASSISTENZA



LEGGE 38/2010

APPLICAZIONE INSUCCESSIVE

2012 – approvazione Conferenza Stato Regioni
inizio del percorso formativo Universitario

2013 – massiva campagna di informazione su TV, giornali e radio
(24.000 contatti internet, oltre 1000 quesiti telefonici, 68.000
accessi al sito del Ministero della Salute nel Settore Terapia
del Dolore e Cure Palliative).

2014 – 100% delle Regioni promulgano decreti attuativi

Legge 38/2010
Art. 8

Semplificazione delle procedure di accesso
ai medicinali impiegati nella terapia del
dolore

Nel 2010 – Consumo di oppioidi:

in Europa 5 euro per abitante

in Germania 9,68 euro per abitante

in Italia 1,6 euro per abitante

Nei primi 9 mesi del 2015:

- +2,8% di derivati alcaloidi della morfina
- +7.9% di altri oppioidi forti sintetici

Legge 38/2010
Art. 8

Formazione e aggiornamento del
personale medico e sanitario in materia di
cure palliative e di terapia del dolore

Al 2016

Attivati in diversi Atenei Master di II livello in Terapia del Dolore (1 anno), Cure Palliative (2 Anni) e in Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche.
Master di I livello per personale infermieristico e psicologi.

Riconoscimento di tali titoli per la Direzione di Hospice e U.O.C. di Cure Palliative

Legge 38/2010
Art. 8

Formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore

- Riservato ai medici in possesso di una delle specializzazioni indicate nell'articolo 5 comma 2 della legge 38/2010
- 24 mesi, 120 crediti formativi di cui 60 dedicati alla formazione teorica e 60 dedicati alla formazione pratica w

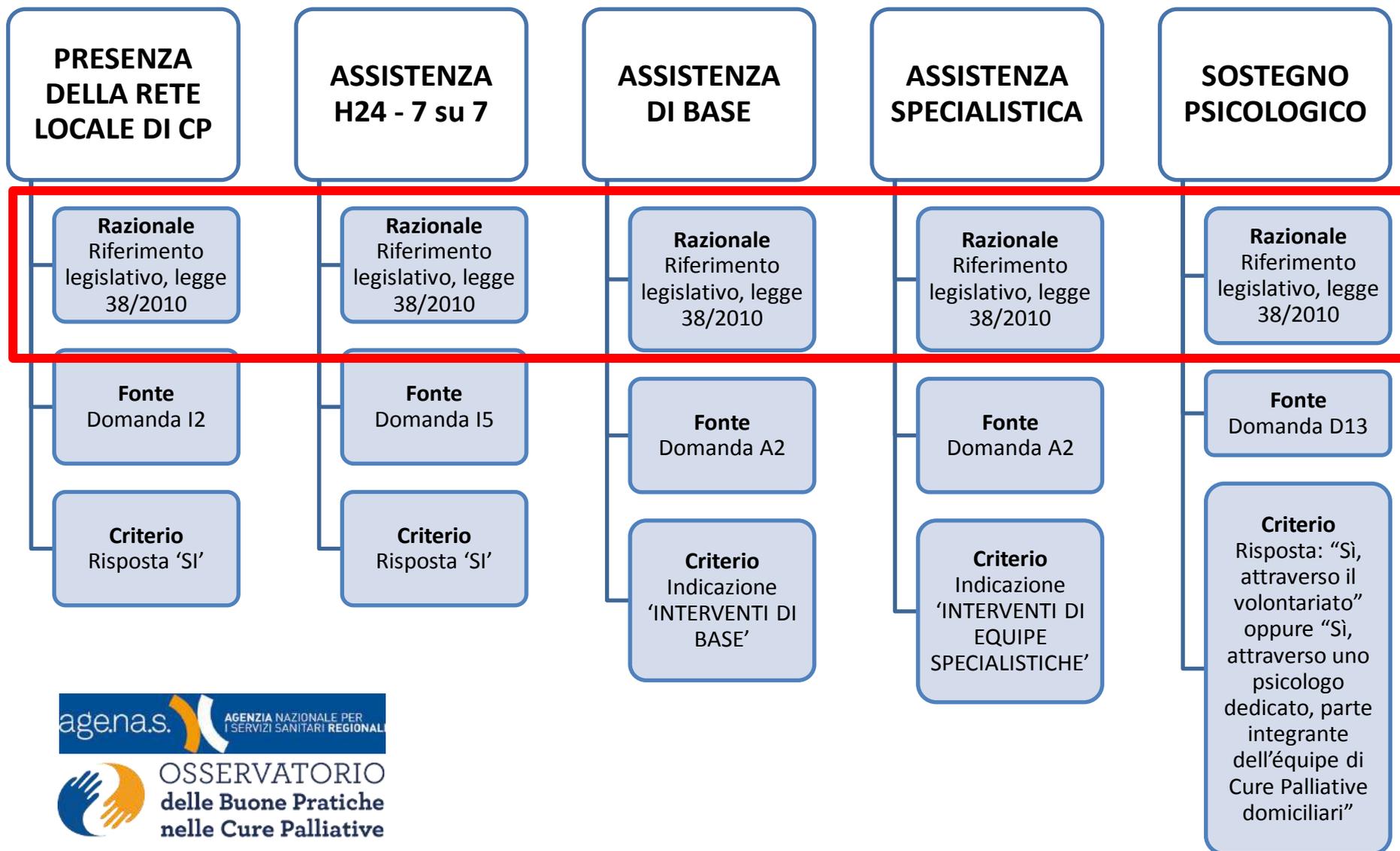
Comma 425 dell'art. 1 della Legge n. 147 del 27 dicembre 2013 (Legge di stabilità 2014)

425. Al fine di garantire la compiuta attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della presente legge possiedono almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.

Le cure palliative come disciplina

Sancito l' Accordo Stato - Regioni del 7 febbraio 2013, con cui è stata individuata, per la categoria professionale dei medici - Area della Medicina diagnostica e dei servizi- la disciplina di " Cure Palliative", ai fini della regolamentazione concorsuale per l'accesso dei medici alle strutture all'uopo istituite e facenti parte della rete di Cure Palliative. Con successivo D.M. del 28 marzo 2013 si è provveduto ad aggiornare le Tabelle relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti di cui al DM 30 gennaio 1998 al fine di consentire l'accesso alla nuova disciplina.

14 INDICATORI PER VALUTARE LE BUONE PRATICHE



14 INDICATORI PER VALUTARE LE BUONE PRATICHE

COLLOQUIO STRUTTURATO CON I FAMILIARI ALLA PIC

Razionale
Letteratura internazionale

Fonte
Domanda D1

Criterio
Risposta "È previsto un colloquio senza una procedura formalizzata" oppure "È previsto un colloquio attraverso una procedura formalizzata"

FORMAZIONE PERMANENTE DEL PERSONALE (MD e INF)

Razionale
Riferimento legislativo, legge 38/2010

Fonte
Domanda C5

Criterio
Risposta 'SI'

TEMPISTICA PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI

Razionale
Il valore $\geq 80\%$ identificato dal DM n. 43 del 22/2/ 2007

Fonte
Domande E3 ed E9

Criterio
$$\left[\frac{E9_Entro1g + E9_Entro2gg + E9_Entro3gg}{E3_NumMalati} \right] \geq 80\%$$

FORNITURA FARMACI AL DOMICILIO

Razionale
Norme di accreditamento e letteratura internazionale

Fonte
Domanda D11

Criterio
Risposta "Tutti i farmaci, compresi quelli di fascia C utili al controllo dei sintomi" o "Tutti i farmaci, esclusi quelli di fascia C"

14 INDICATORI PER VALUTARE LE BUONE PRATICHE

NUMERO DI MALATI ONCOLOGICI ASSISTITI PER ANNO

Razionale
Esperti SICP – EAPC; analisi retrospettiva dati attività 1° fase

Fonte
Domanda E2

Criterio
E2_Malati/anno
>=200

NUMERO POSTI LETTO DOMICILIARI EQUIVALENTI

Razionale
Esperti SICP – EAPC; analisi retrospettiva dati attività UCP ammesse

Fonte
Domanda E1 – bis

Criterio
Numero di posto letto equivalenti
>= 30

SUPPORTO DI ONP

Razionale
Intesa - repertorio atti n. 151 - CSR 25 luglio 2012

Fonte
Domanda A4

Criterio
Risposta 'SI'

COEFFICIENTE INTENSITÀ ASSISTENZIALE

Razionale
Commissione LEA

Fonte
Domanda E7

Criterio
Valore CIA medio
>= 0.5

PERCENTUALE MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI AL DOMICILIO

Razionale
Esperti SICP – EAPC; analisi retrospettiva dati attività UCP ammesse

Fonte
Domande E12 – E3

Criterio
E12_Domicilio)/E3_NumMalati
>=75%

La Legge 38 e le cure palliative

Da ...	Verso ...
Fasi “terminali” di malattia	Malattie cronico-degenerative in fase avanzata
Prognosi di settimane o pochi mesi	Prognosi di vita limitata nel tempo
Cancro	Tutte le situazioni cliniche ad andamento progressivo
Malattie	Condizioni cliniche (fragilità, pluripatologie, ecc.)

La Legge 38 e le cure palliative

Da ...	Verso ...
Andamento progressivo	Andamento progressivo, con frequente momenti di crisi e modifiche dei bisogni
Dicotomia Curativo/Palliativo	Cure simultanee, condivise, integrate
Trattamenti specifici <u>O</u> palliativi	Trattamenti specifici <u>E</u> palliativi, in rapporto ai bisogni

La Legge 38 e le cure palliative

Da ...	Verso ...
La prognosi come criterio per l'intervento di servizi di PC specialistici	La complessità dei bisogni come criterio
Interventi "rigidi" dal punto di vista organizzativo	Interventi "flessibili"
Ruolo "passivo" dei malati	Pianificazione anticipata delle cure
Interventi "in reazione" alle crisi	Case management preventivo

La Legge 38 e le cure palliative

Da ...	Verso ...
Interventi esclusivi di cure palliative specialistiche	Sviluppo parallelo di un approccio palliativo in ogni situazione
Approccio organizzativo legato ai bisogni delle istituzioni	Approccio organizzativo legato ai bisogni della comunità
Nessuna pianificazione	Public Health Approach
Cure “frammentate”	Progetti di cura “integrati”

IL DM 43 DEFINISCE UN GOLD STANDARD: IL 65% DEI DECEDUTI A CAUSA DI TUMORE DOVREBBE ESSERE SEGUITO DA RETE CP.

DM 43/2007

RELAZIONE AL PARLAMENTO
2014

01. Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice / n. di malati deceduti per malattia oncologica.

≥ 65%

HOSPICE: 9%
(GOLD STANDARD 20%)

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI: 20,2%
(GOLD STANDARD 45%)

N.B. Il flusso informativo di alcune regioni non intercetta tutti i malati assistiti in Cure Palliative domiciliari (Es. STCP Lombardia)

SIAMO AL 30 %

Fonte: Relazione Parlamento,
2014

“Siate affamati.
Siate folli. Perché
solo coloro che
sono abbastanza
folli da pensare di
poter cambiare il
mondo lo cambiano
davvero.”

STEVE JOBS



UN MADE IN ITALY DA ESPORTARE

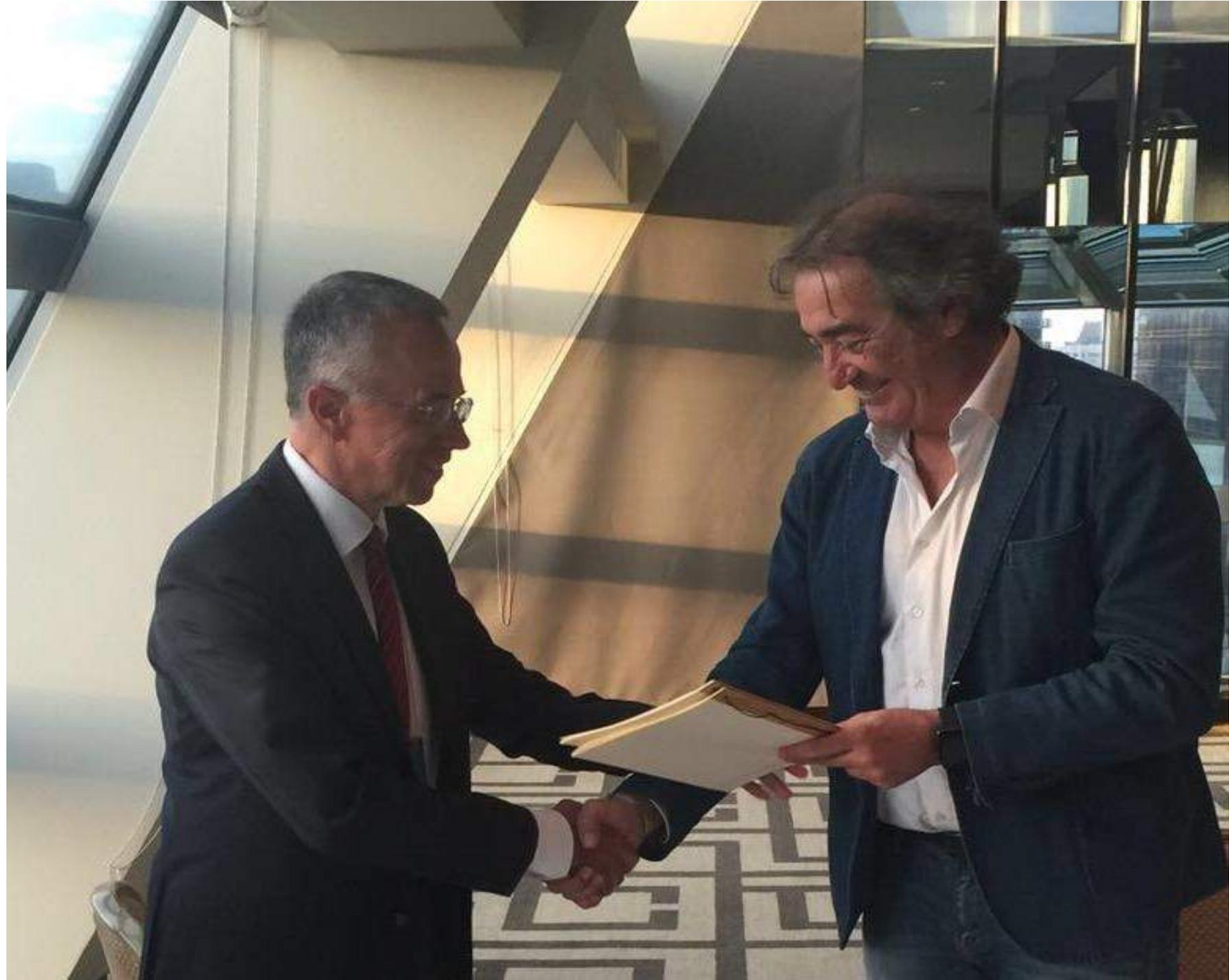
20 Aprile 2016















1. Sono un medico e rispetto il giuramento di Ippocrate
2. Devo curare il dolore
3. Devo prendermi cura della sofferenza che deriva dal dolore
4. Devo operare per il benessere della persona
5. Devo considerare imprescindibile la qualità delle cure
6. Devo impegnarmi affinché sia garantito l'accesso alle cure a tutte le persone ovunque essi si trovino a nascere e a vivere
7. Devo evitare le diseguaglianze e curare tutte le persone, senza distinzione di età, genere, etnia e religione
8. Devo basare la decisione terapeutica sul rispetto della volontà della persona e nella difesa della sua dignità
9. Devo condividere e promuovere il sapere e le conoscenze sulla cura del dolore
10. Questo è il mio impegno a migliorare la qualità di vita delle persone con dolore

PRIMA DEL 2010 la realtà era questa:

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE A 000 000

ASSETTO (in proprietà dell'ente)

ACQUIRENTE

- Carta d'identità
- Patente
- Passaporto
- Altro

Il documento rilasciato da _____

1ª prescrizione

Prescrizione ai sensi del legge _____

2ª prescrizione

Prescrizione ai sensi del legge _____

<input type="text"/> <input type="text"/> CODICE NUMERO			
<input type="text"/> <input type="text"/> CODICE NUMERO			

FORMA MEDICA, INDIRIZZO E N. TELEFONO PROFESSIONALE

FIRMA _____

DATA DI PRESCRIZIONE

TIPO DI FARMACIA _____

DATA DI SPEDIZIONE

F.A.S. s.p.a. - Corso Garibaldi, 100 - Roma

ORIGINALE

Ricetta ricalcante

OGGI il livello del dibattito è questo:

31-1-2017



Ministero della Salute



TAVOLA ROTONDA per la stesura delle

RACCOMANDAZIONI PER IL MEDICO PRESCRITTORE DI CANNABIS AD
USO MEDICO

Articolo di riferimento

Cannabis and intractable chronic pain: Italian Case Series of 614 patients

Fanelli G et al.

Journal of Pain Research in press

La formazione

L'impegno

La conoscenza

E un po' di incoscienza possono cambiare il mondo

**“Se fai quello
che hai sempre fatto,
otterrai ciò che hai
sempre ottenuto.”**

Thank
You!