

CURE PALLIATIVE GERIATRICHE: ASPETTI ETICI ED ORGANIZZATIVI

Scandicci (Fi) 26 Novembre 2016

**IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E IL PRENDERSI CURA
DEL PAZIENTE GERIATRICO:
UNA SFIDA EPOCALE ALL'EBM**



Andrea Salvetti MMG SIMG Grosseto Esperto in Cure Palliative

L'aumento della durata della vita è un eccellente traguardo , ma non si può fare a meno di tenere conto del fatto che anche se aumenta "l'aspettativa di vita attiva", al termine di questa vi è un periodo di non buona salute e di malattie croniche, spesso di non autosufficienza.

Per effetto di questo processo di invecchiamento esiste infatti una *popolazione a "rischio"* che merita particolare attenzione e che è costituita dagli *anziani "fragili"*.



Si tratta di **soggetti di età avanzata o molto avanzata**, con stato di salute instabile , frequentemente a rischio di **disabilità** e rapido deterioramento dello stato funzionale, a cui spesso si associa *solitudine e fattori socio-ambientali che concorrono a determinare uno stato di fragilità.*

La **casa** è il luogo privilegiato di vita delle persone a qualsiasi età e la persona anziana fragile deve conservare quindi il diritto civile a ricevere assistenza, fino a quando è possibile, nel proprio ambiente naturale.



Il sistema dei servizi pertanto deve essere incentrato sulla casa per rispondere ai bisogni della persona che invecchia. In Italia, l'attore principale è il medico di medicina generale, con il quale devono essere concordati con puntualità compiti, responsabilità, poteri e strumenti per esercitare la funzione centrale del sistema.

Disabilità e fragilità spesso coesistono: la *disabilità* indica la perdita della funzione, la *fragilità* indica una situazione di instabilità nella quale è insito il rischio di perdita della funzione per l'elevata suscettibilità ad eventi stressanti.



Elementi fondamentali per rispondere a questi nuovi bisogni di salute delle persone anziane fragili sono *l'individuazione dei fattori di rischio della fragilità, la sua diagnosi precoce e il necessario monitoraggio continuo.*

La **valutazione cognitiva** non è meno importante ad es. della valutazione della pressione arteriosa, in quanto un declino cognitivo comporta sempre una menomazione funzionale e *il grado di menomazione funzionale aumenta il rischio di complicanze e diminuisce la sopravvivenza.*



Le affezioni che più comunemente comportano problemi cognitivi nell'anziano sono la *demenza*, la *depressione* e gli *stati deliranti*.

La demenza interessa il 20% della popolazione sopra gli 80 anni. Gli episodi depressivi maggiori colpiscono ogni anno fino al 30% degli ultra 70enni.

Nell'ambito delle cure primarie tuttavia l'approccio al paziente geriatrico con deficit cognitivi basato sulle scale di valutazione quali la *Mini Mental State Examination* è estremamente riduttivo in quanto non consente di evidenziare tutte quelle alterazioni funzionali che sono indicatori di uno stato di salute compromesso.

È importante ricordare come il **declino funzionale sia sempre multifattoriale** e come accanto ai problemi medici vadano sempre considerati gli aspetti psico-sociali (stato dell'umore, situazione familiare, problemi economici ecc).

Lo sforzo che la MG sta affrontando in tutto il mondo per far fronte al fenomeno epidemiologico dell'allungamento della vita media, con conseguente ampia estensione del "*pianeta della fragilità degli anziani*", passa necessariamente attraverso l'individuazione di strumenti idonei alla diagnosi precoce e al monitoraggio continuo di tali pazienti.

Per la specificità della nostra professione di MMG è strettamente necessario che tali strumenti siano "*agibili*" nel nostro setting di lavoro: quindi molto sintetici e con indicatori forti e discriminanti, che ci permettano in breve tempo di identificare precocemente i "determinanti della fragilità", di effettuarne un follow-up efficace, e di prevedere le migliori soluzioni assistenziali per questa tipologia di pazienti.

L'identificazione precoce di questi malati ci deve portare ad attivare un percorso di Cure palliative che se attivato il più precocemente possibile ci permette di intervenire rapidamente per cogliere i bisogni e i desideri di quel malato e cercare di soddisfare le sue necessità anche per "come vorrebbe morire".

L'attività svolta dalle figure coinvolte nella gestione delle problematiche del paziente geriatrico fragile, se non adeguatamente coordinata, può portare ad una *inutile dispersione di energia*.

Se si considera il problema dal punto di vista economico, è stato recentemente dimostrato che agli ultrasettantacinquenni, pur rappresentando solo il 6.5% dell'intera popolazione, è attribuibile il 28% della spesa sanitaria.



Studi prodotti da ricercatori italiani dimostrano che un'effettiva integrazione socio-sanitaria, resa possibile dall'utilizzo di team interdisciplinari, permette significativi vantaggi in termini di *qualità di vita* e, contemporaneamente, un abbattimento dei costi per una riduzione dell'ospedalizzazione impropria degli ultrasettantacinquenni .

Questo contesto multidisciplinare deve vedere pertanto coinvolti:

- il medico di medicina generale;
- la famiglia;
- i servizi socio assistenziali;
- gli operatori del distretto: medici, infermieri e personale amministrativo;
- il medico specialista



**PROBLEMI CHE LIMITANO ALLA MEDICINA GENERALE LA
COMPLETA ESTRINSECAZIONE DELLA PROPRIA POTENZIALITÀ
OPERATIVA**

1. Un'ampia *variabilità di conoscenze, competenze, mansionario, performance, esperienze ed obiettivi professionali tra i vari MG*. Questo rende difficile la definizione di un livello medio di "*performance professionale*", in particolare rispetto a problemi più complessi, quali quello della cura globale domiciliare dei pazienti;

2. *Carenze organizzative nelle modalità del lavoro*, che condizionano molto l'*outcome* e dipendono in parte da una mancaanza di "ideazione individuale" e molto dal SSN che non ha recepito nella pratica il concetto di "*ruolo centrale dei MMG*" e quindi non ne ha favorito lo sviluppo culturale;

3. *Isolamento professionale progressivo nel tempo*, a cui segue un ridotto livello di comunicazione/collaborazione con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali.

A ciò consegue un livello di *credibilità sociale del MMG* ancora *non adeguato* alle aspettative, con limitazione anche della credibilità professionale.

Nonostante questa credibilità sia in aumento (nel nostro paese così come all'estero e non solo per la crisi del modello *medico specialistico*), una *recente indagine del CENSIS* ha messo in evidenza come di fronte ad un problema di salute ritenuto importante il 65% degli intervistati ha risposto che preferisce in prima istanza consultare un medico specialista.

Un MMG con una popolazione assistita di 1.500 persone può attendersi una distribuzione per età e sesso dei suoi assistiti tale che:

- gli anziani oltre i 60 anni sono circa 270 (17%) di cui 150 donne e 120 uomini;
- i pazienti affetti da ipertensione arteriosa e da diabete mellito (malattie prese ad esempio di problemi cronico-degenerativi ad alta prevalenza) sono rispettivamente circa 180 e 60 (calcolati su una prevalenza stimata del 12% e 4%);
- i pazienti costretti a casa (per malattie o perché intrasportabili), per i quali è quindi richiesta un'assistenza domiciliare continuativa, sono circa 40 (2,6%).

Il carico di lavoro medio per anno consiste in circa 6.000 visite ambulatoriali, 400-800 visite domiciliari (*questo dato dipende molto dalla disponibilità del MG*), ed in 4.000-5.000 contatti indiretti o non clinici (es. telefonate, prescrizioni, certificazioni).

In sintesi circa *4-6 contatti all'anno (per visite)* che diventano 8-10 per le classi d'età anziane e per le persone affette da malattie rilevanti (è descritto che *ogni anziano ha in media almeno tre problemi di salute di vario tipo*).

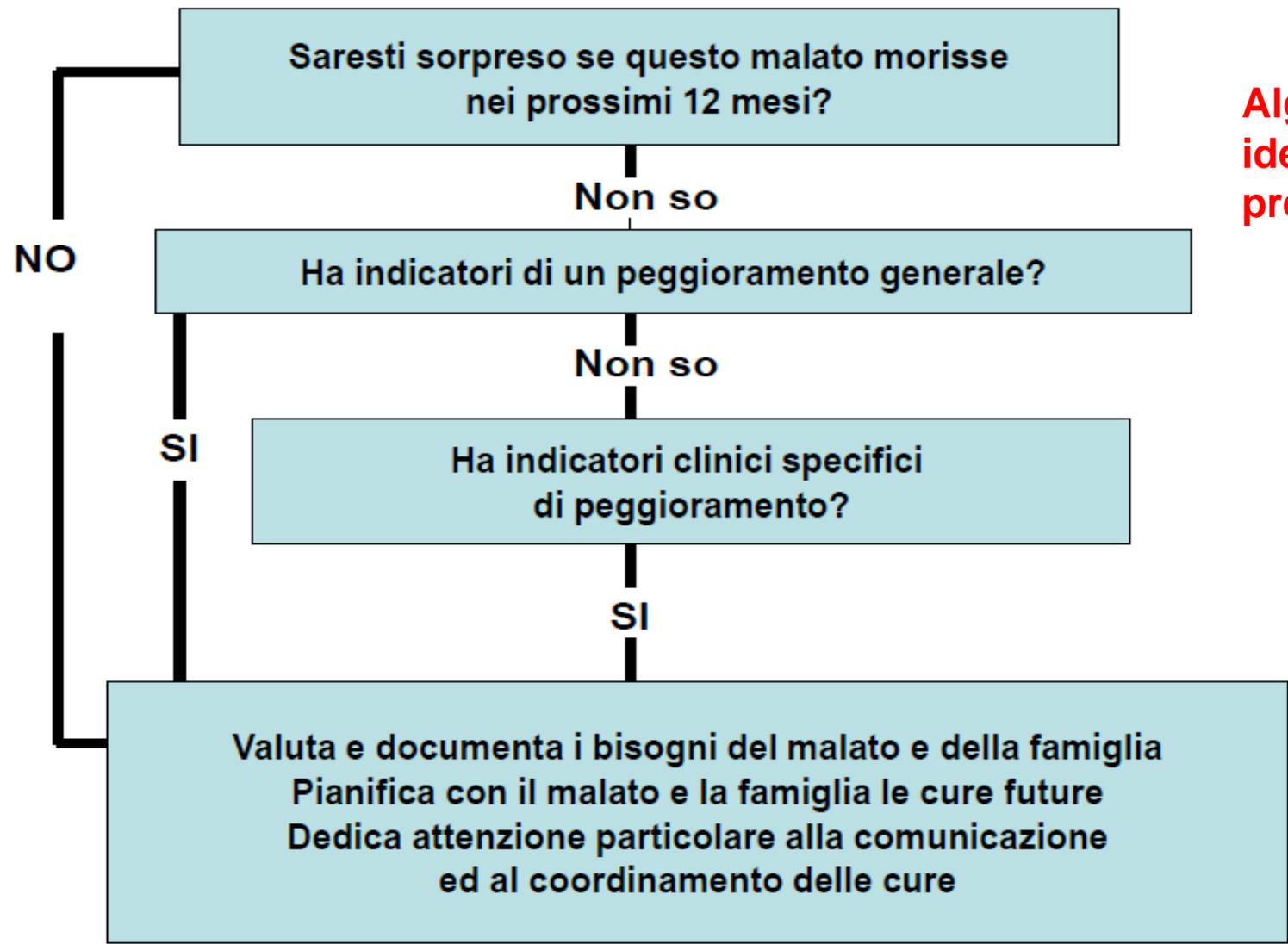
Come definire i pazienti che " si avvicinano alla fine della vita"?

Sono coloro che hanno una **probabilità di morire entro 12 mesi** e includono:

- Pazienti la cui morte è imminente (poche ore o giorni);
- Pazienti con malattie inguaribili, progressive, in fase avanzata;
- Pazienti con una condizione clinica di fragilità generale e patologie concomitanti per le quali è prevedibile una morte entro 12 mesi;
- Pazienti con condizioni cliniche per effetto delle quali è presente un rischio di morte per una crisi acuta ed improvvisa legata alla loro situazione o causata da eventi improvvisi e catastrofici

L' algoritmo identificativo prevede la surprising question " ti sorprendresti se questo paziente morisse nei prossimi mesi, settimane, giorni?" .

Accanto a questa possono essere utili, in caso di dubbi, ricorrere ad indicatori generali oggettivamente rilevabili e la presenza di indicatori specifici di peggioramento per la singola patologia.



**Algoritmo per
identificazione
precoce**

Adattata da "The GSF Prognostic Indicator Guidance"
The National GSF Centre's guidance for clinicians to support earlier
recognition of patients nearing the end of life. September 2011

A questo punto, attraverso questi semplici strumenti a disposizione del MMG, sarà possibile inserire il nostro paziente in un *percorso di Cure Palliative Precoci e Simultanee*, nell'ambito di un approccio di tipo biopsicosociale e incentrato sul coinvolgimento attivo del paziente stesso nelle fasi cruciali del trattamento con l'assunzione di un ruolo attivo nelle decisioni riguardanti la sua cura.

Finalità delle Cure Palliative Precoci e Simultanee

- Presa in carico con cure palliative precoci e globali del malato e della sua famiglia
- Trattamento di tutti i sintomi somatici, compreso il dolore, correlati alla malattia
- Valutazione del livello di consapevolezza del paziente e dei familiari della prognosi della malattia e valutazione dell'opportunità di rendere più consapevole il paziente, se possibile, sulla prognosi
- Valutazione dei bisogni psicologico-relazionali del paziente e della sua famiglia

1. Sostegno ed aiuto nelle scelte terapeutiche per il paziente e nella programmazione del percorso di cura
2. Collaborazione con MMG e/o con altri medici specialisti
3. Sostegno al MMG e/o ad altri medici specialisti nel percorso di comunicazione con il malato e la sua famiglia
4. Collaborazione con MMG e/o con altri medici specialisti per evitare trattamenti inappropriati ed approcci di ostinazione diagnostica e terapeutica negli ultimi mesi di vita
5. Accompagnamento del paziente e della sua famiglia nell'accettazione della fase avanzata di malattia finalizzato al raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per il malato e per la famiglia

E' fondamentale che le **decisioni del fine vita** non siano prese dai curanti "in urgenza", ma siano valutate e condivise per tempo con il paziente e con la sua famiglia per avere un'indicazione documentata della volontà del paziente prima del momento della decisione effettiva in cui le condizioni cliniche sono compromesse e tali da non permettere l'espressione di una scelta libera e consapevole.

In questo percorso di identificazione precoce di un paziente in Cure Palliative appare fondamentale il [ruolo del MMG](#), capace di intercettare i bisogni di una persona la cui conoscenza personale gli permetterà di instaurare un'assistenza che tenga conto delle particolari esigenze e necessità che gli ha affidato la gestione della sua salute fino alla fine.

Grazie dell'attenzione

*"Quando curi una malattia puoi vincere o perdere...
Quando ti prendi cura di una persona, vinci sempre!"*



tch Adams