

La 975 alla prova: accessibilità, presa
in carico e continuità delle cure

S. Bonifacio, 13 dicembre 2013

***Le cure palliative nelle strutture
protette***



Dr. Roberto Borin
Azienda ULSS 20 - VERONA

Nonostante la disponibilità
di linee guida (OMS)
per il trattamento del dolore, dati
di letteratura mostrano che il 50%
circa dei pazienti oncologici riceve
un trattamento per il dolore
inadeguato e il 30% non riceve
alcun trattamento analgesico.

La fase di fine vita in Rsa

È dimostrato che l'erogazione di Cure Palliative nell'ultimo mese di vita

- ✓ riduce le **ospedalizzazioni** (24% contro il 44%)
- ✓ aumenta la frequenza di **valutazione** del dolore
- ✓ incrementa il trattamento quotidiano antalgico secondo **linee guida** cliniche
- ✓ riduce il ricorso a **contenzione** fisica

DECESSI IN CDR DI PZ. CON DEMENZA

studi inglesi

- **1,1% valutati all'ingresso con aspettativa di vita < 6 mesi di vita**
- **In realtà il 71% muore entro 6 mesi**

INTERVENTI NON PALLIATIVI

- 25% sondino per alimentazione
- 49% esegue test di laboratorio
- 11.2% ha mezzi di contenzione
- 10.1% effettua terapia endovenosa

Negli anziani il sintomo è più spesso sottostimato

- Compromissione cognitiva
- L'anziano sente meno dolore (...luogo comune)
- “...é agitato-confuso...” (consideriamo anche che può avere dolore!)
- ...con l'avanzare dell'età una percentuale sempre maggiore di pazienti sintomatici per dolore non riceve alcuna terapia analgesica (**Bernabei et al.**)

Paziente terminale

- Terminale è un paziente con aspettativa di vita inferiore ai sei mesi.
- Paziente anziano “ target privilegiato”
- Definire la terminalità nell'anziano è una vera *sfida per la complessità (polipatologie, politerapie, deficit funzionali) che riduce la capacità predittiva di criteri clinici rigidi.*
- Soggettività supportata da indicatori clinici oggettivi come l'utilizzo di scale validate.

CIO' NONOSTANTE...

NON riceve cura per il dolore

- **40-80% anziani a domicilio**
- **16-27% istituzionalizzati, soprattutto dementi, 1,5 probabilità in più di non ricevere cure (Stolee,2005)**
- **25% anziani con cancro**
- **RSA la maggiore quota di soggetti con dolore non controllato**

Nursing Home USA:

- **26% dolore quotidiano e tra questi 25% non riceve antalgico**
- **Pazienti con tumore: 29% riferiva d. quotidiano e tra questi 26% non antidolorifico**

" Il dolore nelle residenze sanitarie assistenziali" Trabucchi-Franzoni-Giraudò

Gli strumenti di misura

- Noppain
- Scheda di valutazione del dolore
- Scheda di monitoraggio

GLI ERRORI

- **Ospedali considerati luoghi dove morire**
- **Medici sovrastimano la sopravvivenza soprattutto dei pazienti neoplastici con un ritardo nell'utilizzo delle cure palliative.**
- **Familiari pensano che l'ospedale possa comunque fornire le cure migliori soprattutto nel paziente a domicilio con sintomi non controllabili.**

STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

-
- età della popolazione geriatrica > 80 aa
- Malattie crónico-degenerative
- Instabilità clinica
- Comorbilità
- Politrattamento farmacologico
- Fragilità

OBIETTIVI ATTUALI

-
- *Mission delle RSA = Cultura della Riabilitazione*
- □ *Mantenimento funzioni residue*
- □ *Riabilitazione cognitiva*
- □ *Cura delle patologie acute intercorrenti*
- □ *Recupero funzionale possibile*

Ignorano le problematiche di fine vita come il dolore e l'assistenza spirituale

Coinvolti nel processo epocale di rimozione della morte?

CURE PALLIATIVE E STRUTTURE RESIDENZIALI

Sintomi fase terminale:

- Scarsa assunzione di acqua e cibo
- Astenia/cachessia
- Criticità respiratorie

Patologie:

- Apparato cardiocircolatorio
- Malattie oncologiche (12%)

- Ogni anno il 34% dei residenti entrava in fase terminale (meno di 6 settimane di prognosi)*

Brand e colleghi Arch Intern Med 2005

Cosa si può fare?

- Programmi di formazione specifici con integrazione dei principi delle cure palliative
- Supporto di gruppi di esperti in cure palliative

Punti di forza della geriatria

- Valutazione multidimensionale e intervento pluridisciplinare
- Centralità della persona
- Unicità paziente/famiglia

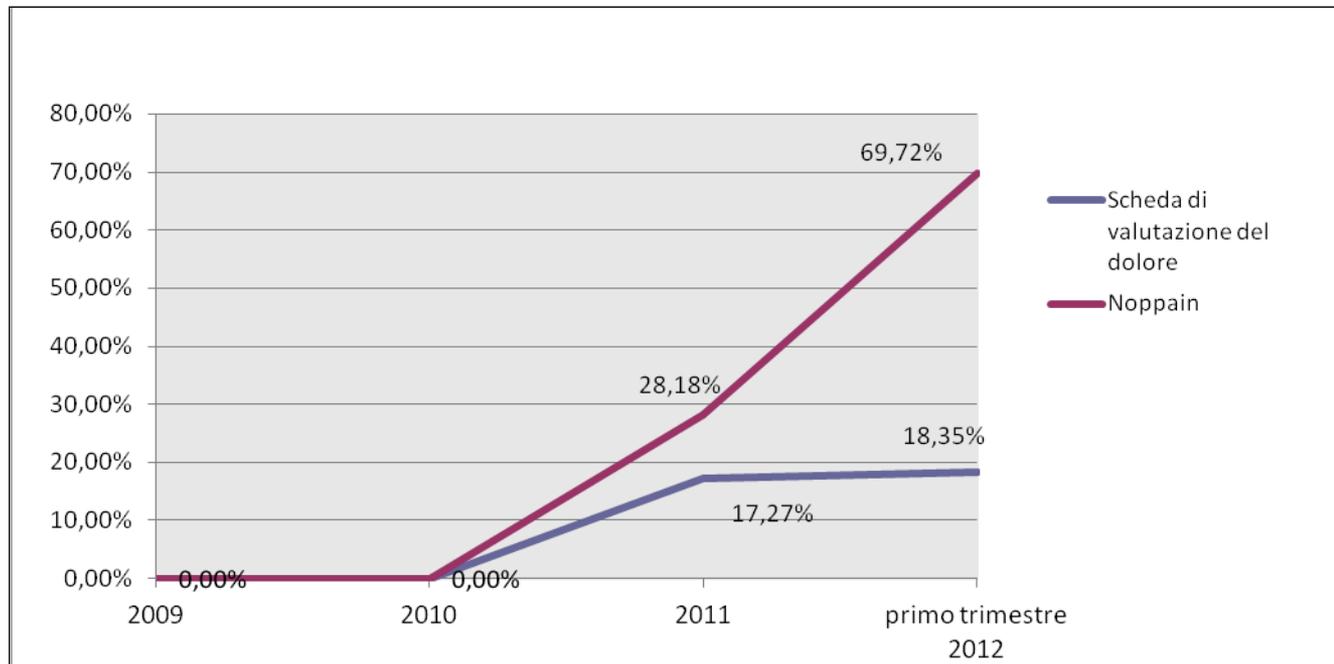
Dopo la cultura della riabilitazione deve nascere la cultura della palliazione

Simultaneous care

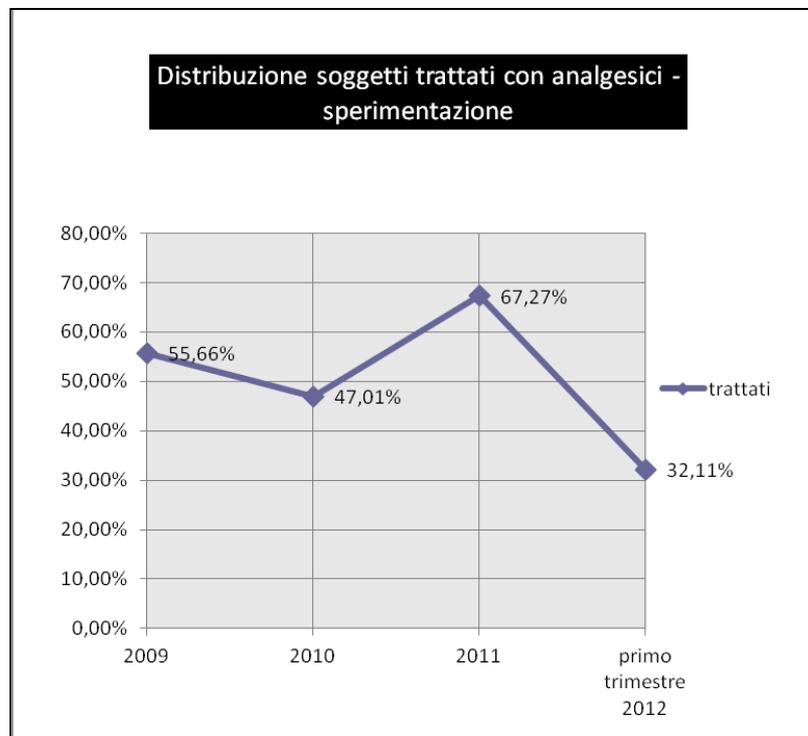
- Forte e motivata leadership della RSA
- Coinvolgimento del personale medico
- Cercare o coltivare IP esperti in cure palliative
- Riorientare la pianificazione del processo di assistenza con l'attenzione al bisogno di cure palliative
- Realizzare i migliori programmi possibili di c.p.
- *Evitare le ospedalizzazioni inutili, attuando c.p. in struttura*

Dr. Luisetto

Grafico n.7 – Rilevazione del dolore

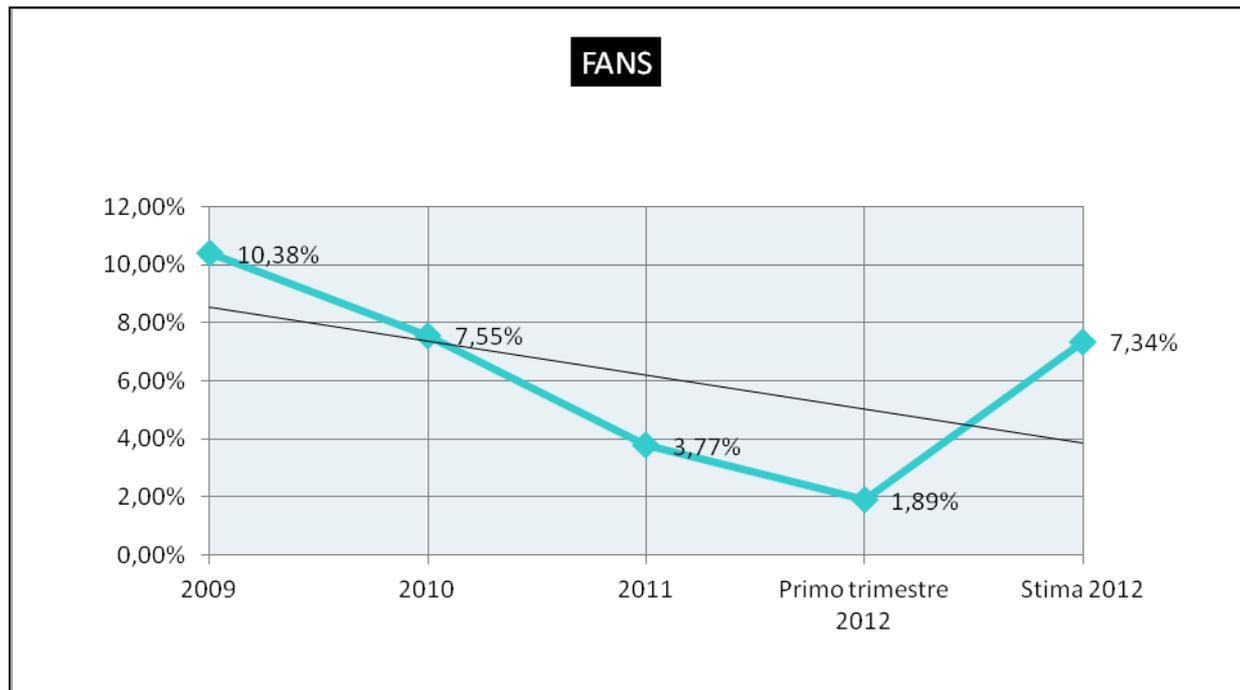


distribuzione soggetti trattati con analgesici (Dr. Luisetto)

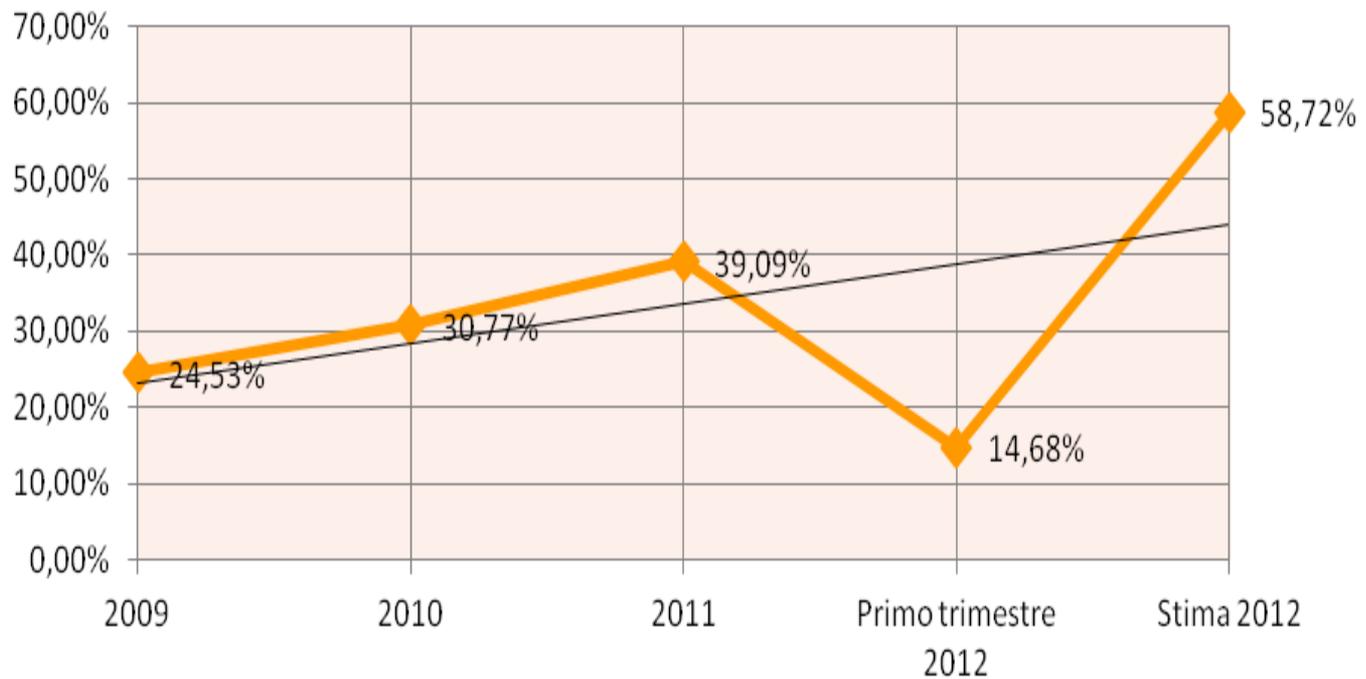


Trattamenti farmacologici

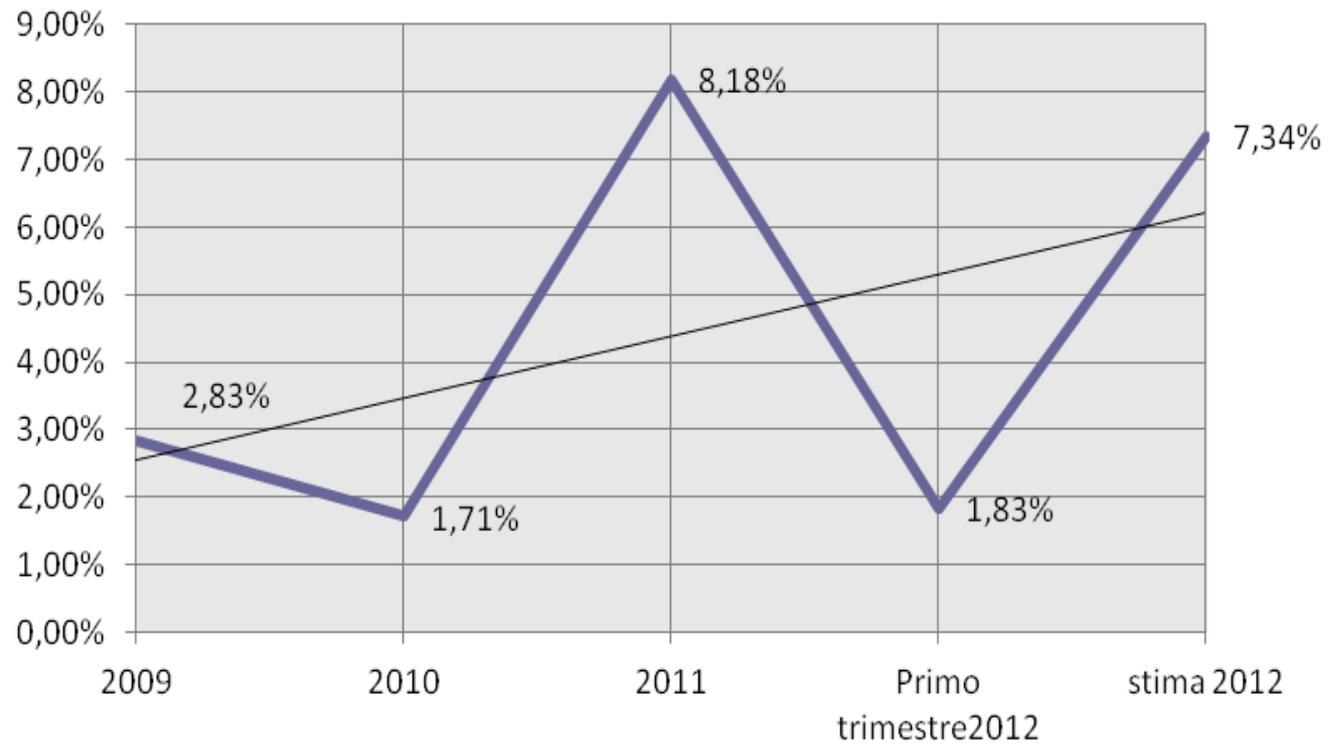
Dr. Luisetto



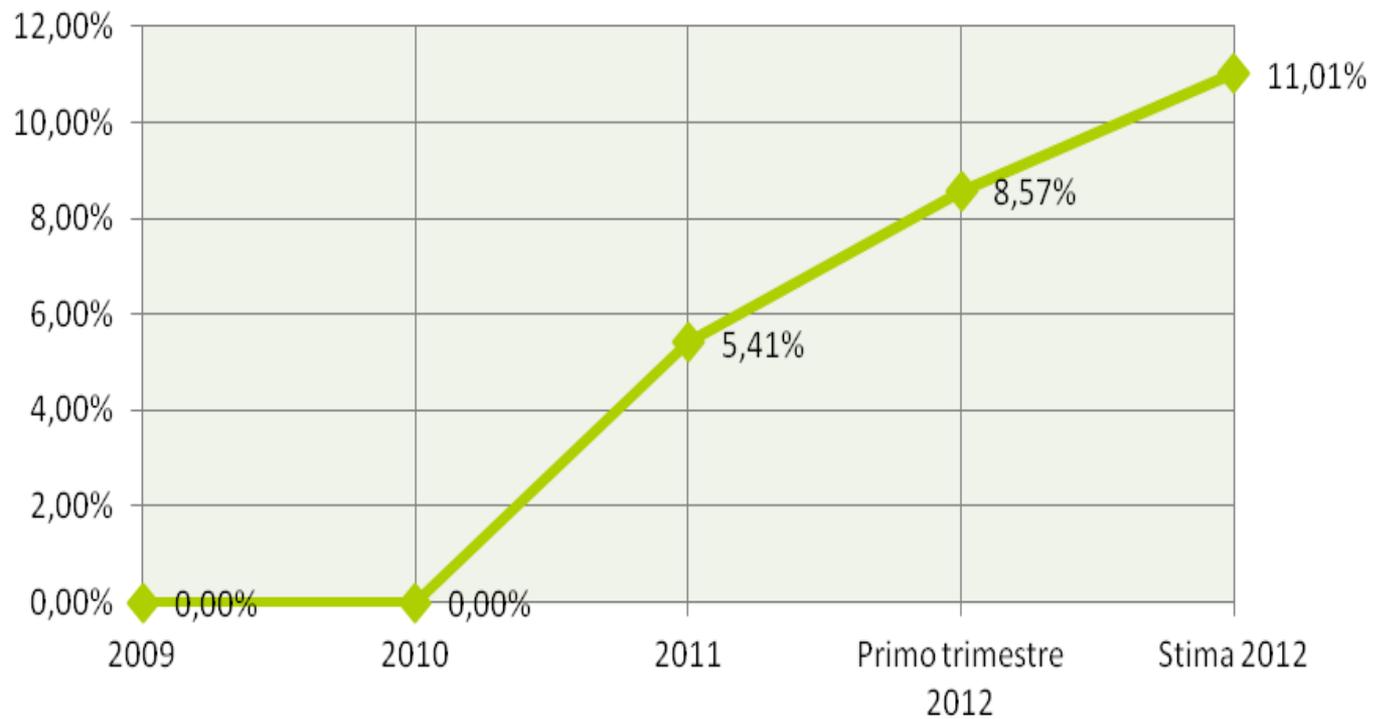
paracetamolo



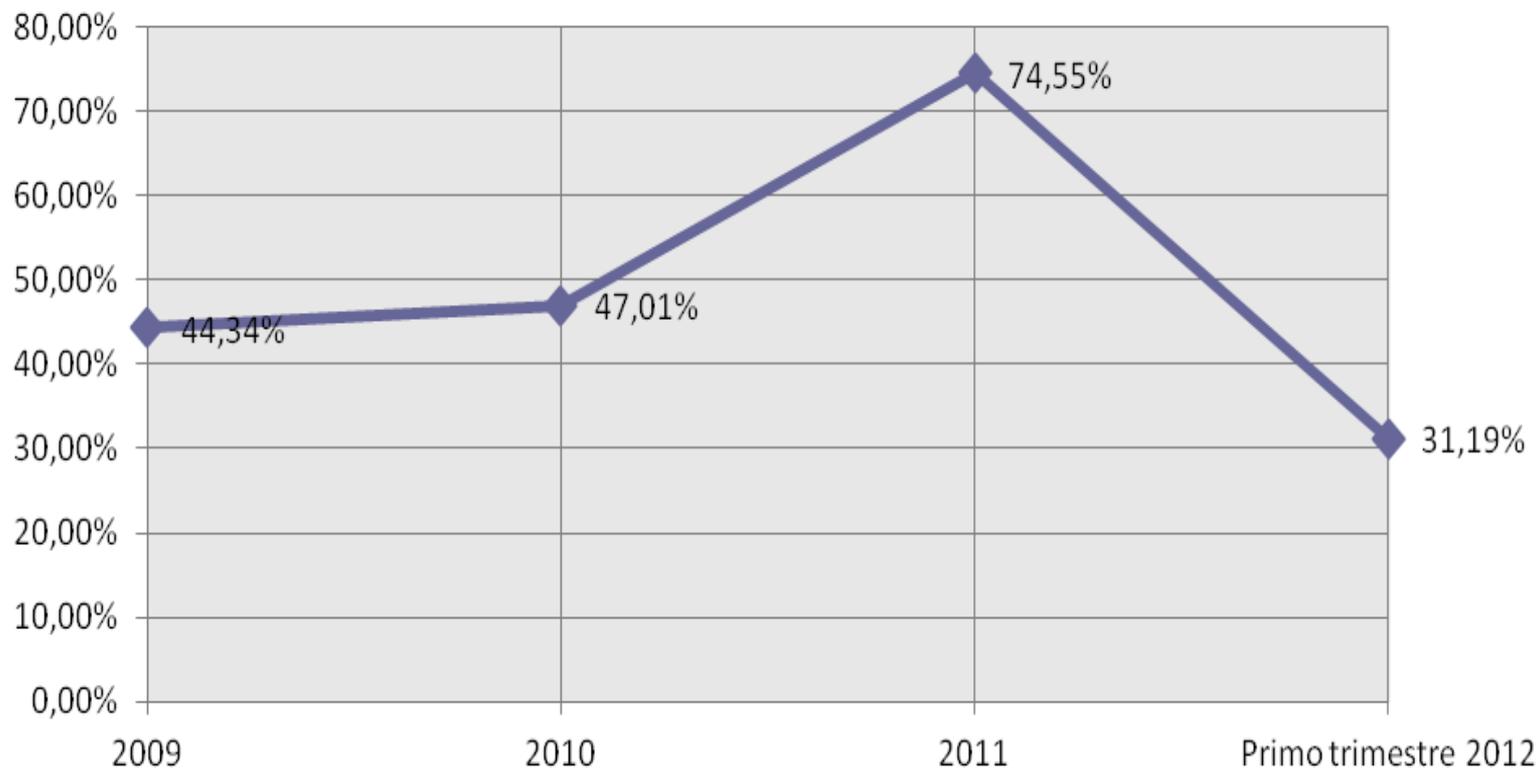
adiuvanti antiepilettici- pregabalin e gabapentin



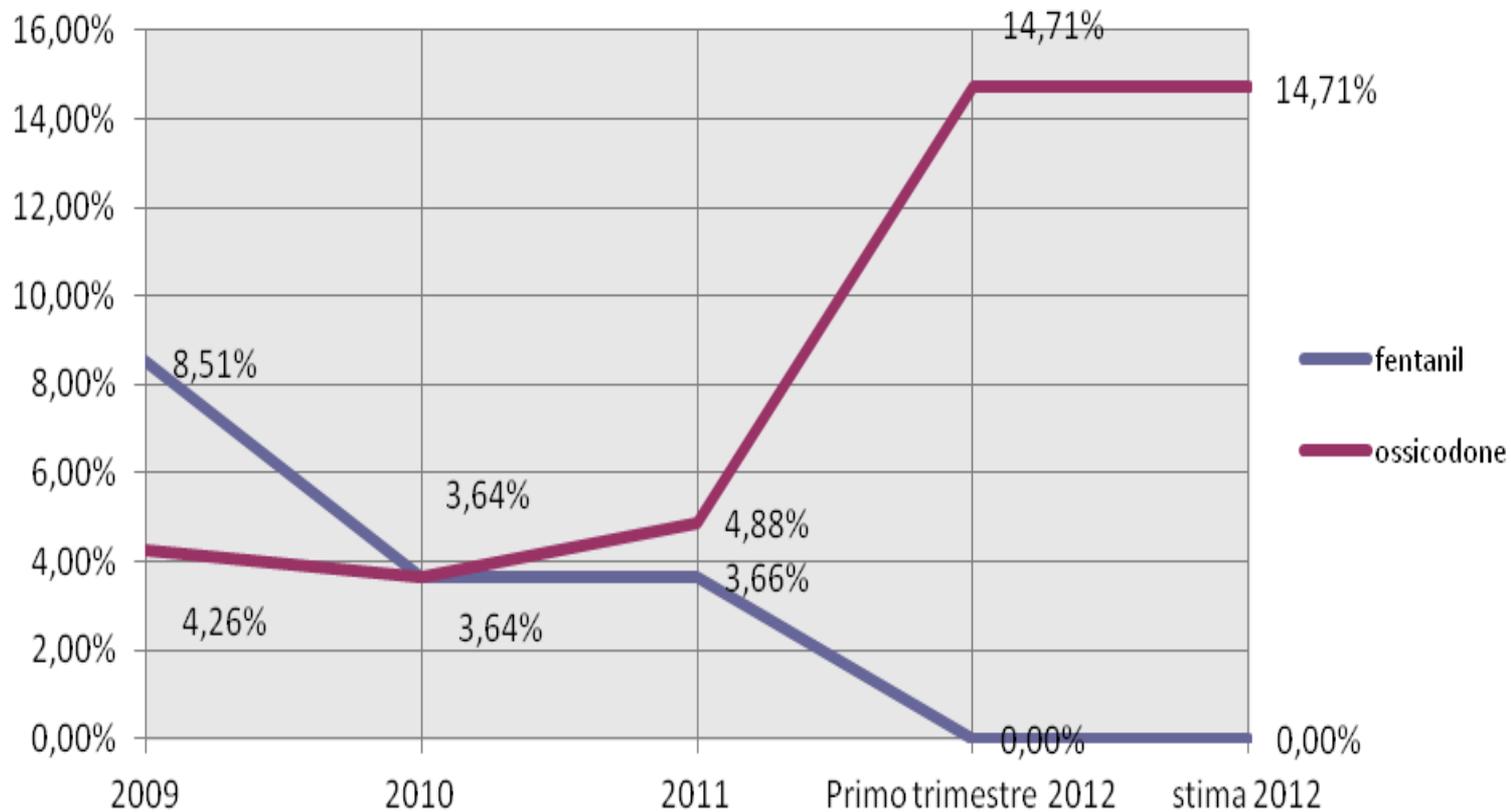
midazolam



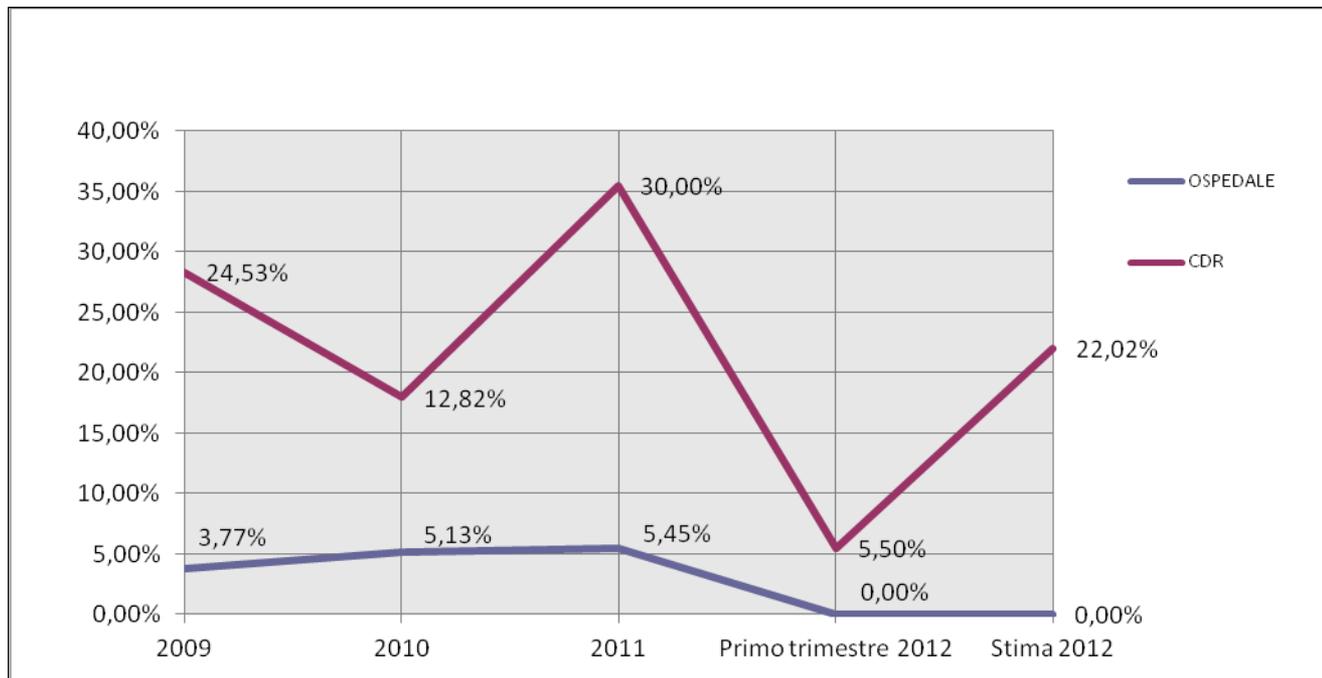
oppioidi



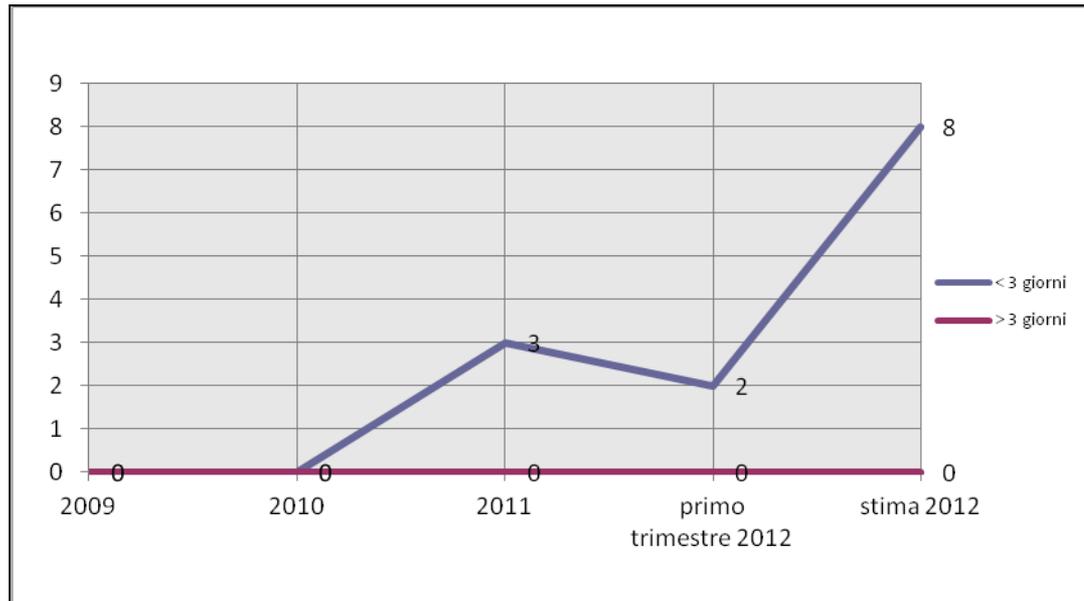
oppioidi forti



LUOGO DEL DECESSO Dr. Luisetto



SEDAZIONE TERMINALE/PALLIATIVA CON MIDAZOLAM - MEDIA DELLE GIORNATE DI TRATTAMENTO





Quando non c'è più
niente da fare

c'è ancora
tanto da fare