



Le cure palliative simultanee e la presa in carico precoce

L'ESPERIENZA DI BERGAMO:

Dai progetti di collaborazione tra USC, riflessioni su diffusione e criteri per l'attivazione delle Simultaneous Care.

Dott. Michele Fortis

Un bisogno emergente!



Dall'Intesa S-R (7/2012) incarico ad EUPOLIS di indagine su attuazione della L. 38 in RL

- “Terminalità” come costante della fase finale delle malattie cronico-degenerative
- Utenza potenziale annua di CP in Lombardia 40000-55000, tra cui Pz. non oncologici stimati pari al 50-100% degli oncologici. Compatibile con dati DGR 4610 (12/2012). A Bergamo circa 5000 segnalazioni annue.
- Cir. Reg. (7/2013) ribadisce presa in carico Pz. non oncologici anche in STCP (non più sperimentale)
- Incremento costante delle richieste di valutazione dai luoghi di cura per la cronicità (nostro dato)

In problema: modello teorico o modello organizzativo

Preso in carico precoce in CP: garantisce assenza di “vuoti” di cura, permette una conoscenza in tempi “utili” tra famiglia e palliativisti.

Cure palliative di fine vita (end-of-life palliative care): sono costituite da una serie di interventi terapeutici e assistenziali finalizzati alla “cura attiva”, totale di malati **la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici**. Fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi e in generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali. L’obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie.

Cure palliative simultanee (simultaneous palliative care): le cure palliative simultanee vengono attuate quando la malattia inguaribile è in fase avanzata ma non ancora in fase terminale e prendono in carico il malato e la famiglia in una **fase in cui sono contestualmente praticate terapie finalizzate al controllo della malattia**.

Obiettivi delle SC nella rete di CP

- Orientamento verso maggiore affinità dell'offerta di cura con i bisogni del paziente
- Riduzione dei re-ricoveri evitabili
- Contributo bio-etico nei diversi contesti di cura
- Rivalutazione della terapia in relazione alle esigenze della futura condizione di cura
- Prevedere possibili riferimenti e movimenti all'interno della rete di CP
- Relè tra figure professionali (psicologi, assistenti sociali, infermieri interni e CP)
- Potenziale allungamento della vita (recenti lavori pubblicati anche su RICP)

Criticità rilevate nell'applicazione del modello organizzativo SC

- Esiste il problema della resistenza dei medici ad avviare CP e SC
- Molti malati in fase avanzata e terminale non beneficiano delle Cure Palliative poiché non vengono informati adeguatamente su SC nelle strutture di degenza.
- Barriere organizzative

Percepiamo la necessità di:



- 1) adozione condivisa di criteri specifici per la presa in carico dei pazienti
- 2) un chiarimento (formazione) interno alle strutture sul senso e i vantaggi delle SC
- 3) un contesto e un tempo adeguato in cui raccogliere le istanze e orientare la domanda di cura (Chi vuole cosa?)

Studio interno: applicazione retrospettiva dei criteri SIAARTI sui Pazienti deceduti in Medicina. Prospettive economiche

Nel primo trimestre 2013

55 pazienti (8,6% dei ricoverati) di cui 41 non oncologici

8 pazienti erano stati segnalati alla rete di CP (3 non oncologici).

Dei 41 pazienti non oncologici 39 presentavano insufficienze d'organo end-stage secondo i criteri del documento SIAARTI quindi avviabili al colloquio orientativo



Ben 8 Pz. dei 39 avrebbero avuto i requisiti per essere avviati al colloquio per le SC (limite posto dal PPS < 50%)

Dall'analisi della storia clinica dell'ultimo anno di vita dei pazienti emerge però che 11 Pz. hanno avuto più di 2 ricoveri per la stessa patologia nell'ultimo anno, in presenza degli altri criteri (di cui 4 avevano il PPS < 50%).

Allo studio le potenzialità di risparmio per il SSN

Principali Azioni Correttive sulle Criticità rilevate

- 1 Interrogare il Pz. sulla volontà di essere informato sul quadro clinico (rispetto dei tempi del paziente e non di quelli dell'Istituzione)
- 2 Continua riverifica del passaggio delle informazioni (registrazione scritta?)
- 3 Maggiore presenza del “palliativista” nei reparti consentirebbe un approccio “olistico” al malato per gestione della malattia, dei sintomi e degli effetti collaterali delle terapie.
- 4 Consolidare buone pratiche e momenti di condivisione degli orientamenti

Criteri operativi in strutture di ricovero



- Almeno una figura interna alla unità operativa (o dipartimento) formata in CP secondo Legge 38
- Equipe e miniequipe periodiche e in urgenza per la pianificazione della simultaneità e continuità delle cure
- Criteri condivisi dai diversi setting affinché, nei trasferimenti, pazienti e parenti proseguano percorsi (introduzione foglio informativo, figure trasversali)
- Condivisione di criteri valutativi ispirati a quelli delle differenti società scientifiche (es. SIAARTI)
- Adozione nei Dipartimenti Interaziendali di Cure Palliative di un documento condiviso sulle SC con obiettivi esplicitati ed indicatori assistenziali, clinici ed economici.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

