

La rete delle Cure palliative



1 - LE CURE PALLIATIVE DAL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI DEL TERRITORIO

T Alla luce delle deliberazioni regionali sulle cure palliative occorre immaginare una rete di servizi incentrata sul Medico di Medicina Generale (MMG) col supporto del Servizio Infermieristico Distrettuale.

I Personalmente immagino che dovrà esservi un forte impegno per evitare ogni incongruo accesso all'ospedale di qualsiasi ammalato che non abbia una acuzie in atto, ma abbia invece un progressivo incremento del livello di gravità intesa come "complessità": la "acuzie" richiede l'utilizzo di sofisticati, delicati strumenti tecnologici di diagnosi e di trattamento che si trovano solo in ospedale e che non è possibile trasportare a casa del malato; la "complessità" si compone di molti (numerosi) atti di assistenza e di terapia compiuti su un unico paziente, atti che considerati uno per uno sono tutti eseguibili a casa del paziente, ma che essendo numerosi e tra loro interconnessi richiedono un elevato livello di organizzazione.

Occorre sottolineare che esiste un livello primario di risposta o intervento primario.
Esso si compone classicamente di:

A -
ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) di Livello 2: assistenza domiciliare a media intensità sanitaria [responsabile del caso l'infermiere del Nucleo Operativo per l'Assistenza Domiciliare (NOAD); responsabile terapeutico il MMG]

Le caratteristiche fondamentali sono:

- presenza a domicilio del medico uni- o pluri-settimanale; assistenza infermieristica per uno o due accessi settimanali;
- beneficiari: anziani con polipatologie (per evitare ricoveri ripetuti); malati in dimissione protetta dall'ospedale, affetti da patologie polmonari cronico-ostruttive, malattie cerebrovascolari, malattie tumorali, ecc...

B -
ADI di Livello 3: assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria [il MMG è sia "responsabile terapeutico" che "responsabile del caso"]

Le caratteristiche fondamentali sono:

- beneficiari: paz. con patologie evolutive irreversibili nella fase terminale della vita;
- più accessi alla settimana di tipo medico, infermieristico e di altre figure professionali;
- viene garantita la pronta disponibilità diurna medica e infermieristica;
- la consulenza specialistica [del Servizio Cure Palliative e/o di altri specialisti] è componente essenziale;
- è necessario uno specifico supporto psicologico per il malato e la sua famiglia;
- integrazione con gli interventi socioassistenziali che si rendessero necessari.

C -
L' hospice territoriale trova - sappiamo - il suo ruolo nell'ambito della gestione extraospedaliera (residenziale) dell'ammalato; ha anche un suo ruolo come centro di elaborazione e di diffusione di una cultura del "prendersi cura" (to care) dell'ammalato terminale. I criteri di selezione degli accessi per l'hospice territoriale "Madonna dell'Uliveto" di Monterico di Albinea sono già stati elaborati. L'hospice non rappresenta una "struttura intermedia" tra domiciliarietà e ospedalizzazione e non costituisce una soluzione di livello "superiore" rispetto alla gestione domiciliare dal punto di vista della complessità del paziente, fino ad individuare i pazienti domiciliari "aventi diritto" all'hospice: sarebbe questa una strada pericolosa se consideriamo che l'ammalato terminale tende inevitabilmente ad aggravarsi rapidamente e che in hospice potrà non essere disponibile il posto-letto. L'hospice rappresenta invece e piuttosto una opzione "parallela" rispetto alla domiciliarietà; vi saranno pazienti eligibili e già per questo "valutati" dalla apposita commissione, ma non inseriti in una vera e propria "lista d'attesa": essi continueranno ad essere gestiti in modo ottimale a domicilio e poi per uno di essi potrà un certo giorno arrivare la "chiamata" per l'hospice...

2 - LE CURE PALLIATIVE DAL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI DELL'OSPEDALE

Lo sviluppo organico del livello primario di risposta, privilegiabile ogni qualvolta sia possibile, è assolutamente necessario, ma non sufficiente per l'erogazione di risposte adeguate a tutti i livelli di bisogni.

Il Piano sanitario regionale prevede l'ampliamento dell'offerta dei servizi specialistici di cure palliative tramite la realizzazione di un secondo livello di intervento che integri e completi la rete territoriale dei servizi: tale livello è incentrato sul cosiddetto Servizio di Cure Palliative (SCP). A questo proposito è necessario che tale servizio si raccordi con i livelli assistenziali primari (ROAD, MMG).

Ci sono degli specialisti di riferimento, che in passato, nella storia clinica di quel singolo paziente, hanno effettuato o stanno ancora, al presente, effettuando trattamenti o interventi su di lui: penso che il riferimento ad essi debba sempre essere preso in considerazione; se lo specialista ritiene che ancora l'ammalato sia di sua competenza allora non ci sono né dubbi né opzioni alternative proponibili. Il Servizio Cure Palliative (SCP) non intende porsi come servizio "specialistico" nel senso – quantomeno – dell'organo o dell'apparato coinvolto nella malattia; i pazienti del SCP sono invece caratterizzati dal punto di vista clinico dalla condizione di "insufficienza multi-organo".

Visto che la nostra realtà sanitaria reggiana è caratterizzata dalla presenza, oltre all'Azienda USL, di una Azienda Ospedaliera, si deve concepire un SCP che abbia le sue radici all'interno dell'ospedale, con i suoi operatori che conoscono e praticano tutti gli aspetti (clinici, tecnici) propri della medicina interna ospedaliera; ma tale SCP dovrà svolgere la gran parte del lavoro al di fuori dell'ospedale nella dimensione "domiciliare".

Quattro sono i caratteri organizzativi fondamentali di un Servizio Cure Palliative (SCP):

A) Esso dovrà essere a disposizione, almeno per il distretto di Reggio, per consulenze sull'ammalato in ADI: consulenze di tipo "puntuale" per una messa a punto clinica. Si tratterà dunque di interventi "occasionali" o di risposta "rapida" ad un bisogno del momento... Tali consulenze potranno avvenire:

- sotto forma di prestazione ambulatoriale intraospedaliera,
- sotto forma di accesso domiciliare.

B) Esso dovrà essere a disposizione per una forma di coinvolgimento maggiore in cui si concorre "insieme" (con Infermiere e Medico di Medicina Generale, restando quest'ultimo il responsabile del caso) per una ridefinizione del bisogno assistenziale e quindi per la definizione del piano terapeutico (PAI) più adeguato e per

la valutazione della sua sostenibilità familiare.

In conclusione: si tratta di vedere tutti insieme l'ammalato e la sua famiglia, prima di deciderne il ricovero e di cercare insieme le condizioni per continuare la gestione del paziente al suo domicilio sotto la forma di un'ADI di III° livello compartecipata con il SCP.

In questo gruppo di prestazioni ad alto livello d'integrazione dobbiamo inserire anche le consulenze, i colloqui e le sedute delle figure professionali non mediche (ma previste nel SCP) quali lo psicologo, il fisioterapista, l'assistente sociale.

C) Un ridotto numero di pazienti presenta una patologia complessa in rapida evoluzione, che richiede interventi polispecialistici effettuabili anche a domicilio ma dall'equipe ospedaliera specialistica; tale equipe ha in carico il paziente e assicura la continuità di cure con tutte le modalità necessarie nelle varie fasi del rapido evolversi della malattia, sia in ambiente ospedaliero che residenziale che domiciliare. Questa modalità assistenziale, che prende il nome di ospedalizzazione domiciliare, è inserita a tutti gli effetti nell'ambito dell'assistenza ospedaliera.

D) E' previsto anche il Day Hospital per gli esami che servono all'aggiornamento diagnostico e per manovre terapeutiche non possibili a domicilio (ad esempio ogni volta che vi sia bisogno di un ecografo o di altro strumento sofisticato).

In **conclusione** è chiaro che ci attende molto lavoro se vorremo raggiungere un livello soddisfacente di organizzazione della rete delle cure palliative nella nostra città (intesa come territorio ed ospedale); la difficoltà e la novità risiedono nel fatto che più ancora che strutture e disponibilità tecniche e finanziarie, pur necessarie, vi sarà bisogno di sviluppare un modo più integrato e compartecipato di lavoro tra operatori non ancora pienamente abituati a collaborare. Penso ad esempio ad un Servizio di Cure Palliative che, pur restando con i suoi operatori al domicilio dei pazienti, non toglie tuttavia al Medico di Medicina Generale il suo ruolo centrale di "Responsabile del caso". Penso ad un Servizio di Cure Palliative che non si sostituisce in nulla agli specialisti (Oncologi, Pneumologi, ecc...) che fino a quel punto hanno curato o tentato la cura (to cure) del paziente secondo i criteri della Evidence Based Medicine, ma che piuttosto si affianca ad un certo punto ad essi in un'ottica di non-abbandono e di accompagnamento del paziente e della sua famiglia (to care) fino all'avvenimento della morte ed oltre la morte stessa (per la prevenzione del lutto patologico).



di Sergio Maccari

Responsabile Lungodegenza, Postacuzie e Riabilitazione Intensiva