



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

# Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative

**Direttore: Prof. Paolo Muratori**

Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita

In tutto il mondo, circa **60 milioni**  
di persone necessitano di CP ogni anno,  
**54,2% prima del fine vita e**  
**45,8% nel fine-vita (1 anno)**

**60%** per patologie non oncologiche  
**40%** per tumore

Cure palliative **specialistiche 40%**,  
**approccio di cure palliative 60%**

**67% adulti sopra i 50 anni,**  
**ma almeno il 7% sono bambini**



## Global Atlas of Palliative Care

2nd Edition



London, UK 2020

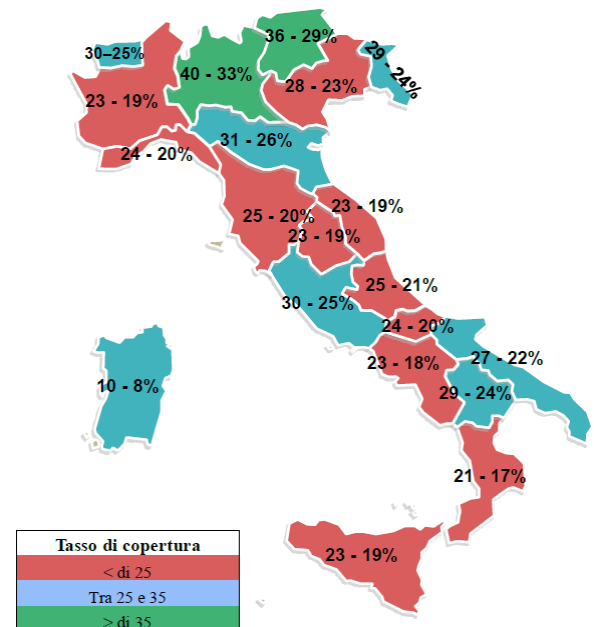
Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition

[www.thewhpc.org](http://www.thewhpc.org)

	Italia	
Est. Bisogno di CP	447.018	543.585 <i>se si considera l'84%</i> <i>se si considera il 69%</i>
Offerta attuale	126.113	
Tasso di copertura del bisogno di CP	23% - 28%	

Alta domanda e  
**basso** tasso di  
copertura

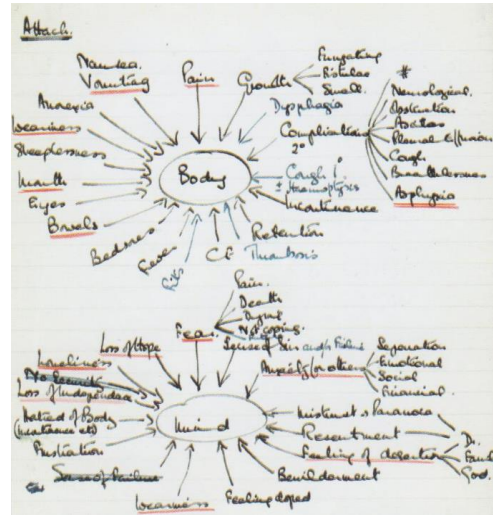
— Dettaglio tasso di copertura del bisogno:



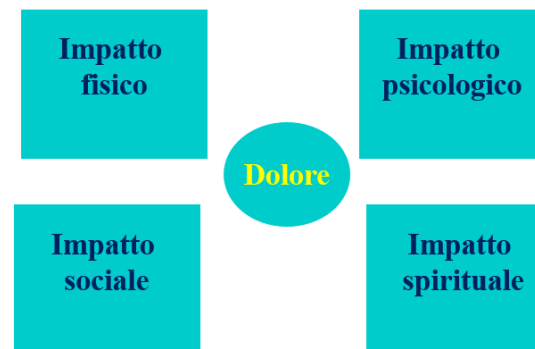
# Dame Cicely Saunders (1918-2005)



**HOSPICE: luogo di vita,  
assistenza, ricerca e formazione**

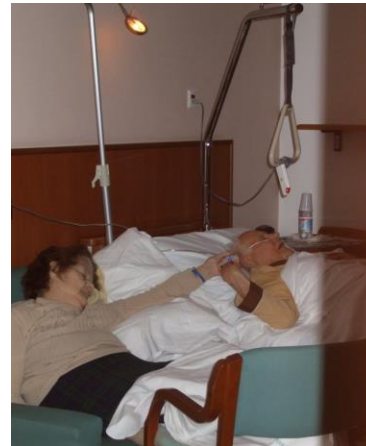


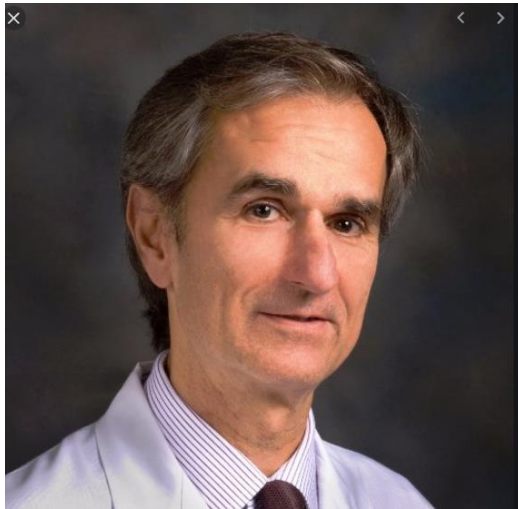
## Dolore totale



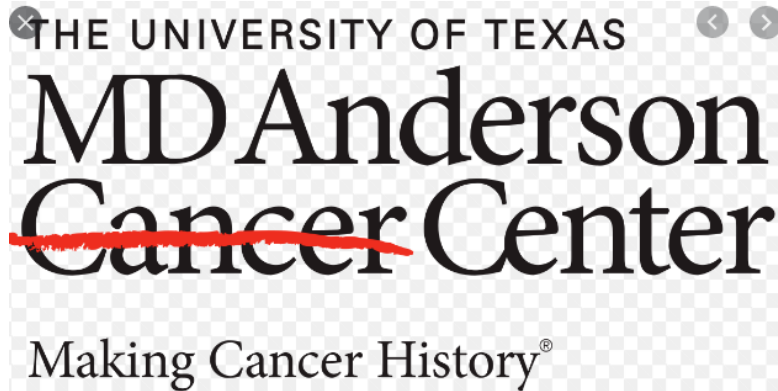


## La «umanizzazione» della medicina





Eduardo Bruera



53,602

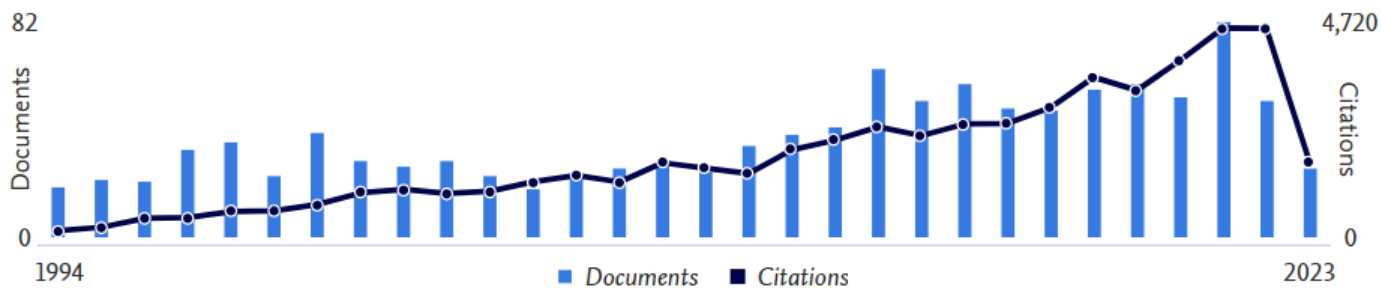
Citations by 31,178 documents

1,277

Documents

109

*h-index*



Scopus 14/05/2023

# Cure Palliative moderne

- **Cure Palliative Precoci (o simultanee)**
  - **consulenze ai ricoverati (ospedale, case di cura, case di riposo)**
  - **visite ambulatoriali**
- **Cure Palliative di fine-vita**
  - **hospice**
  - **unità di cure palliative domiciliari**

# Linee-guida per visita di cure palliative

- **Comprensione della malattia ed educazione sanitaria**
- Indagare sul livello di comprensione della malattia e della prognosi
- Offrire chiarimenti sugli obiettivi delle terapie
- **Gestione dei sintomi**
- Dolore
- Sintomi polmonari (dispnea, tosse, emoftoe)
- Fatigue e disturbi del sonno
- Tono dell'umore (ansia e depressione)
- Gastroenterici (anoressia e perdita di peso, nausea e vomito, stipsi)
- Altri
- **Processo decisionale**
- Indagare sul modo di perseguire il processo decisionale
- Assistere il processo decisionale
- **Affronto della malattia che mette a rischio di vita**
- Paziente
- Famiglia e caregivers
- **Prescrizioni e/o invii**
- Identificare il piano di cura per appuntamenti successivi
- Indicare gli invii ad altri consulenti
- Annotare nuove medicine prescritte



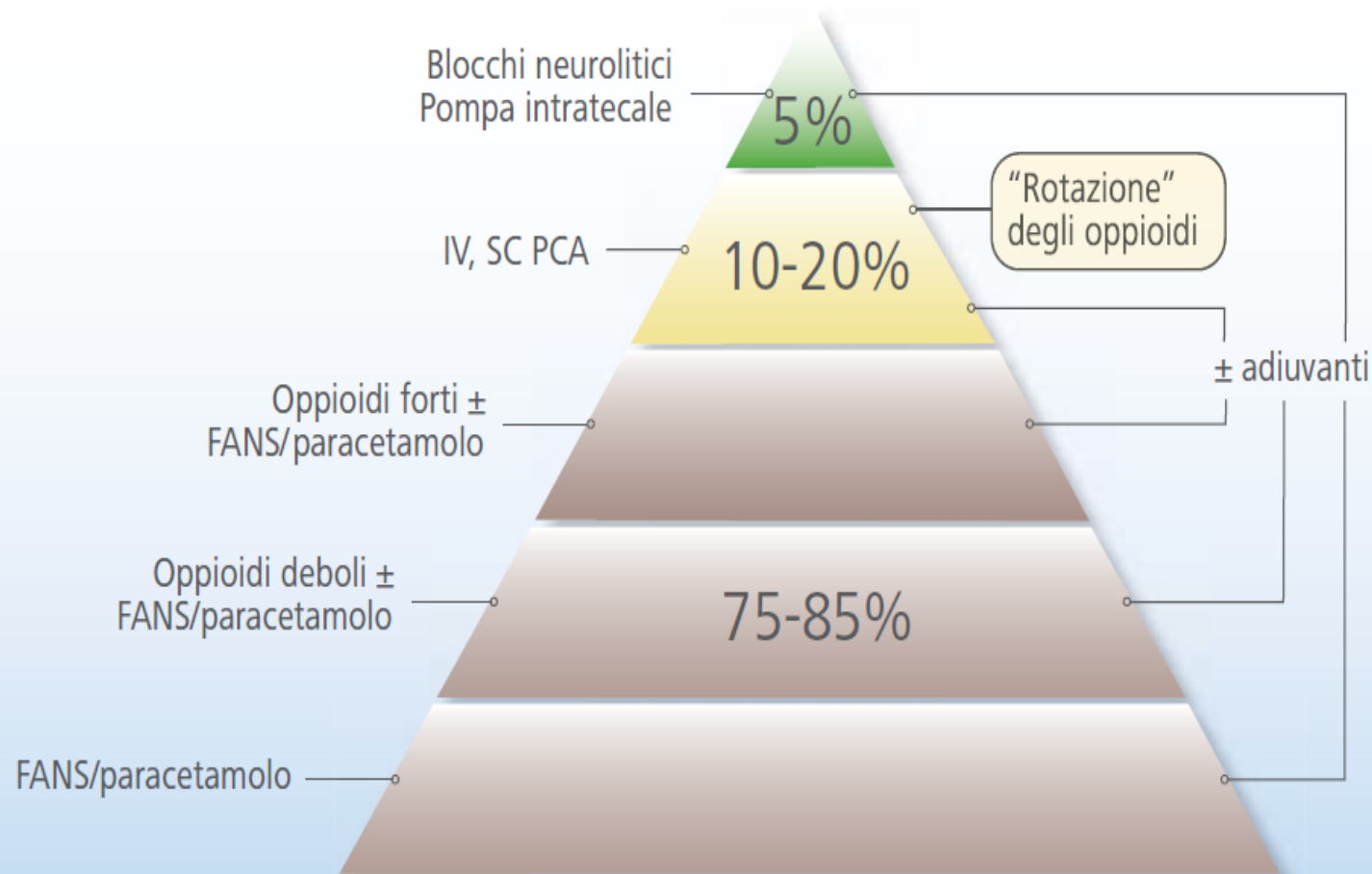
# Improving Patient and Caregiver Outcomes in Oncology: Team-Based, Timely, and Targeted Palliative Care

(Hui D, CA CANCER J CLIN 2018; 68:356–376)

TABLE 1. Randomized Clinical Trials Published Since 2009 Comparing Palliative Care and Usual Oncologic Care Versus Usual Care Alone<sup>a</sup>

STUDY	WHO (ADVANCED)	WHEN	WHERE	WHAT	QUALITY OF LIFE	SYMPTOMS	MOOD	SATISFACTION	COMMUNICATION	EOL CARE	SURVIVAL	CAREGIVERS
<b>Mainly outpatient clinic</b>												
Temel 2011, <sup>23</sup> Greer 2012, <sup>24</sup> Temel 2010 <sup>44</sup>	Lung	Within 8 wk of diagnosis	USA	Outpatient-based	Favors PC		Favors PC		Favors PC	Favors PC	Favors PC	
Zimmermann 2014 <sup>25</sup>	Breast, lung, GI, GU, GYN	Prognosis 6-24 mo	Canada	Outpatient-based	Favors PC	Favors PC		Favors PC	Favors PC			
Temel 2016, <sup>26</sup> El-Jawahri 2017 <sup>27</sup>	Lung, GI	Within 8 wk of diagnosis	USA	Outpatient-based	Favors PC		Favors PC		Mixed findings			Mixed findings
Maltoni 2016 <sup>28,29</sup>	Pancreas	Within 8 wk of diagnosis; prognosis >2 mo	Italy	Outpatient-based	Favors PC		Did not differ			Mixed findings	Did not differ	
Groenwold 2017 <sup>30</sup>	Solid tumors	Symptomatic based on EORTC-QLQ-C30	Denmark	Outpatient-based		Mixed findings					Did not differ	
<b>Nurse-led PC</b>												
Bakitas 2009, <sup>31</sup> Dionne-Odom 2016 <sup>32</sup>	Breast, lung, GI, GU	Within 8-12 wk of diagnosis	USA	APN-led, phone based	Favors PC	Did not differ	Favors PC			Did not differ	Did not differ	Mixed findings
Dyar 2012 <sup>33</sup>	Solid tumors	Likely to be referred to hospice within the next 12 mo	USA	APN embedded in oncology	Mixed findings	Mixed findings				Did not differ		
Tattersall 2014 <sup>34</sup>	Solid tumors	Newly diagnosed metastatic disease; prognosis <12 mo	Australia	RN-led	Did not differ	Mixed findings	Did not differ			Did not differ	Favors no PC	
McCorkle 2015 <sup>35</sup>	Not clearly specified	Within 100 d of diagnosis	USA	APN-led	Did not differ	Did not differ			Favors PC			
Bakitas 2015 <sup>36</sup>	Solid and hematologic malignancies	Within 1-2 mo of diagnosis; prognosis 6-24 mo	USA	APN-led, phone based	Did not differ	Did not differ	Did not differ			Did not differ	Favors PC	Favors PC
Vanbutssele 2018 <sup>37</sup>	Solid tumors	Within 12 wk of diagnosis or recent progression; prognosis ~12 mo	Belgium	RN-led OP team	Favors PC	Did not differ	Did not differ		Mixed findings		Did not differ	
<b>Inpatient</b>												
Grudzen 2016 <sup>38</sup>	Solid and hematologic malignancies	On admission	USA	IP team	Favors PC	Did not differ	Did not differ			Did not differ	Did not differ	
El-Jawahri 2016, <sup>39</sup> 2017 <sup>40</sup>	Stem cell transplantation	On admission	USA	IP team	Favors PC	Favors PC	Favors PC					Mixed findings

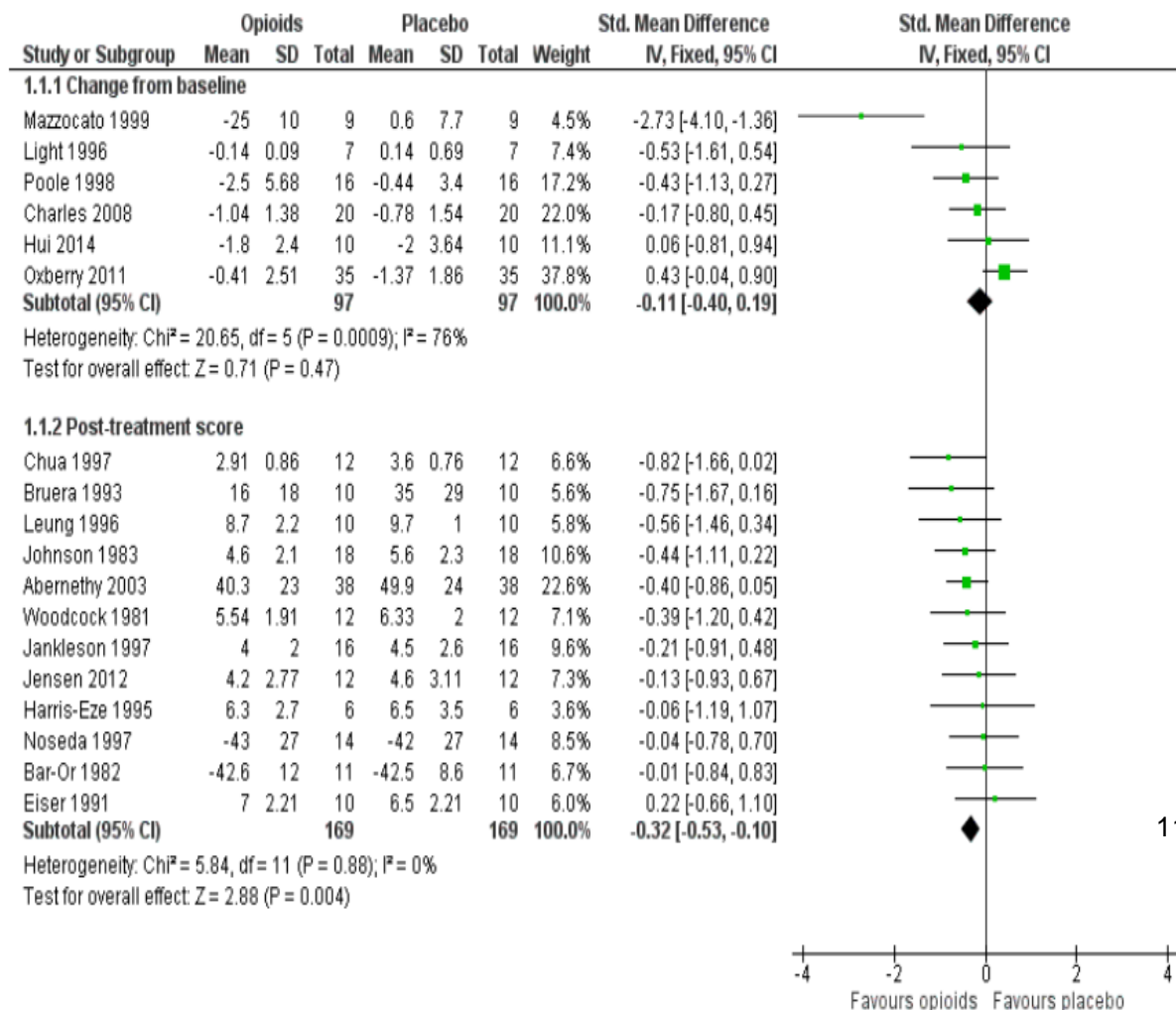
**Figura 1.** La scala analgesica OMS nel XXI secolo.



# Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness

Barnes H, Cochrane Database Syst Rev 2016 Mar 31;3(3):CD011008.

Figure 4.





## DETERMINAZIONE 18 maggio 2011.

**Aggiornamento dell'elenco dei medicinali, istituito con il provvedimento della Commissione Unica del Farmaco datato 20 luglio 2000, erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648.**

Nome Composto	Indicazioni già autorizzate (AIC)	Estensione di indicazione relativa ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura.
Octreotide	<b>Trattamento delle sindromi da tumori endocrini gastro-entero-pancreatici in particolare:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carcinoidi (sindrome del carcinoide);</li> <li>- VIPomi;</li> <li>- Glucagonomi;</li> <li>- Gastrinomi / sindrome di Zollinger-Ellison (eventualmente in associazione con farmaci anti-H2, con o senza antiacidi);</li> <li>- Insulinomi (per la prevenzione delle crisi ipoglicemiche pre-intervento e terapia di mantenimento);</li> <li>- GRFomi.</li> </ul> <b>Per il trattamento sintomatico e la riduzione dei livelli plasmatici di GH e Somatomedina-C nei casi di acromegalia non adeguatamente controllati con terapia chirurgica, radiante o farmacologica (con</b>	Utilizzo nel trattamento di tumori neuroendocrini in fase evolutiva in pazienti non sindromici.
		Utilizzo nel trattamento dell'occlusione intestinale di pazienti con neoplasia avanzata (i.e.ovaio, colon) e carcinosi peritoneale.
		Utilizzo nella diarrea indotta da chemioterapia e resistente a trattamento con loperamide.

## Review

### High-dose progestins for the treatment of cancer anorexia-cachexia syndrome: A systematic review of randomised clinical trials

M. Maltoni,<sup>1</sup> O. Nanni,<sup>2</sup> E. Scarpi,<sup>2</sup> D. Rossi,<sup>2</sup> P. Serra<sup>2</sup> & D. Amadori<sup>1</sup>

Weight gain

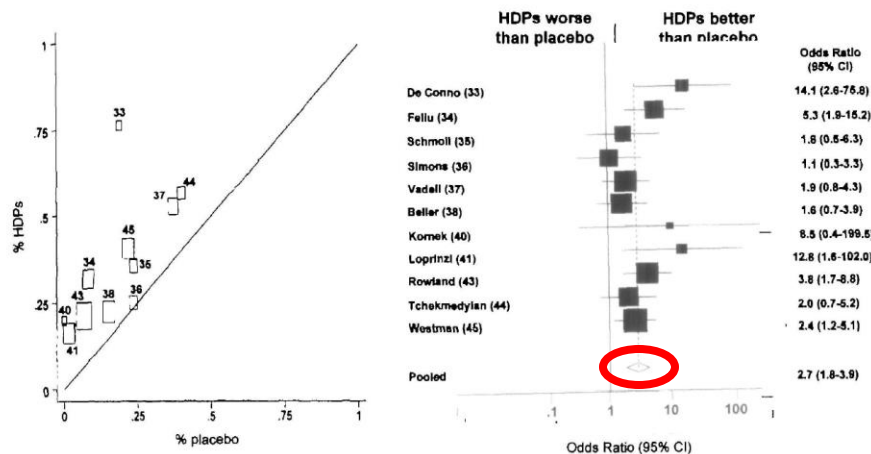


Figure 1. RCTs comparing HDPs with placebo for treatment of CACS: weight gain. L'Abbé plot is shown on the left. In vertical axis is shown the

Appetite increase

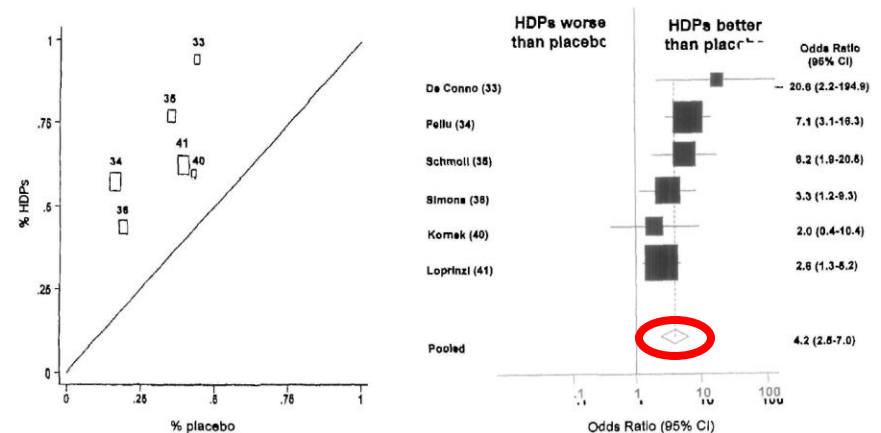
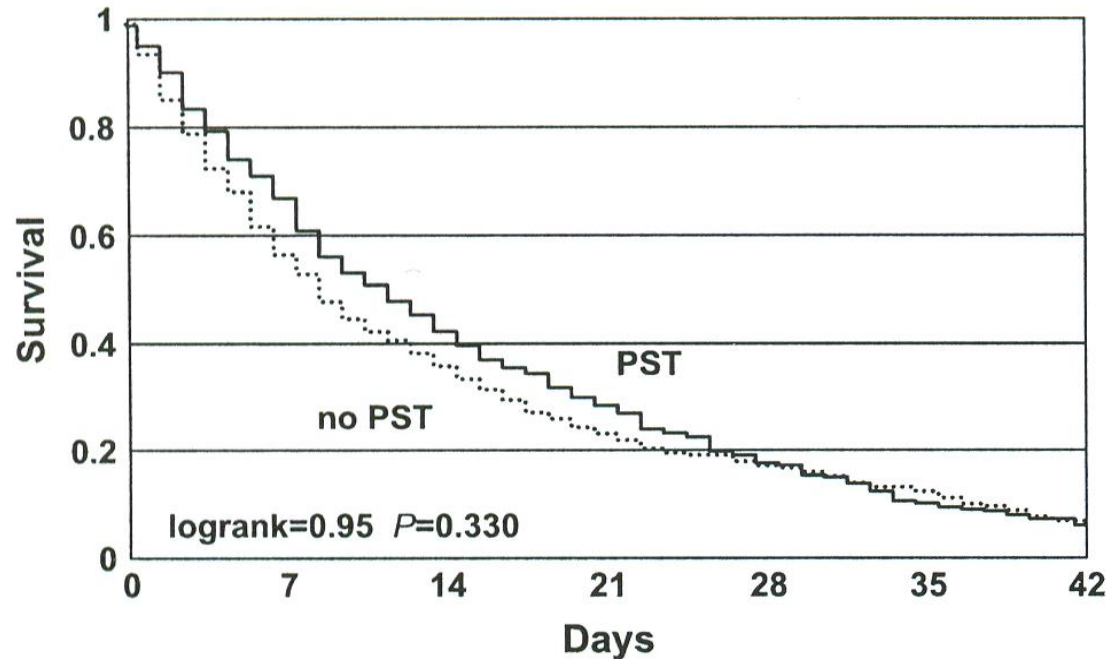


Figure 2. RCTs comparing HDPs with placebo for treatment of CACS: appetite increase. L'Abbé plot is shown on the left. In vertical axis is



# Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study

(Maltoni M, Ann Oncol 2009 Jul;20(7):1163-9)



No. pts at risk

PST	267	189	120	79	50	27	18
No PST	251	154	95	60	44	32	17

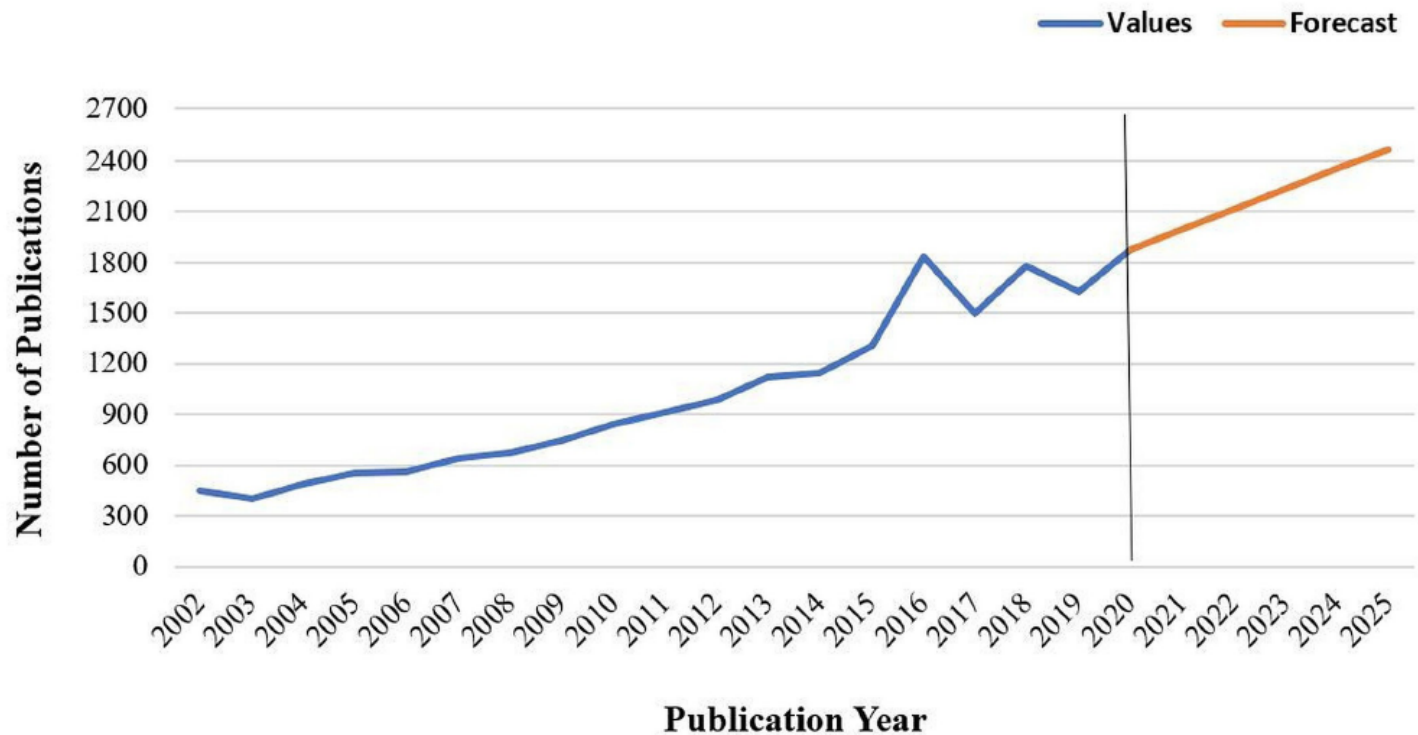
Figure 1. Kaplan–Meier survival curves for cohort A [palliative sedation therapy (PST)] and cohort B (no PST). 14

**La Sedazione Palliativa non abbrevia la sopravvivenza,  
se utilizzata in modo proporzionale per alleviare sintomi refrattari**

# Global palliative care research(2002-2020): bibliometric review and mapping analysis

Hammoda Abu-OdahBMJ Supportive & Palliative Care 2021-002982

## Review



**Figure 1** The annual trend of palliative care-related publications.

LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219 .  
NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI  
DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO.

ART. 1. CONSENSO INFORMATO.

COMMA 8

«IL TEMPO DELLA COMUNICAZIONE  
TRA MEDICO E PAZIENTE  
COSTITUISCE TEMPO DI CURA».

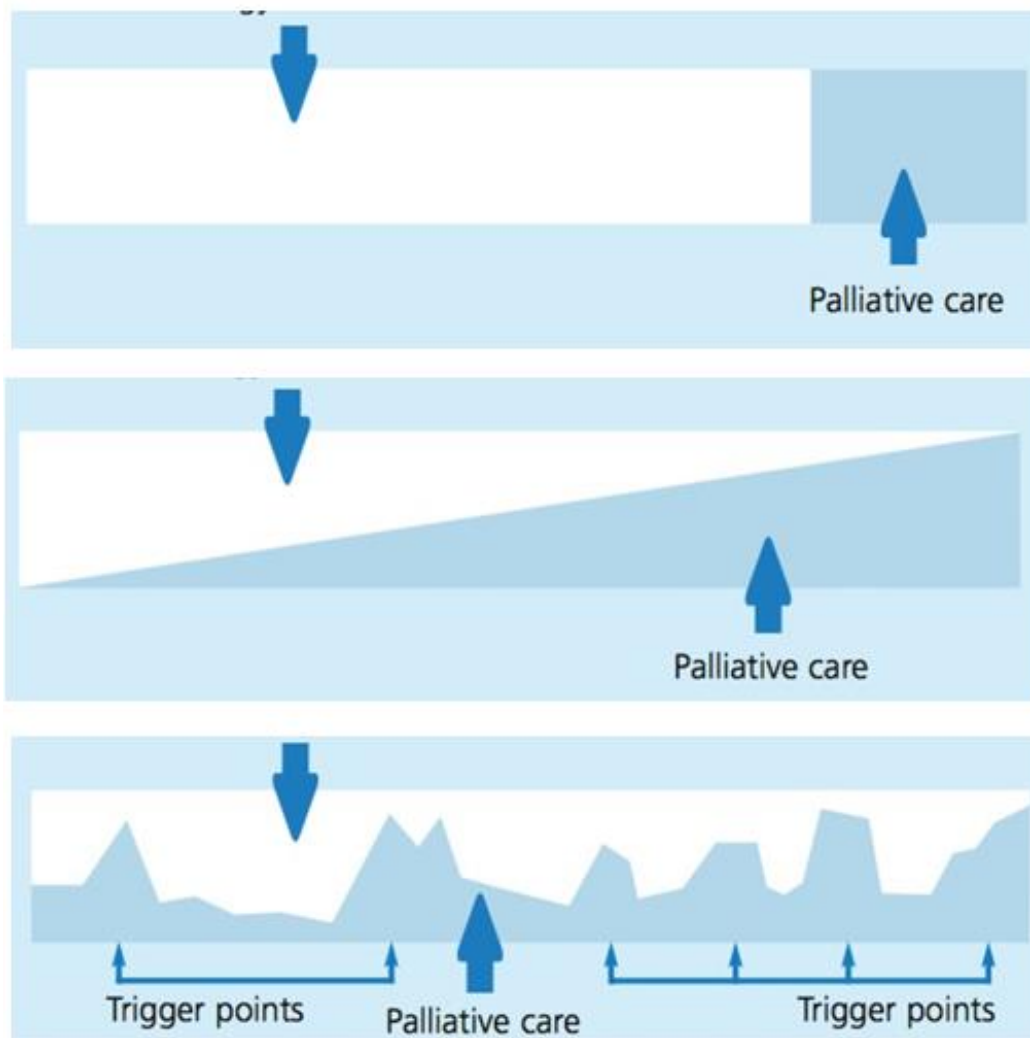
## Survey AIOM su esigenze dei dei futuri soci AIOM



Quale delle seguenti soft skills secondo te  
dovrebbe avere priorità ?

- 48% a. **Comunicazione medico-paziente**
- 13% b. Comunicazione a congressi
- 11% c. Modelli di leadership
- 17% d. Gestione dinamiche di gruppo
- 7% e. Utilizzo social media
- 4% Altro

248 risposte ricevute tra il 14/2 e il  
28/3/22



**Attivazione per  
prognosi e per  
bisogni**

# Palliative care is the umbrella, not the rain – a metaphor to guide conversations in advanced cancer

Zimmermann C, JAMA Oncol, 2022, march 17, E1

Figure. Illustrated Metaphor of Late vs Early Palliative Care

**A** Late palliative care referral



**B** Early palliative care referral





# Piano didattico della Scuola - Didattica frontale

## I anno

Psicologia Clinica

Fisiologia

Statistica Medica

Cure Palliative in Oncologia Medica 1

Cure Palliative in Anestesia e rianimazione 1

Cure Palliative in Medicina Interna 1

Inglese

Filosofia applicata alle scienze mediche (logica e filosofia della scienza)

## Il anno

Cure Palliative in Oncologia Medica 2

Cure Palliative in Anestesia e rianimazione 2

Cure Palliative in Medicina Interna 2

Medicina Legale

Radioterapia

Neurologia

Informatica

Bioetica clinica



# Piano didattico della Scuola - Didattica frontale

## III anno

Cure Palliative in Oncologia Medica 3

Cure Palliative in Anestesia e rianimazione 3

Cure Palliative in Medicina Interna 3

Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche

Comunicazione in cure palliative

## IV anno

Cure Palliative in Oncologia Medica 4

Cure Palliative in Anestesia e rianimazione 4

Cure Palliative in Medicina Interna 4

Pediatria generale e specialistica e cure palliative

PROVA FINALE - per tesi



# **Rete formativa della Scuola**

## **Strutture di sede:**

**Unità Cure Palliative Romagna sede Forlì**

## **Strutture collegate:**

**Rete Cure Palliative Bologna ,**

**Rete Cure Palliative Romagna,**

**UUOO Medicina Interna Forlì e Sant'Orsola,**

**Anestesia e Rianimazione Cesena e Sant'Orsola,**

**Neurologia Bellaria e Forlì/Cesena,**

**Pediatria**

## **Strutture complementari:**



**Emendamento al decreto Rilancio. Dall'anno accademico 2021/2022, nasce la Scuola di Specialità in “Medicina e Cure Palliative”, mentre per i futuri pediatri sarà obbligatorio il corso di cure palliative pediatriche**

- La Commissione Bilancio della Camera dei Deputati ha approvato con voto unanime un **emendamento al Decreto Rilancio che, a decorrere dall'anno accademico 2021/2022, istituisce la Scuola di Specialità in “Medicina e Cure Palliative” per i laureati in medicina e chirurgia** (art. 5 bis del Decreto Rilancio che recita al comma 1) e introduce “il corso di cure palliative pediatriche nell'ambito dei corsi obbligatori della Scuola di specializzazione in Pediatria” (comma 3).

C. 2500

(DL 34/2020 “RILANCIO”)

Riformulazioni TITOLO I  
(Artt. da 1 a 23)

28 giugno 2020

# Skills da raggiungere secondo il D.I. 68/2015



*Il Ministro dell'Università e della Ricerca*

di concerto con  
il Ministro della salute

## Obiettivi formativi

### Sapere (Attività seminariali)

- Conoscere la definizione e i principi fondamentali delle cure palliative (qualità di vita, cure palliative precoci e cure di fine vita)
- Conoscere le diverse figure professionali coinvolte nelle cure palliative
- Conoscere i bisogni complessi di cure palliative del paziente con patologia oncologica e non oncologica
- Riconoscere i bisogni relazionali e comunicativi del paziente e della famiglia
- Riconoscere e trattare il dolore, i sintomi e le condizioni più frequenti nel paziente con malattia inguaribile
- Riconoscere le implicazioni bioetiche legate all'ambito delle cure palliative

### Saper fare (stage, tirocini)

- Conoscere la semeiotica del paziente inguaribile
- Conoscere le scale di valutazione dei bisogni specifici per le cure palliative
- Riconoscere i diversi atteggiamenti e risposte emozionali davanti alla malattia inguaribile, al morire, alla morte, al lutto
- Identificare i fattori che promuovono una comunicazione empatica e personalizzata con il paziente e/o i suoi famigliari
- Riconoscere i bisogni psicologici, sociali, esistenziali e spirituali del paziente e della famiglia, nonché i possibili quadri psicopatologici
- Identificare i fattori che favoriscono il lavoro di équipe

## Programma

### Attività seminariali

- Cure palliative e risposte ai bisogni dei pazienti con patologia oncologica e non-oncologica
- Comunicazione e relazione in cure palliative
- Problematiche etiche con il paziente inguaribile e la sua famiglia

### Attività pratiche

- Visita delle strutture e/o affiancamento singolo o di gruppo
- Presentazione e discussione di casi clinici complessi che affrontino i seguenti argomenti:

- Trattamento farmacologico di sintomo severo
- Utilizzo delle scale di valutazione degli esiti
- Sintomi refrattari e sedazione palliativa
- Comunicazioni difficili con paziente e famiglia
- Bisogni psicologici, esistenziali e spirituali La morte e il lutto
- Consenso informato e pianificazione anticipata delle cure
- Dilemmi etici - Il lavoro in équipe





# Sbocchi occupazionali

## Rete Cure Palliative

Secondo i LEA i NODI della RLCP sono:

- il NODO ospedale con le **consulenze in ospedale**
- il NODO ambulatoriale con **ambulatori** in ospedale, in oncologia, in università, negli Istituti Scientifici, e sul territorio, nelle case della salute, in geriatria
- il NODO domiciliare con le **Unità Cure Palliative Domiciliari**
- il NODO ricovero con i **posti letto di degenza in Hospice**
- altri assetti: RSA, CRA



# Sintesi normative di riferimento più recenti

- **Legge 197/2022: obiettivo della **copertura del 90%** del fabbisogno di cure palliative da raggiungere entro il 2028**
- **Stima della Sezione O del CTS del MinSal di prevalenza del bisogno di Cure Palliative Specialistiche (Reti CP adulto) **335 persone /100.000 abitanti adulti/anno** (subito successivo alla Legge 197)**
- **DM 77/2022 → standard:**
  - **almeno una unità di UCPDom ogni 100.000 abitanti;**
  - **8/10 pl hospice ogni 100.000 abitanti**
- **Stima aventi diritto 1% popolazione adulta, circa 500.000 nuovi casi all'anno**

## **Normative precedenti a cui richiamarsi:**

Accordo SR 16 dicembre 2010 (Rep atti n.239/CSR per rete Regionale di CP)  
Intesa SR 25 luglio 2012 (Rep atti 151/CSR per Requisiti minimi accreditamento Rete CP e Rete TD)  
DPCM 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento Livelli Essenziali Assistenza (Serie generale n.65 del 18 marzo 2017)

# **Proposta di Standard Complessivo per le RLCP adulto (335/100.000)**

- **10,4 infermieri e 3,5 medici palliativisti in linea per UCPDom**
- **6 infermieri e 1,6 medici palliativisti ogni 8 posti letto ogni 100.000 abitanti**
- **«Eventualmente» 1 medico FTE e 1 infermiere FTE ogni 250 posti letto ospedalieri nel territorio di riferimento**
- **5,5 palliativisti ogni 100.000 abitanti: 3000-3500 in Italia**



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

**Prof. Paolo Muratori**

Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita



E-mail

[paolo.muratori3@unibo.it](mailto:paolo.muratori3@unibo.it)

[marcocesare.maltoni@unibo.it](mailto:marcocesare.maltoni@unibo.it)

[www.unibo.it](http://www.unibo.it)

