

SALA CONCORDIA C

FINE VITA

Moderatori: **Mario Costante Oppes - Luca Gelati**

Marco Bidoggia

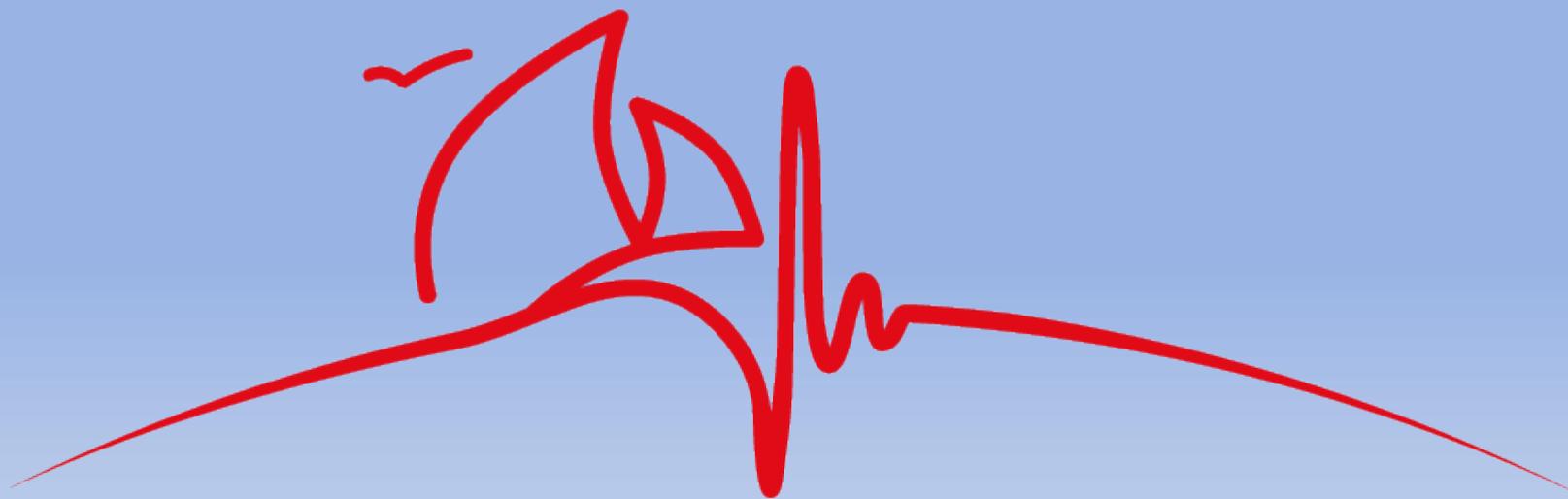
Quali i percorsi di de-ospedalizzazione?



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022



XII congresso nazionale

SIMEU

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

Riccione, 14 maggio 2022



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO
Sistema Sanitario Regionale
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per l'Oncologia



FINE VITA: Quali i percorsi di de-ospedalizzazione?

Dott. Paolo Moscatelli

Direttore UOC Medicina Interna

Dr. Marco Bidoggia

Medicina d'Emergenza - Urgenza

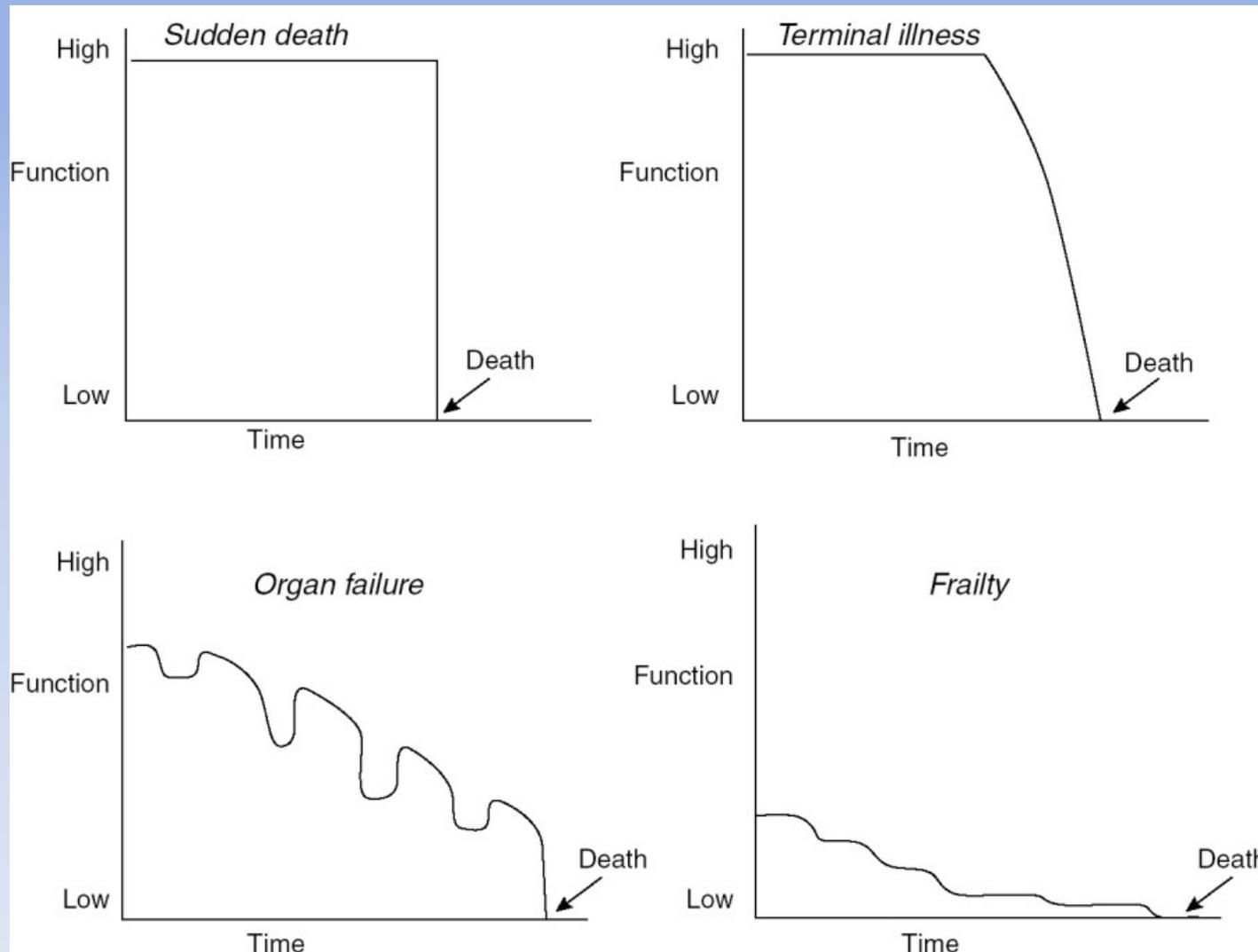
It is more important to know
what sort of patient has a disease than
to know
what sort of disease a patient has.

(William Osler, Remark on specialism, 1892)

QUALE MALATO NEL FINE VITA?

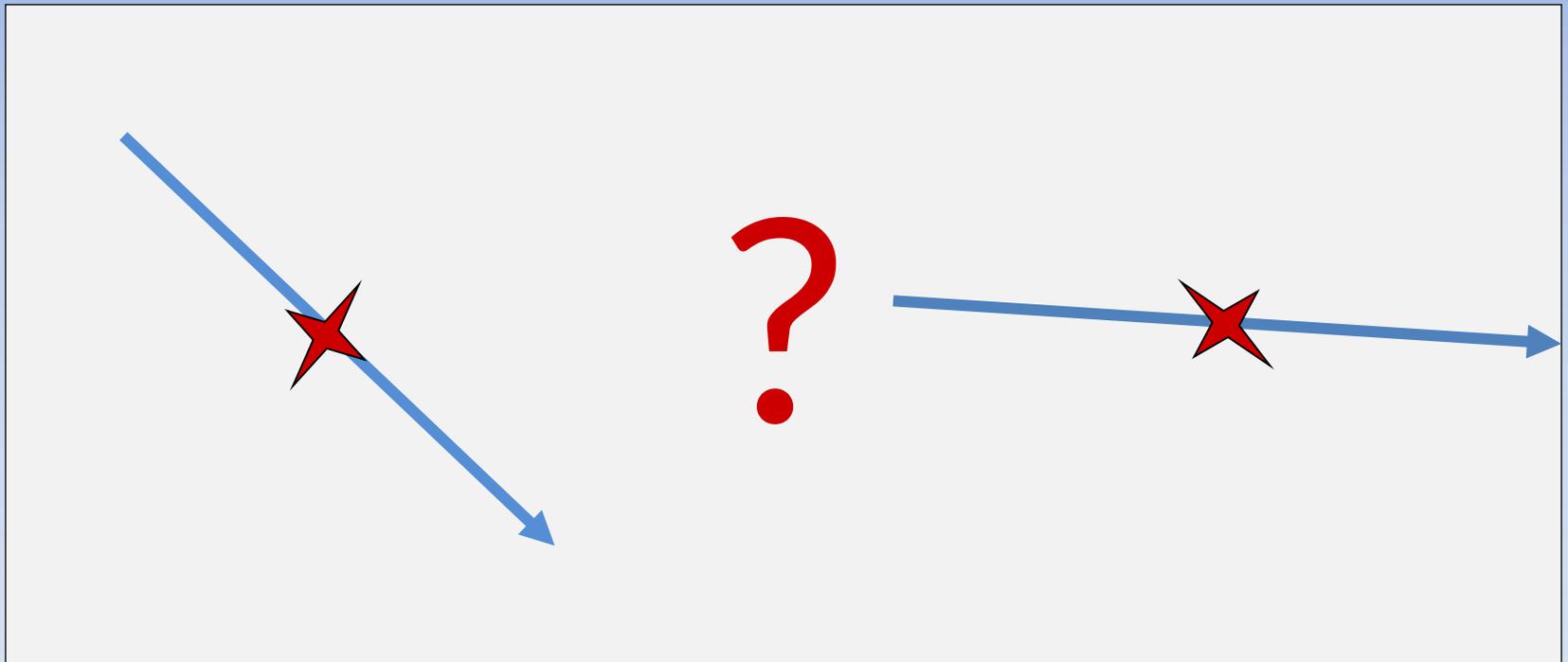
LA POSSIBILITÀ DEI PERCORSI DI
DE-OSPEDALIZZAZIONE DIPENDE
INNANZITUTTO DALLA CONOSCENZA
DELLA "SITUAZIONE A MONTE"

DIFFICOLTÀ D'IDENTIFICAZIONE IN PS DELLE TRAIETTORIE DEL FINE VITA: A CHE PUNTO E' IL MALATO?



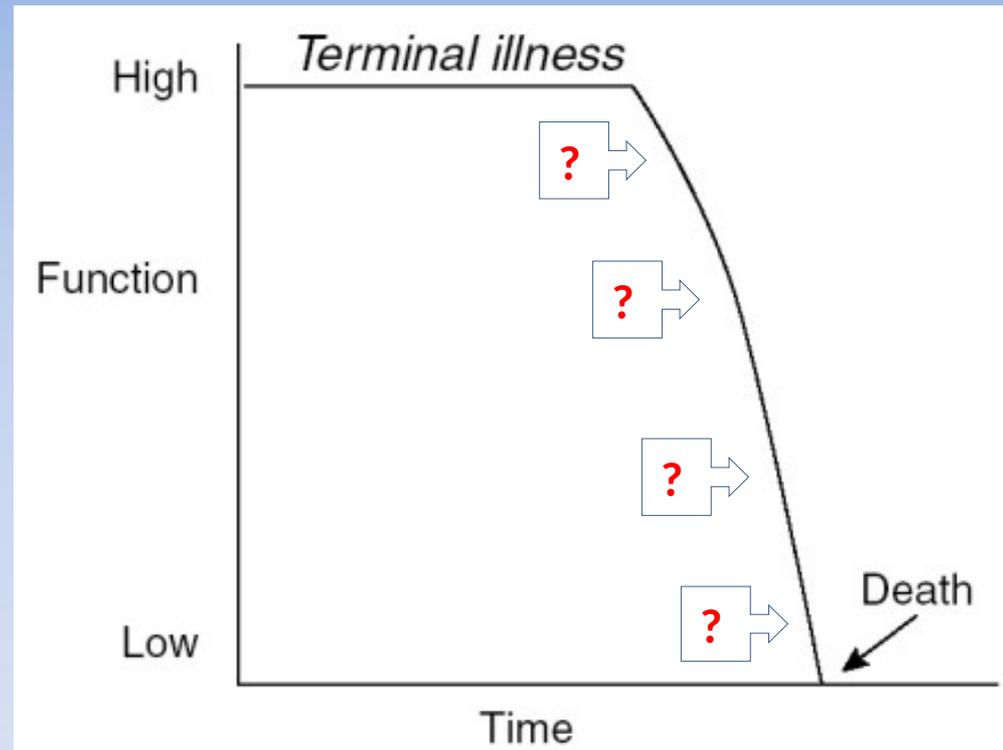
Lunney JR et al
JAMA 2003,
"Pattern of
functional decline
at the end of life"

Come sta evolvendo il malato che ho in PS ?



PAZIENTI NEOPLASTICI

- Spesso affrontano numerose linee e tipologie di trattamenti aggressivi.
- Mancanza/carenza di informazioni
- IN PS: si tratta di una complicanza passeggera con possibilità di ripresa o il paziente si trova nella parte più ripida della curva?
- TRATTARE O PALLIARE?



LE COMPETENZE PROFESSIONALI COINVOLTE ALL'INTERNO DEL PRONTO SOCCORSO /MEDICINA D'URGENZA

- Medico d'Urgenza
 - Consulenti
 - Infermieri
 - Medico palliativista
 - Operatori Socio Sanitari
 - Addetti ad altri servizi (es. trasporti)
 - Assistenti Sociali e sanitarie
 - Associazioni Volontariato
 - Assistenza Spirituale
- PAZIENTE ONCOLOGICO**

CIPOMO – SIMEU - NICSO

DOCUMENTO DI CONSENSO 2019

Gruppo di lavoro

CIPOMO

Gianmauro Numico
Monica Giordano
Ilaria Bernardini
Diego Cortinovis

NICSO

Andrea Antonuzzo

SIMEU

Paolo Moscatelli
Enrico Gandolfo

Raccomandazioni

1. La condizione oncologica comporta un elevato utilizzo delle strutture sanitarie di emergenza. L'accesso alle strutture di emergenza è caratteristico di tutta la storia naturale di malattia ma aumenta con il progredire della malattia ed è massima negli stadi avanzati e nelle ultime fasi della vita. L'età avanzata, la presenza di patologie associate e la precarietà delle condizioni socio-familiari costituiscono ulteriori fattori di rischio (1). Si ritiene che la maggior parte degli accessi sia appropriata e che sia giustificato in molti casi il ricovero in ospedale (2). I sintomi legati alla malattia di base o al trattamento e le complicazioni acute direttamente o indirettamente correlate alla neoplasia costituiscono la ragione prevalente di accesso ai servizi di emergenza. Una parte rilevante degli accessi è peraltro legata all'evoluzione naturale della malattia nelle sue fasi avanzate (3). Vi è infine una quota di accessi dovuta a carenze della rete sociale e di assistenza sul territorio che possono essere contenuti attraverso un processo di miglioramento della qualità della gestione.
2. Il Pronto Soccorso rappresenta la struttura di riferimento per l'accoglienza e la gestione delle condizioni di urgenza nel paziente oncologico. All'interno del Pronto Soccorso, grazie alle caratteristiche organizzative e alle specifiche competenze, è possibile l'accesso tempestivo alla diagnostica, la stabilizzazione clinica, il rapido controllo dei sintomi e l'orientamento alla successiva gestione (dimissione o ricovero ospedaliero). E' necessario che nelle Strutture di Emergenza siano sviluppati percorsi differenziati in base alla severità della condizione clinica e allo stato della malattia di base. Si raccomanda che siano definiti in modo condiviso dei percorsi clinici considerati ottimali per alcune delle condizioni che più comunemente si presentano in urgenza. In particolare si raccomanda che siano sviluppati a livello locale modalità di valutazione e trattamento del dolore, della dispnea e della sepsi e delle più frequenti complicanze legate alle terapie oncologiche (4).

3. Una parte delle condizioni che afferiscono al Pronto Soccorso è prevenibile e gestibile con altri percorsi. Una parte degli accessi può essere intercettata dalla medicina territoriale, dalle strutture oncologiche di riferimento (o, all'interno di esse da equipe dedicate alle terapie di supporto), dalle strutture di cure palliative e da altre strutture ospedaliere (5-9). I modelli di gestione degli accessi non programmati vanno promossi, con particolare riguardo nelle oncologie, perché consentono di affrontare condizioni di minore rilevanza clinica. Il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale e delle strutture territoriali deve essere precoce e continuativo, specie laddove si ravvisi una condizione di contesto particolarmente fragile o disagiata.

Nei casi in cui l'evoluzione naturale della malattia può far prevedere una prognosi severa nonostante gli interventi terapeutici messi in atto o programmati si rende indispensabile che vengano attivati precocemente percorsi di "simultaneous cares", così che il paziente possa riconoscere caregiver naturali di riferimento oltre allo specialista che lo segue per la malattia oncologica (10).

4. Uno dei problemi più comunemente lamentati e che più impatta su una corretta gestione delle condizioni di urgenza è rappresentato dalla assenza o non attingibilità delle informazioni di contesto. Si raccomanda che ai pazienti oncologici siano fornite, dallo specialista che ha in carico la gestione della patologia, le informazioni cliniche necessarie per mettere in condizione il medico d'urgenza di conoscere la storia di malattia e dei trattamenti effettuati, le sedi attive di malattia, la terapia farmacologica in corso, gli elementi prognostici e le prospettive terapeutiche. Le informazioni dovrebbero essere fornite in forma sintetica e facilmente attingibile ("minimum data set" o sinossi) avendo cura di evitare modalità di registrazione eccessivamente prolisse o non comprensibili. Il documento dovrebbe anche contenere le modalità ordinarie di accesso alle strutture di cura e i contatti. Sarà cura del gruppo di lavoro proporre uno o più modelli che possano essere presi in considerazione al fine di rendere facilmente disponibili tali informazioni.

ALLEGATO 1 MINIMUM DATA SET MALATO ONCOLOGICO/EMATOLOGICO

Ogni malato oncologico seguito presso il nostro Istituto avrà chiaramente indicato nella propria documentazione cartacea che porterà sempre con sé:

Anagrafica del paziente
Descrizione sintetica delle condizioni cliniche generali
Tipo di neoplasia e stadio sintetico di malattia,
Tipo di terapia oncologica in corso, data ultima somministrazione e eventuali precisazioni specifiche sulla terapia
Eventuali terapie concomitanti significative
Attivazione terapie palliative
Programma previsto
Eventuali annotazioni comunque ritenute utili
Medici di riferimento
Numeri telefonici e modalità di contatto
Altri contatti utili

5. L'accesso al Pronto Soccorso può comportare difficoltà rilevanti nella gestione della comunicazione tra operatori e il paziente o i suoi familiari, legate soprattutto alla episodicità dell'incontro, alle condizioni emotive legate all'emergenza-urgenza, alla non completezza delle informazioni disponibili e talvolta alla necessità di trasmettere informazioni complesse (10-11).

Le dinamiche che si instaurano in una condizione di urgenza possono ostacolare la comunicazione strutturata, e possono determinare situazioni di incomprensione o di difficoltà decisionale. Inoltre la scelta di opzioni diagnostiche e terapeutiche può richiedere una complessa contestualizzazione del rapporto rischi – benefici (12) essendo potenzialmente in grado di modificare in maniera sostanziale l'approccio a patologie tempo dipendenti (ad es. ictus o sindrome coronarica acuta) o la gestione dei trattamenti (profilassi ictus cardioembolico) in funzione di elementi prognostici talora difficilmente disponibili ma necessari.

Si ritiene pertanto che:

- Il processo comunicativo deve essere favorito da una adeguata condivisione degli elementi di conoscenza della malattia. E' importante che il paziente e i familiari siano consapevoli della propria condizione di malattia, dell'intento dei trattamenti, della possibilità di eventi tossici, di insorgenza di sintomi o di complicanze acute.
- Tale strategia comunicativa diventa ancora più necessaria laddove siano in corso trial clinici o terapie innovative. Occorre definire modalità di condivisione col Medico d'Urgenza degli elementi informativi principali di tali trattamenti.
- Qualora sia necessario fornire informazioni complesse o potenzialmente traumatiche deve essere possibile il contatto, immediato o dilazionato, con lo specialista di riferimento o con l'équipe che ha in carico il paziente. Occorre che siano disponibili per le strutture di emergenza canali preferenziali e predefiniti di comunicazione con gli specialisti oncologi di riferimento.
- Vanno previste modalità di confronto, consultazione e di revisione dei casi anche al di fuori dell'episodio di urgenza, al fine di garantire l'instaurarsi di un rapporto continuativo tra le strutture oncologiche e quelle di emergenza.



6. In caso di ricovero è auspicabile che il paziente sia destinato alla struttura che ha le migliori competenze per la gestione della condizione corrente. La scarsità di posti letto, unitamente alla progressiva riduzione dei posti letto nelle strutture di Oncologia, comporta frequenti difficoltà di assegnazione del reparto di ricovero. Inoltre, la possibile sovrapposizione di molteplici condizioni patologiche fa sì che nella maggior parte dei casi le competenze in gioco siano condivise tra diverse discipline.

Si ritiene pertanto di raccomandare:

- La definizione di percorsi di gestione intra-ospedaliera delle principali condizioni di acuzie, in modo che le scelte cliniche e organizzative siano predefinite e non debbano essere compiute sulla base del singolo caso.
- La creazione, laddove non presenti, di strutture di Osservazione Breve (OBI) o di Ricovero in Medicina d'Urgenza per la valutazione del malato sulla base della stratificazione di malattia, che consentano la stabilizzazione clinica e il completamento del percorso diagnostico prima dell'attribuzione del reparto di competenza.

7. All'atto della dimissione è necessario che al paziente sia consegnato un resoconto esaustivo dell'episodio clinico, degli accertamenti a cui è stato sottoposto e dei trattamenti ricevuti. E' importante che siano definite le modalità di successivo contatto con la struttura specialistica di riferimento, in modo da riprogrammare la gestione ordinaria e minimizzare, per quanto possibile, il ripetersi di ulteriori eventi acuti.
8. Va prevista e opportunamente strutturata, l'attivazione dei servizi di terapie di supporto o di cure palliative sia dentro l'ospedale che sul territorio, così come l'accesso all'hospice, mediante la definizione di percorsi di rete.
9. Vanno implementate modalità di definizione dei bisogni infermieristici e la continuità di risposta a tali bisogni tra la fase ospedaliera e post-ospedaliera specie nel caso di gestione di device, strumenti, sistemi di cateterismo. La corretta gestione di tali strumenti e la disponibilità di una cartella infermieristica, della chiara definizione del nursing e delle procedure da seguire, nonché delle figure di riferimento, costituisce aspetto integrante della presa in carico complessiva del paziente oncologico e uno strumento per prevenire l'accesso in Pronto Soccorso con una precoce e strutturata risposta al bisogno.

SCHEDA SOCIO SANITARIA PAZIENTE ONCOLOGICO

Operatore _____
telefono _____

COGNOME _____ NOME _____

data di nascita _____ residenza _____

comune _____ CAP _____

tel _____ PERSONA di RIFERIMENTO _____

MMG _____ numero cellulare _____

DSS 8 DSS 9 DSS 10 DSS 11 DSS 12 DSS 13

DIAGNOSI _____

SITUAZIONE COGNITIVA adeguata e collaborante parzialmente collaborante disorientata

LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA MOBILITÀ

cammina autonomamente cammina con aiuto in carrozzella allettato

VIVE:

sola/o

solo ma con rete parentale e/o amicale di supporto _____

vive con (specificare) _____

CARATTERISTICHE DELL'ABITAZIONE

- Abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche, adeguato al n° di persone, ben servito)
- Abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere architettoniche che limitano la persona nel corretto utilizzo delle sue risorse residue)
- Abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed ant igienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il n° di persone che vi alloggiano e/o sfratti esecutivi e/o isolato)

TEMPI DI ASSISTENZA DA ASSISTENTE FAMILIARE

- Nessuna
- N° giorni _____ pari a n° h _____ alla settimana

ASSISTENZA DA PARTE DEI SERVIZI SANITARI

- Assistenza Domiciliare Infermieristica
- Assistenza Domiciliare Riabilitativa
- Associazione Gigi Ghirotti
- SERT
- SSM

INTERVENTI E SERVIZI DA PARTE DEL COMUNE

- NO
- SI N° giorni _____ pari a n° h _____ alla settimana

LIVELLO ASSISTENZIALE

- Ben assistiti
- Parzialmente assistito
- Non sufficientemente assistito

SEGNALAZIONE ALL' AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N° _____

SEGNALAZIONE CURE DOMICILIARI _____

SEGNALAZIONE AD ALTRI SERVIZI _____

MAC

data prevista di dimissione _____

NUCLEO ACCOGLIENZA SOCIO SANITARIA

COGNOME _____ NOME _____

telefono _____ email _____

grado di parentela o tipo di relazione _____

Genova, _____ Firma _____

Palliative Prognostic Index (PPI)

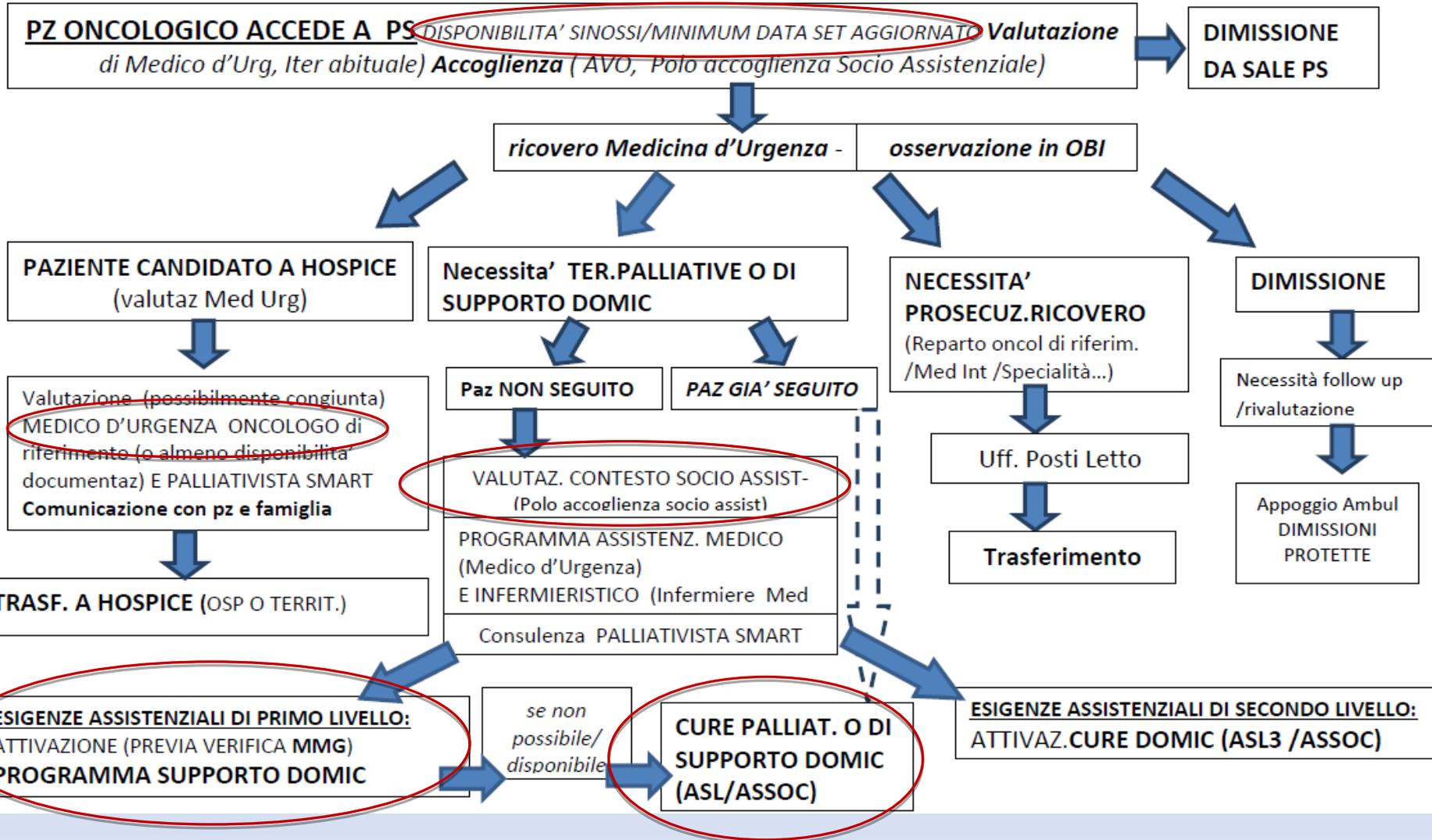
Performance Status or Symptoms		Score (partial)
Palliative Performance Scale (PPS)	10 – 20%	4
	30 – 50%	2,5
	≥ 60%	0
Alimentazione per os	Riduzione severa	2,5
	Riduzione moderata	1
	Normale	0
Edema	Presente	1
	Assente	0
Dispnea a riposo	Presente	1
	Assente	0
Delirium	Presente	1
	Assente	0

PPI ≤ 4: sopravvivenza superiore a 6 settimane

PPI > 4: sopravvivenza inferiore a 6 settimane

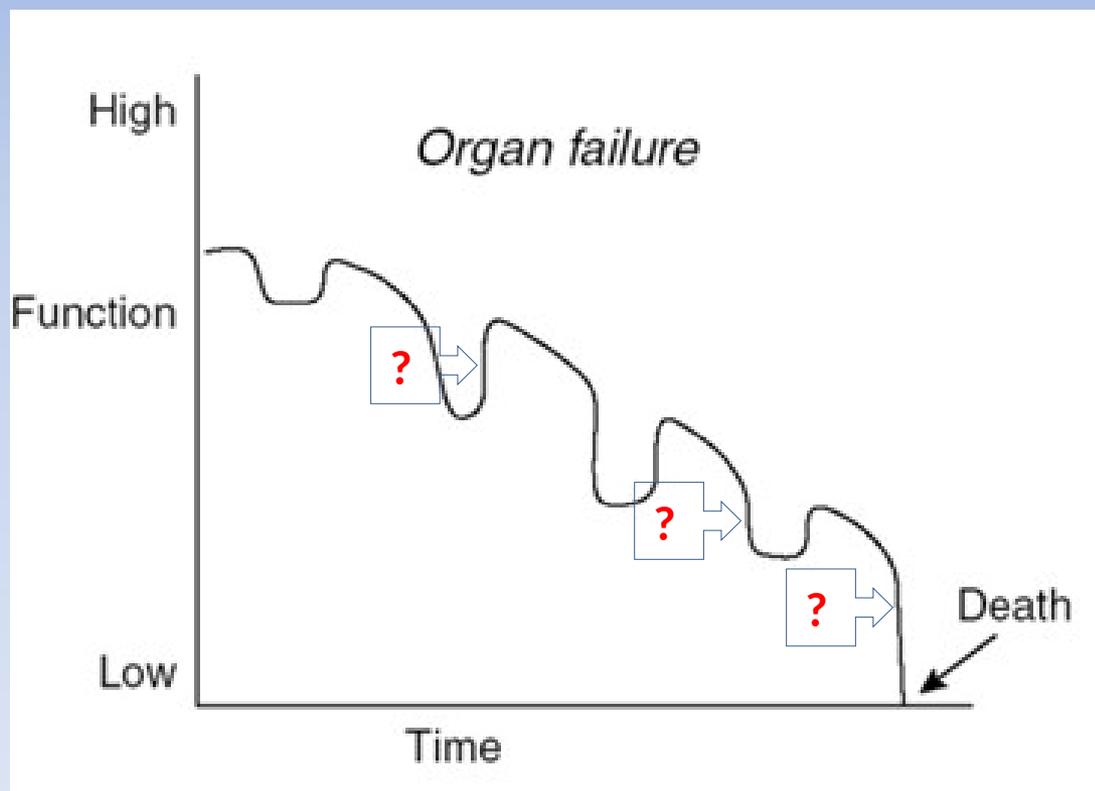
PPI > 6: sopravvivenza inferiore a 3 settimane

PERCORSO PAZIENTE ONCOLOGICO IN PS e MED URG



INSUFFICIENZA D'ORGANO CRONICA (RENALE, CARDIACA, RESPIRATORIA,...)

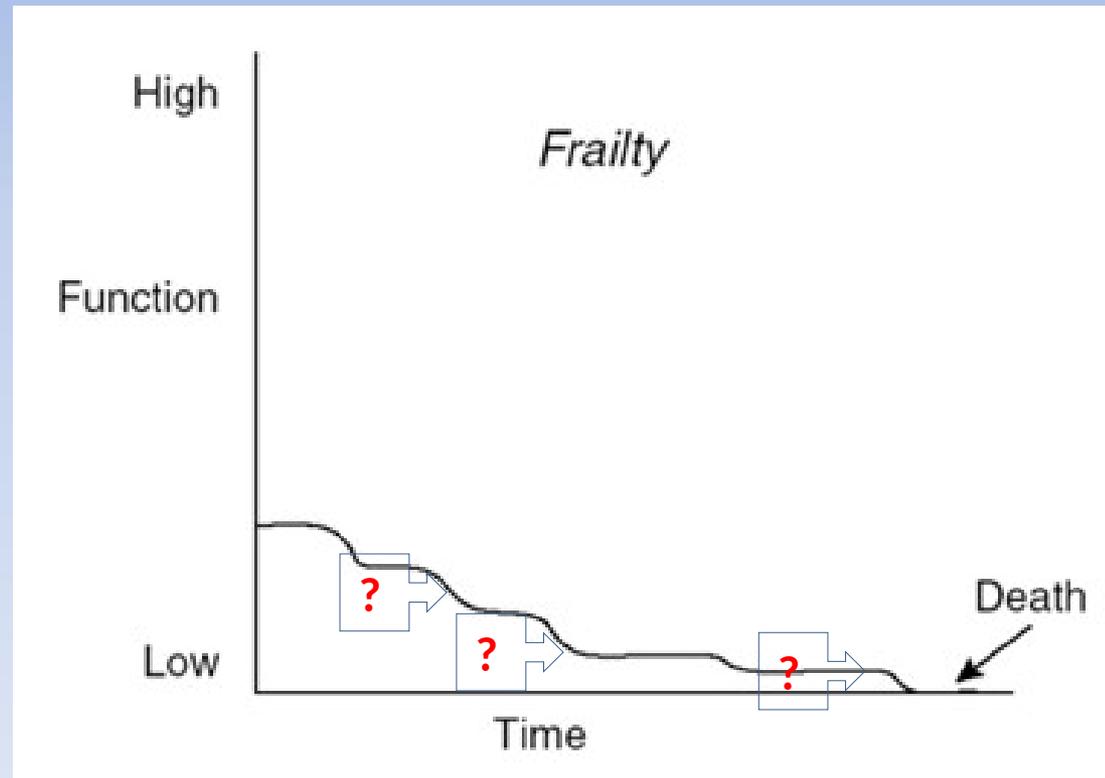
- Sono pazienti con ricoveri ripetuti per riacutizzazioni che rispondono spesso al trattamento senza però recuperare lo status di salute antecedente il ricovero.
- **DIFFICOLTA' IN PS:**
COME STAVA IL MALATO PRIMA DEL RICOVERO?
CHE MARGINI DI RECUPERO O MIGLIORAMENTO HA?
- RIESCE A SUPERARE L'ENNESIMA CRISI?
- CONDIZIONE DI FINE VITA?



PAZIENTE FRAGILE

(Parkinson, esiti ictus, demenza, etc.)

- Spesso il declino è lento e quasi impercettibile, dura mesi o anni, con un elevato livello di dipendenza.
- ACCESSO IN PS spesso per fatti intercorrenti (polmoniti, IVU, cadute, etc.)
- DIFFICOLTA' IN PS: CHE MARGINI DI RECUPERO E CHE RISERVA FUNZIONALE HA?
- NON VI SONO PIU' MARGINI? CHE PERCORSO?

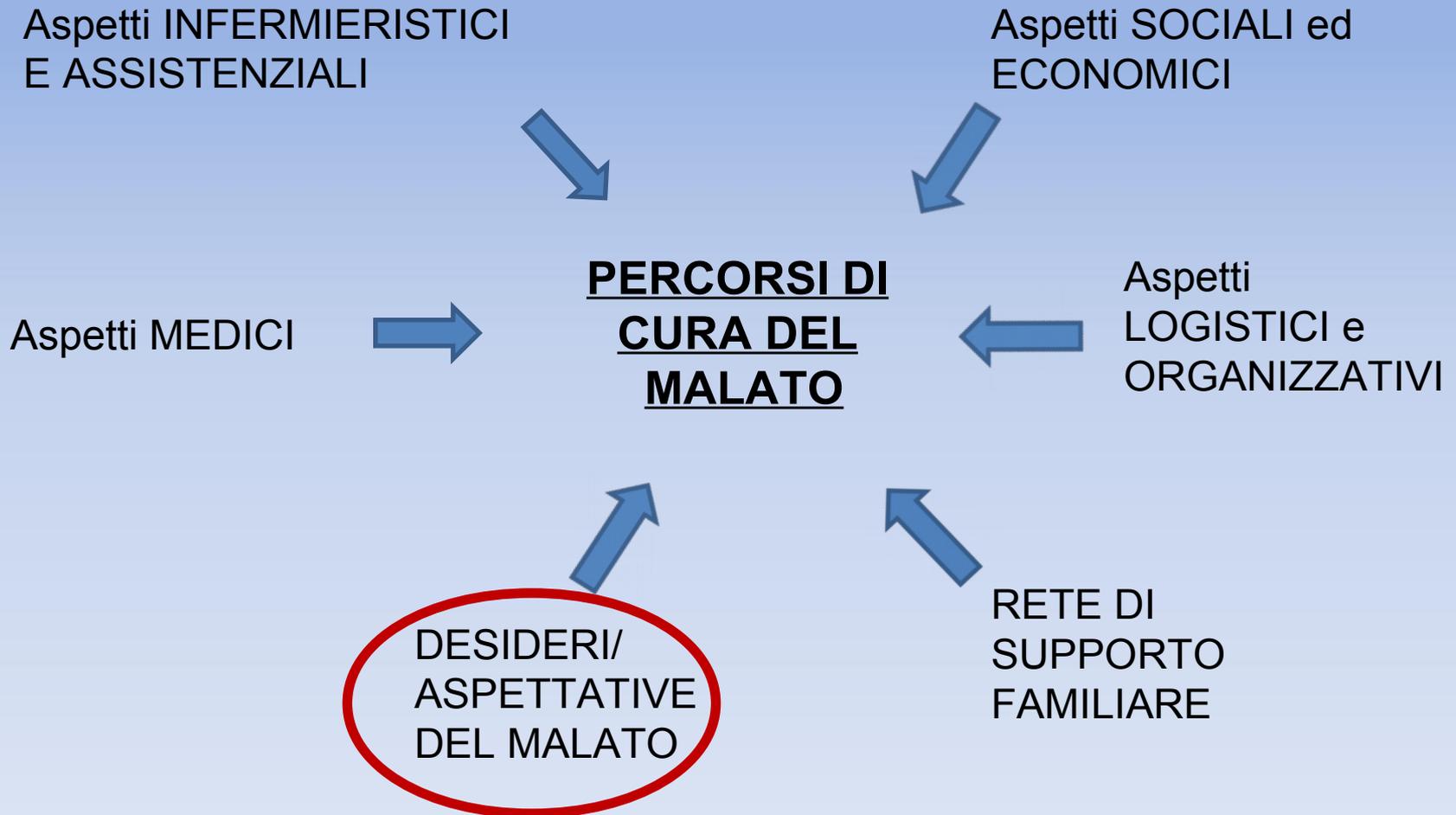


LA SFIDA IN PS

- Comprensione del contesto
- Correttezza elementi prognostici (quoad vitam, quoad valetudinem, ...)
- Identificazione / Scelta delle priorità
- Domande da porsi:
 - C'è il rischio di accanimento terapeutico?
 - C'è proporzionalità delle cure?
- Volontà del malato

LE VARIABILI IN GIOCO

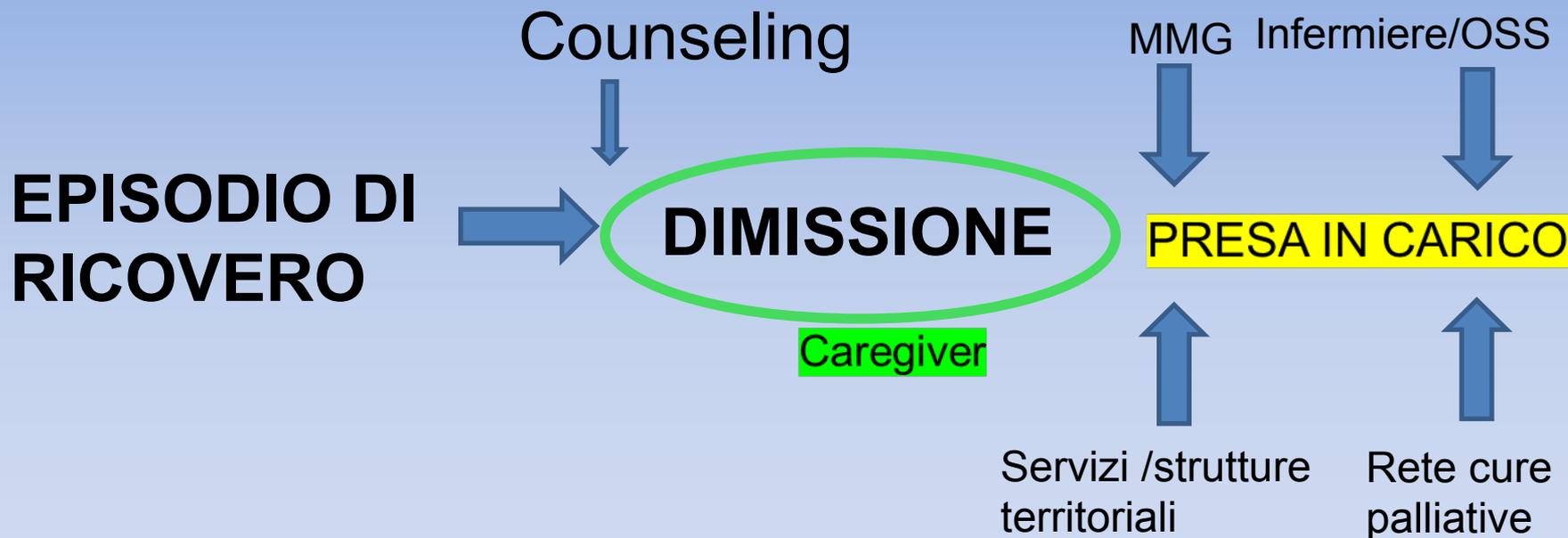
(da considerare ancor più nel fine vita)



DIFFICOLTÀ AD INTEGRARE E A METTERE A
FUOCO TUTTI GLI ASPETTI

(QUASI IMPOSSIBILE IN PS, DIFFICILE **ma non impossibile** in OBI/Medicina d'Urgenza)

PRONTO SOCCORSO/DEA



- Continuità cure/assistenza e adeguamento all'andamento
- Risposta a bisogni assistenziali di base e «infermieristici»

CAREGIVER *Treccani Neologismi* (2021)

s. f. e m. Chi dà assistenza a una persona non autosufficiente“/prestatore volontario di cura”?

Convenzionalmente, esistono due tipologie di caregiver:

il **‘caregiver informale’**: nella maggior parte dei casi un familiare (di solito coniuge o figlio) o amico;

il **‘caregiver formale’**: qualunque persona che presta assistenza dietro il pagamento di un compenso.

Il Fondo per il Caregiver familiare è stato istituito dalla Legge di Bilancio 2018 (Legge 205/2017, art.1 cc. 254-256) ed **era destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi** finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare.

Con il d.l. 86/2018 convertito in Legge 97/2018 (art. 3 c. 4 lettera f) è stata rivista la finalità del Fondo, ora **“destinato alla copertura finanziaria di interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare”** e non più alla copertura finanziaria di interventi legislativi.

In maniera complementare, la Legge di Bilancio 2021 (Legge 178/2020, art. 1 c. 334) ha istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali un nuovo Fondo per i caregiver familiari, con una dotazione di 30 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, **destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale svolta dal caregiver familiare.**

DE-OSPEDALIZZAZIONE: GLI STEP

- **COMUNICAZIONE:**
conversazioni sul fine vita con i malati e i loro caregiver
- **INIZIO TRATTAMENTI
ANTALGICI/PALLIATIVI IN PS**
- **DEFINIZIONE DEI BISOGNI
ASSISTENZIALI E DEGLI OBIETTIVI DI
CURA**

Quali percorsi di de-ospedalizzazione nel fine vita?

- Rientro a domicilio
- Strutture residenziali
- Hospice
- ...

GRAZIE

Paolo.moscatelli@hsanmartino.it

Riccione, 14 maggio 2022