



disponibile su [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



journal homepage: [www.elsevier.com/locate/itjm](http://www.elsevier.com/locate/itjm)



## EDITORIALE

# “Simultaneous care” e paziente fragile: un binomio possibile?

## *Simultaneous care and frail patients: are we on target?*

Nel dibattito su quali possano essere le scelte organizzative più idonee ad assicurare le migliori competenze specialistiche e i modelli assistenziali più efficaci ai pazienti fragili è indispensabile, in premessa, chiedersi se le innumerevoli esperienze condotte sul piano dell'organizzazione dei servizi o dell'individuazione di nuovi setting assistenziali abbiano raggiunto l'obiettivo di affinarne il percorso diagnostico e terapeutico complessivo, migliorando gli outcome.

L'approccio tradizionale alla ridefinizione dei modelli organizzativi per questa tipologia di pazienti, infatti, ha dimostrato di essere inefficace, laddove affrontato in termini esclusivamente strutturali o di attribuzione di responsabilità cliniche all'uno o all'altro degli attori coinvolti: esso, di fatto, si è rivelato incapace di superare la dimensione esclusivamente sanitaria del problema, non intercettando il bisogno di supporto psicologico e sociale e apportando contributi migliorabili per quanto attiene alla qualità di vita di questi pazienti.

Per prima cosa, è bene fornire una definizione di paziente fragile: parliamo di una situazione in cui il declino progressivo delle varie funzioni e delle condizioni generali (nutrizionali, emotive, cognitive, biofunzionali e sociotutelari) espone il paziente al rischio di perdere rapidamente la propria autosufficienza e, spesso, di non trovare risposte adeguate sul piano dell'appropriatezza del modello assistenziale e delle cure offerte.

Fra questi pazienti, la percentuale più elevata è rappresentata dagli ultrasessantacinquenni, a cui si aggiungono anche soggetti più giovani affetti da patologie neoplastiche, neurodegenerative, croniche a rapida evoluzione.

Si tratta, quindi, di un paziente che “vive sul filo del rasoio, fra l'indipendenza e lo scatenamento di una tragica cascata di malattie, disabilità e complicanze che troppo spesso si rivelano irreversibili” [1]. Pazienti che, nella maggior parte dei casi, con tutta probabilità, non recupereranno più una condizione di autosufficienza e per i quali va prevista una “long term care”.

In Emilia-Romagna (fonti: ISTAT, Registro di mortalità dell'Emilia-Romagna, Banca dati SDO Emilia-Romagna), il 49% degli ultrasessantacinquenni muore in un istituto di cura pubblico. L'età media dei pazienti ricoverati in strutture di Medicina Interna è di 71,4 anni presso l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia e di 74 anni nei restanti ospedali della regione. Gli ultrasessantacinquenni ricoverati in strutture di Medicina Interna sono il 51,7% nell'Arcispedale e il 59,6% nei restanti ospedali della regione.

Già questi dati evidenziano alcune differenze fra le varie realtà. A ciò si deve aggiungere la diversa vocazione delle Medicine Interne di ospedali periferici rispetto a quella di ospedali di Comuni capoluogo o di Aziende ospedaliere universitarie.

Sulla base di questi dati, formulo una prima riflessione: le aree di lungodegenza e post-acuzie, in un ospedale di dimensioni medio-grandi, quasi sempre vengono attivate per sopperire alle difficoltà in sede di dimissione dei pazienti dai reparti per acuti o perché, sempre più spesso, si assiste al fenomeno dei ricoveri ripetuti di pazienti anziani (provenienti dalle strutture residenziali o dal domicilio) con patologie croniche e/o non autosufficienti: in carenza di strutture per post-acuti, tali pazienti trovano collocazione in reparti per acuti, con conseguenti profili di inadeguatezza organizzativa, assistenziale e inefficiente allocazione delle risorse.

Prendendo atto di ciò, se focalizziamo la nostra attenzione esclusivamente sulle diverse tipologie di soluzione organizzativa, corriamo il rischio di affermare indirettamente (ed erroneamente) che l'inadeguatezza delle soluzioni assistenziali proposte ai pazienti fragili (e, fra questi, in modo particolare ai pazienti in procinto di perdere la loro autosufficienza) sia da attribuire:

- a una carenza sul piano delle dotazioni di strutture e di posti letto;

- alla ridotta capacità della Medicina territoriale di farsi carico di questi pazienti;
- al ricorso più o meno sistematico alle dimissioni protette;
- alla maggiore o minore capacità di alcune discipline di gestire efficacemente i pazienti fragili.

In sostanza, si corre il rischio di oscillare fra soluzioni che tendono a creare le condizioni per una piena "autosufficienza" delle Medicine Interne – in termini di disponibilità al loro interno di tutti i possibili setting (ambulatorio, day service ambulatoriale, day hospital, osservazione breve internistica, degenza ordinaria, lungodegenza post-acuzie, area della terminalità), possibile e, forse, auspicabile negli ospedali periferici, ma difficilmente realizzabile in quelli in cui non vi siano strutture specialistiche di area internistica o Medicine a vocazione specialistica – e soluzioni in cui predomina una sterile contrapposizione di competenze in capo all'ospedale e al territorio, piuttosto che allo specialista ospedaliero, al medico di Medicina Generale, ai servizi sociali e sociosanitari.

Sulla base di queste premesse, è opportuno porsi qualche interrogativo sulla tipologia dell'assistenza al malato fragile: nella pratica clinica quotidiana, quali soluzioni possiamo offrire a questi pazienti in termini di corretta pianificazione dell'assistenza, di comunicazione adeguata anche con la componente familiare, di offerta in rete? Occorre inoltre chiedersi se, prima ancora che di strutture dedicate e di chi abbia più titolo a farsi carico di questi pazienti, non occorra prioritariamente interrogarsi:

- sull'esistenza o meno di percorsi organici multidisciplinari e multiprofessionali successivi e integrati, in grado di fornire una risposta globale ai bisogni del paziente e della famiglia;
- su quanto siano diffuse le esperienze di palliazione precoce nel corso della loro malattia, finalizzata a preservare il più possibile la dignità e la condizione di benessere fisico, emotivo, sociale e spirituale.

Un'offerta assistenziale, in questo caso, che non assimila le cure palliative alla "end of life care", ma interviene nel percorso in termini multiprofessionali e interdisciplinari sin dalle prime fasi, relegando il *dove* a un grado secondario di priorità nel decision making clinico e affermando, viceversa, l'esigenza di definire *che cosa* offrire e *come* intendiamo assistere questi pazienti.

Sintetizzando, si potrebbe affermare che ogni riflessione su come trattare il paziente fragile deve muovere dalla consapevolezza che l'intervento non può essere solo sanitario, bensì una sommatoria di risposte, un processo integrato, una regia strategica di relazioni, di pensieri, di azioni coordinate e condivise. In quest'ottica, il contrasto alle dinamiche istituzionalizzanti non si configura alla stregua di una mera delocalizzazione del paziente in un contesto diverso da quello ospedaliero, ma si pone come nuova frontiera dell'approccio al paziente fragile.

Sul numero di agosto del *New England Journal of Medicine* [2] sono stati pubblicati i risultati di uno studio che ha confrontato due coorti di pazienti con neoplasia polmonare non a piccole cellule metastatica: a un gruppo sono state assicurate cure palliative in fase precoce insieme alla terapia oncologica standard, mentre all'altro è stata assicurata solo la terapia oncologica. La qualità di vita e il tono dell'umore erano valutati all'atto della randomizzazione e a 12 settimane con scale funzionali.

L'outcome primario era costituito dalle modificazioni nella qualità di vita a 12 settimane. Dei pazienti randomizzati (151), l'86% ha completato la valutazione a 12 settimane. I pazienti trattati in fase precoce anche con un approccio palliativo hanno potuto godere di una qualità di vita migliore e sono stati affetti da un grado di depressione del tono dell'umore più contenuto rispetto ai pazienti trattati solo con terapia oncologica standard. Anche la mediana di sopravvivenza è stata migliore nel primo gruppo (11,6 mesi vs 8,9). L'elemento di maggiore novità di questo studio deriva dall'utilizzo dello strumento del trial clinico per definire nuovi standard assistenziali.

Il 2008 *Erice statement toward a more humanistic oncology* [3] ha evidenziato che circa il 20% dei pazienti con neoplasia in fase metastatica ha iniziato una nuova chemioterapia nelle ultime settimane prima del decesso, nonostante numerosi studi ritengano improbabili i benefici derivanti da tali trattamenti addizionali in termini sia di qualità sia di durata della vita. A ciò si deve aggiungere la divisione artificiale e ideologica fra terapie rivolte contro la neoplasia e terapie palliative.

Per ricomporre queste frammentazioni e rimuovere questi ostacoli, recentemente è stato proposto un modello di "simultaneous care" [4], che tende a prescindere in prima istanza dai luoghi della cura e dalle responsabilità in capo alle diverse aree disciplinari della medicina, per richiamare tutti a una riflessione sull'utilità di una presa in carico palliativa precoce dei pazienti e delle loro famiglie, da offrire nell'intero arco della patologia (e non soltanto nella fase terminale), evitando al tempo stesso di relegare tale opportunità alla sola (per quanto importante) terapia del dolore.

In conclusione, è opportuno chiedersi se non sia necessario un ulteriore salto di qualità nel dibattito che per troppo tempo si è focalizzato sulle strutture e sulle discipline deputate all'assistenza dei pazienti fragili, anziché su modelli assistenziali innovativi capaci di valorizzare gli aspetti di una presa in carico complessiva che si misura anche con la qualità di vita dei pazienti complessi.

Questo è il terreno su cui anche la ricerca dovrà misurarsi, utilizzando gli strumenti di cui essa dispone sotto il profilo metodologico, per arrivare a definire i nuovi standard di riferimento e fornire risposte che non si limitino alla rappresentazione delle "best practice".

In questo, anche le modalità attraverso cui, nelle diverse realtà, si darà applicazione ai contenuti della Legge 38/2010 ("Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore") costituiranno l'evidenza indiretta di come le Regioni e le Aziende sapranno approcciare in modo conservativo o innovativo i poliedrici ambiti in cui apportare nuovi orientamenti nella presa in carico e nell'assistenza al malato fragile.

## Bibliografia

- [1] Hazzard WR. I am a geriatrician. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(1): 161.
- [2] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363(8): 733–42.

- [3] 2008 Erice Group. The 2008 Erice statement toward a more humanistic oncology. *J Ambul Care Manage* 2009;32(3):252–8.
- [4] Meyers FJ, Linder J. Simultaneous care: disease treatment and palliative care throughout illness. *J Clin Oncol* 2003;21(7):1412–5.

Giorgio Mazzi  
*Medical Director, Arcispedale Santa Maria Nuova,  
Reggio Emilia*  
*E-mail: [giorgio.mazzi@asmn.re.it](mailto:giorgio.mazzi@asmn.re.it)*