

# **IL MALATO ONCOLOGICO IN PRONTO SOCCORSO: QUALI ALTERNATIVE?**

Pronto Soccorso Ospedale S. Anna Como

C. Maino, I. Bossi, E. Viganò, E. Guggiari, M. Grigioni, F. Cantaluppi, D. Leoni

# Scopo dello studio

Monitoraggio degli accessi in Pronto Soccorso al fine di evidenziare criticità di ordine sanitario e socio-assistenziale presenti sul territorio, riferite a pazienti con malattia oncologica in fase avanzata e/o terminale

# Dati alla mano ci dicono...

- Elevato o quanto meno non trascurabile numero di accessi in PS di pazienti con malattia oncologica in fase avanzata e/o terminale
- Difficoltà di individuare e quindi attivare forme d'assistenza adeguata al fine di dare risposte in grado di intercettare i bisogni del paziente e dei suoi familiari
- Disorientamento del paziente e dei familiari al momento della dimissione
- E' necessario far conoscere preventivamente le opportunità di assistenza domiciliare e/o residenziale al fine di diminuire o quanto meno contenere gli accessi in PS

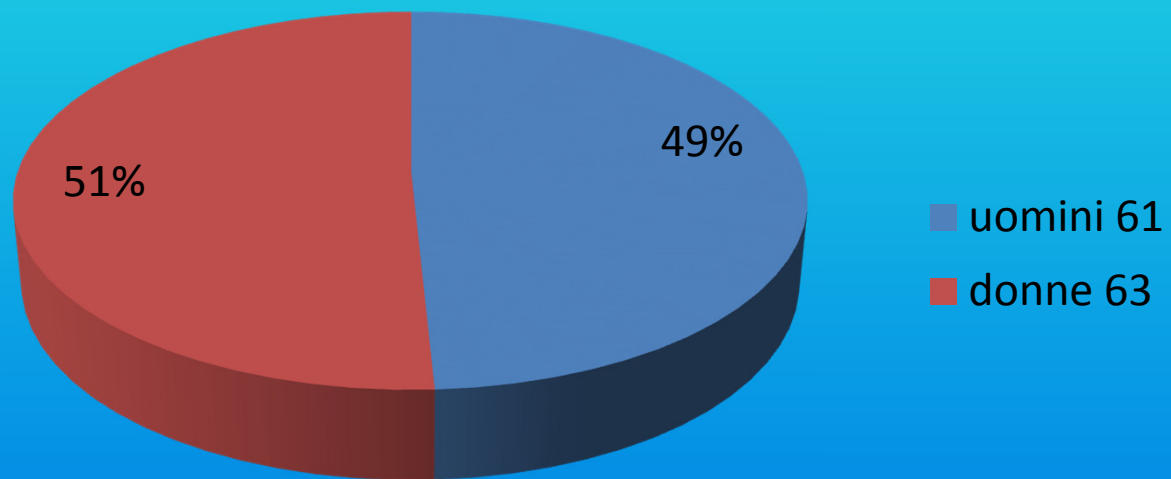
# Metodo di studio

- Monitoraggio degli accessi dei pazienti oncologici in PS dal 1 febbraio al 31 maggio 2013
- Etichetta anagrafica raccolta su apposito quaderno al momento della presa in carico del paziente al Triage
- Analisi di ogni singolo verbale di Pronto Soccorso (totale verbali analizzati 13.996)

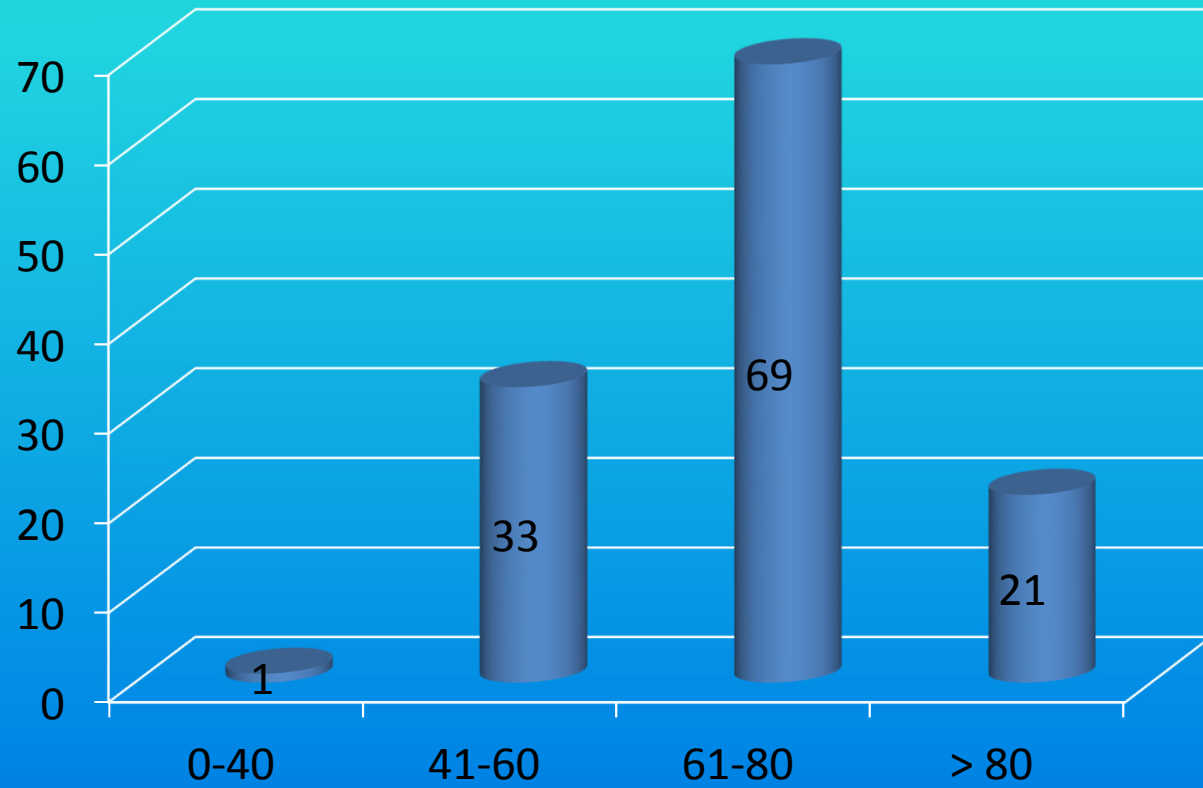
# Criteri di inclusione

- Pazienti con controllo del dolore inadeguato.
- Pazienti seguiti presso altri Centri di riferimento, e inviati in PS per incombenze medico-chirurgiche.
- Pazienti con necessità di supporto nutrizionale e/o idratante.
- Pazienti con problematiche riconducibili a presidi sanitari (es. malfunzionamento CV, spostamento SNG, etc.)
- Pazienti con problematiche di ansia-depressione.
- Pazienti in fase di malattia avanzata o in fase terminale con assenza di supporto adeguato a domicilio con particolare riferimento a problematiche medico-infermieristiche ma con volontà a rimanervi.

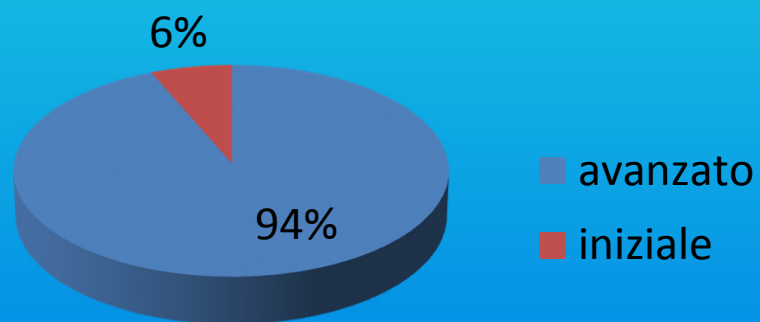
**Pazienti totali : 124**



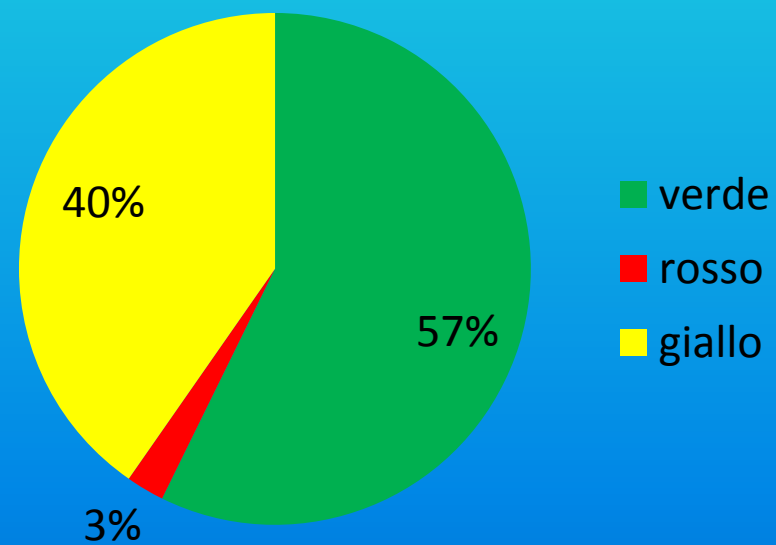
## Età in anni



### Stadio della malattia

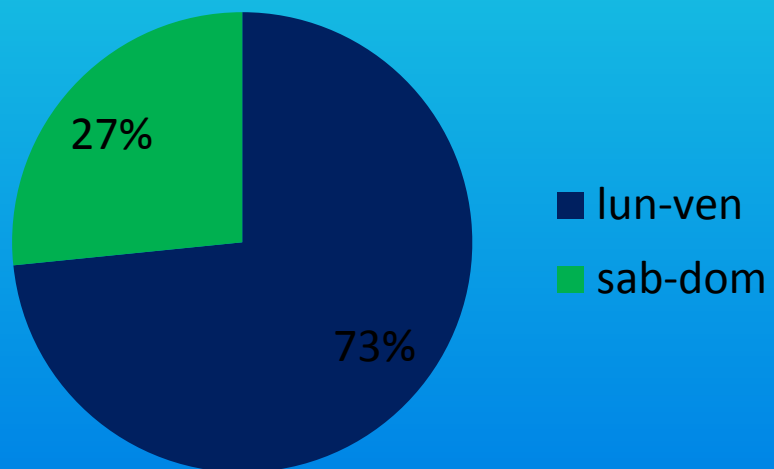


### Codice assegnato al Triage

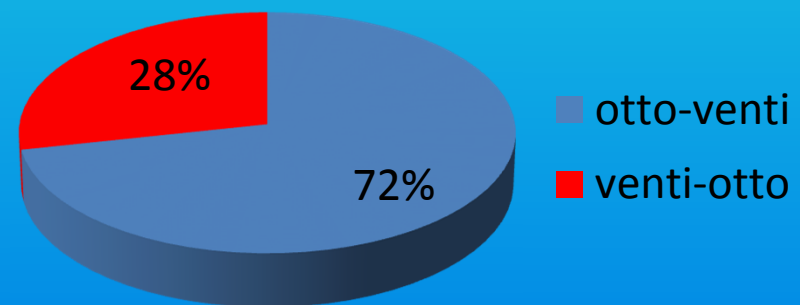




## Giorni di arrivo

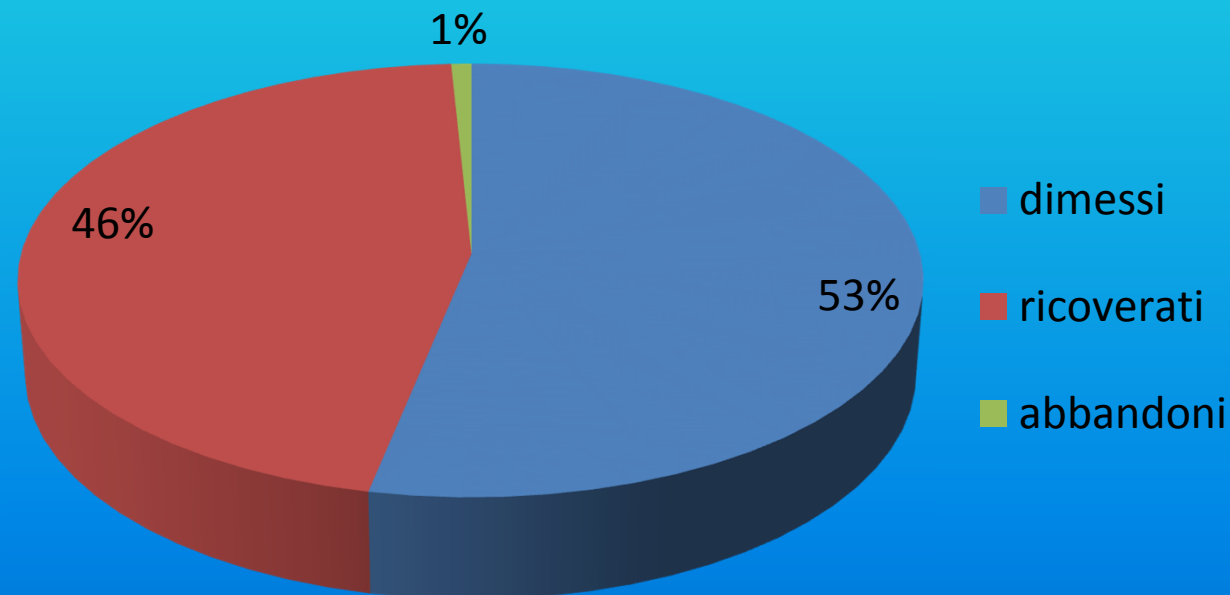


## Fasce orarie



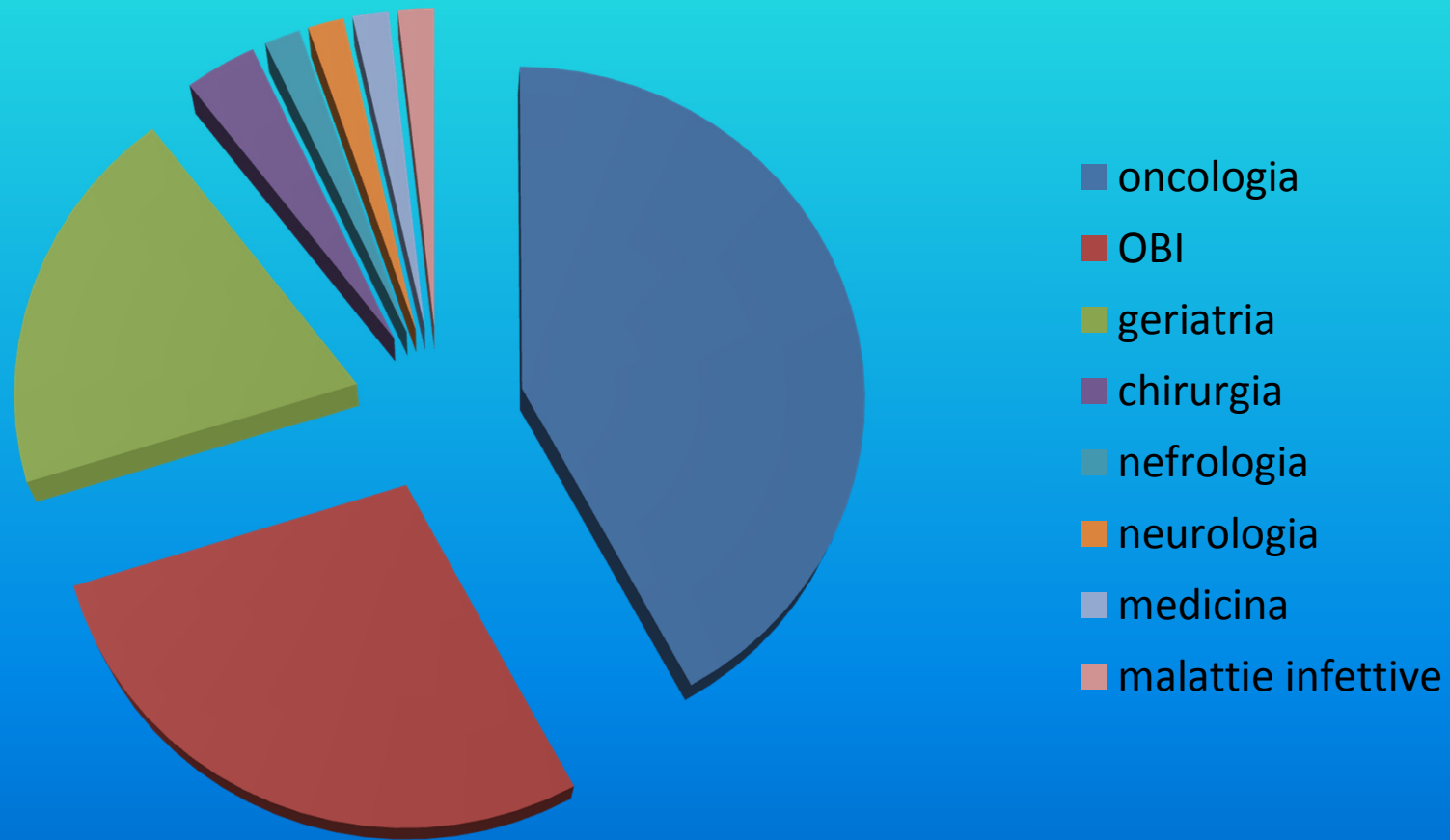
# Tempi

- Attesa media prima di essere visitati: 66 minuti, **con picchi di 5 ore e 30 minuti**
- Permanenza media : 6 ore, **con picchi di 16 ore**

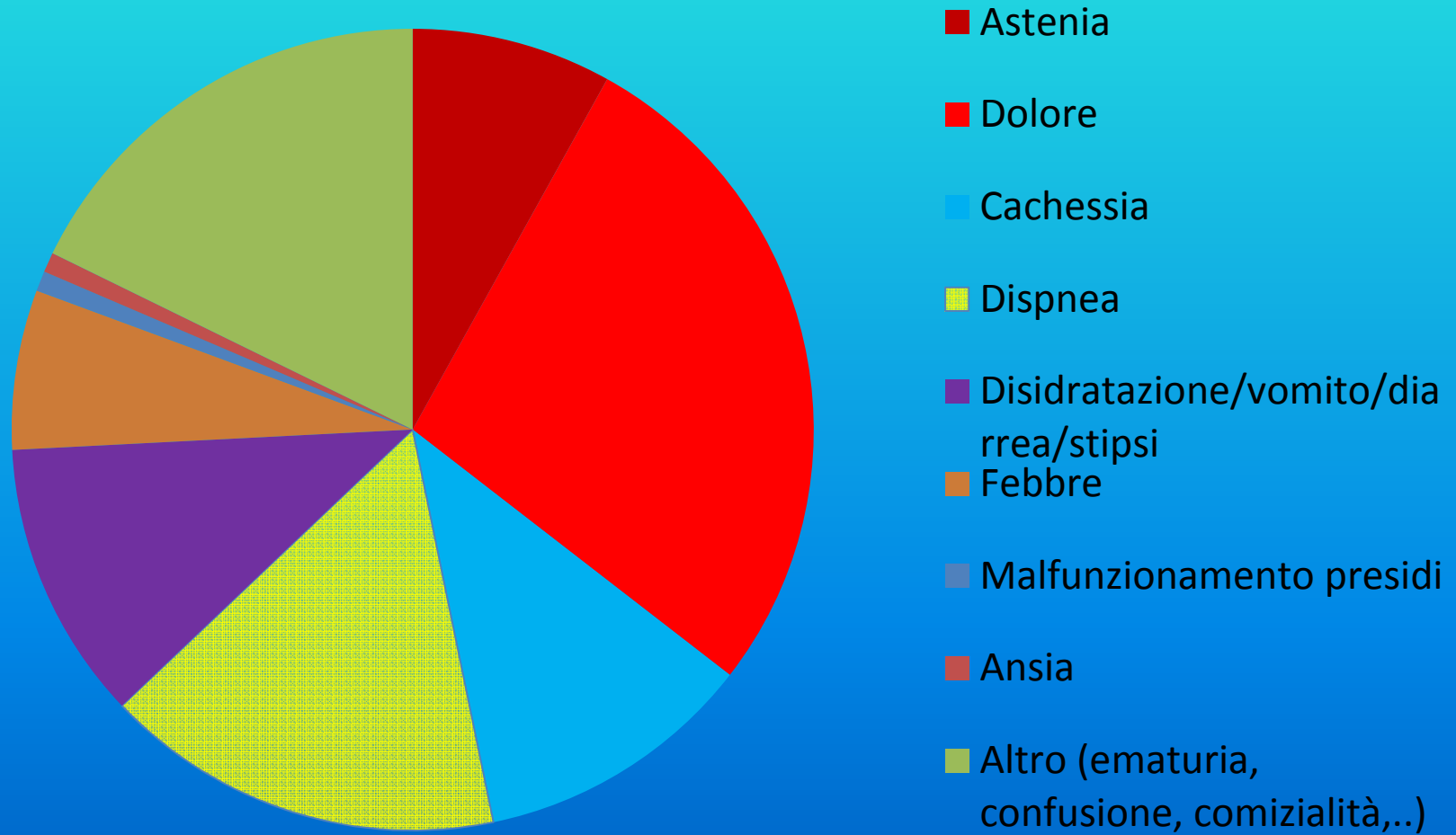


- Ricovero: 7,5 giorni di media per paziente

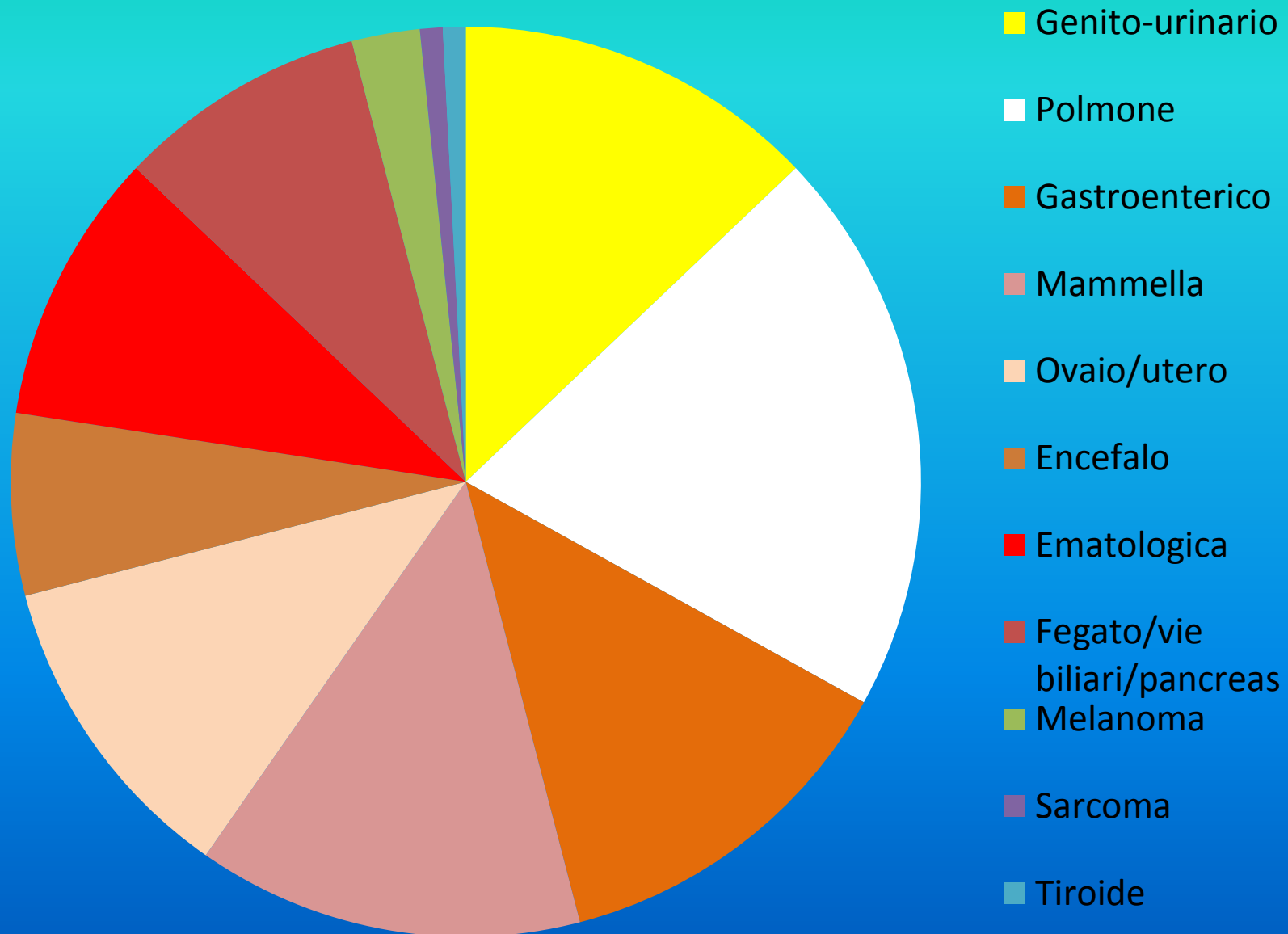
# Reparti di degenza



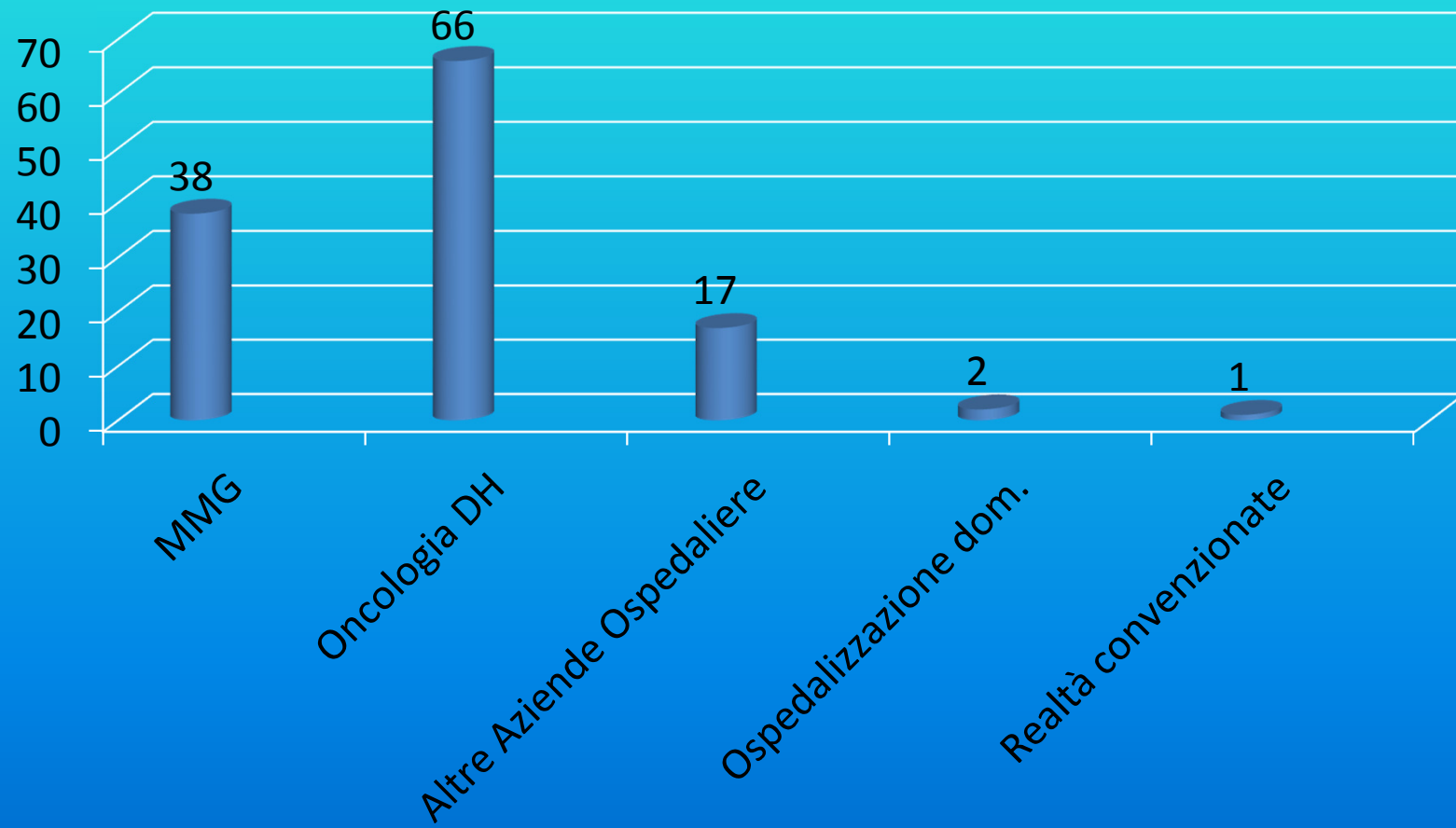
# Motivo dell'accesso



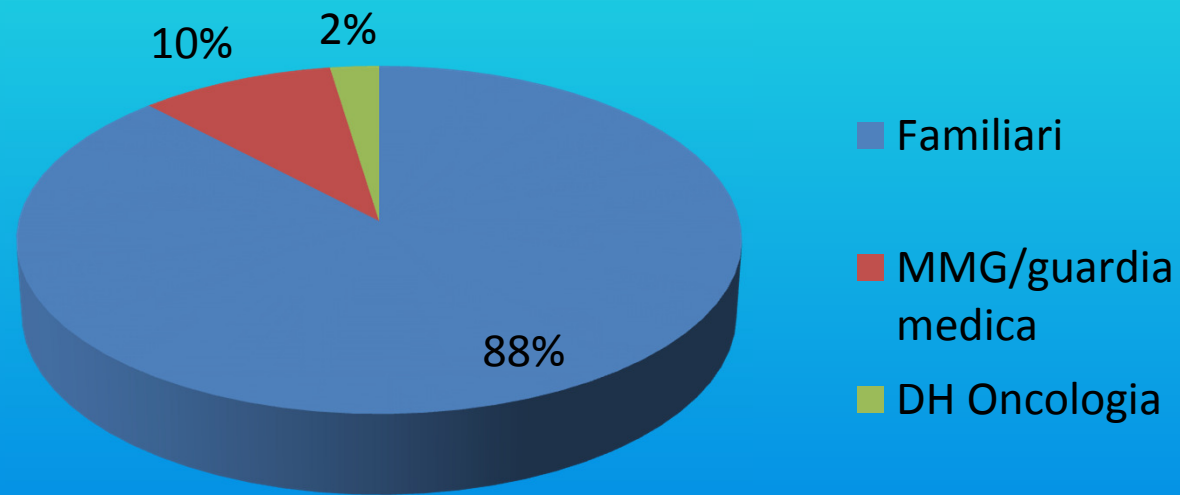
# Sede della neoplasia



# Pazienti seguiti da:



# Inviati da:



# Purtroppo..

- Sintomi frequenti, a volte invalidanti
- Elevato impatto sulla qualità della vita del paziente e dei familiari
- Potenzialmente gestibili al domicilio?
- Malato oncologico ha bisogno di un percorso ben definito con un contenimento della rotazione della figure professionali, con un care-giver formale o informale, come da normativa di riferimento
- Aumento generale dei tempi di attesa in PS a fronte di un elevato numero di accessi di pazienti oncologici in fase avanzata e/o terminale in codice verde e potenzialmente gestibile a domicilio



# Quali risorse?

- MMG
- Ospedale
- Specialistica Territoriale - Ex Ospedalizzazione domiciliare. Attivabile per paziente terminali con un'aspettativa di vita stimata di 90 giorni
- Realtà accreditate per l'erogazione di vouchers cure palliative (ADI-CURE PALLIATIVE) attivabile dal MMG attraverso prescrizione su ricettario (ricetta rossa)
- ADI attraverso vouchers attivabile dal MMG su prescrizione su ricettario (ricetta rossa)
- Hospice

# Ospedale

- «..Nell'ambito del gruppo curante, *l'oncologo* si pone quale medico di riferimento per il malato e la sua famiglia. Inoltre, in considerazione dell'impatto che la malattia ha su pazienti e parenti, anche figure quali l'assistente sociale e lo psicologo sono importanti.»
- «..Durante le ore notturne, il sabato e la domenica, il **day hospital** è chiuso e in caso di urgenza è necessario rivolgersi alla Guardia Medica o al servizio di pronto soccorso.»
- **Ambulatorio delle «CURE DI SUPPORTO»:** → ci si può accedere con impegnativa dello specialista in Oncologia; criteri di accesso: pazienti in grado di recarsi in ambulatorio, quelli con una progressione di malattia dopo seconda linea di CHT, pazienti con neoplasia anche in fase iniziale ma con sintomi difficili da controllare o da sottoporre a monitoraggio in corso di terapia, pazienti con due o più accessi in Pronto Soccorso nell'ultimo mese.

# SPECIALISTICA TERRITORIALE

Ex Ospedalizzazione domiciliare

- **Attivazione:** può essere effettuata in linea generale da chiunque è interessato a migliorare la qualità della vita dell'utente (in genere viene attivata alla dimissione dall'ospedale)
- **Personale:** medici e infermieri ospedalieri
- **Orari:** 7 giorni su 7 orario diurno con reperibilità notturna

# MMG

- MMG: è e rimane comunque la figura di riferimento per il paziente e/o familiare
- MMG: 1) Attivazione ADI  
2) Attivazione ADI Cure Palliative

Una volta in possesso della prescrizione sul ricettario SSN (ricetta rossa) per entrambe le attivazioni ci si dovrà rivolgere ai CEAD (Centri di Assistenza Domiciliare) presenti in ogni distretto ASL

# ADI

- ADI: personale infermieristico e OSS

- ADI CURE PALLIATIVE:

Prevede l'attivazione di una equipe composta da Medico Palliatore, Infermiere, Oss, Psicologi, Volontari se presenti in equipe

# Hospice

- Esiste la possibilità di ricovero di sollievo in hospice
- Attivazione – Direttamente dal reparto ospedaliero o dal MMG

# Conclusioni

- Il problema degli accessi dei malati oncologici è un fenomeno RILEVANTE
- Il numero di decessi in ospedale è maggiore di quelli al domicilio
- Concezione olistica del malato → la medicina palliativa prevede un cambiamento CULTURALE, che pone al centro dell'attenzione il **malato** nella sua globalità e non più solo la **malattia** ( e il medico "di PS" è tenuto a far fronte a ogni bisogno psico-fisico del suo paziente "di PS")
- Le cure palliative perseguono l'obiettivo di garantire al malato la **migliore qualità di vita** possibile fino al momento della morte
- La maggior parte dei pazienti ha MMG che non conosce e/o non attiva le possibilità territoriali presenti (es. Enti accreditati che si occupano della terminalità)
- La maggior parte dei pazienti ha un **oncologo di riferimento**, ma day-hospital spesso non accessibile per problemi di orari e di "strutturazione interna"
- Una buona informazione sanitaria da parte dei Curanti tutti è la prima cosa per garantire una **CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
- Concetto di **RETE** è fondamentale, per coprire i bisogni di ogni singolo giorno a ogni singola ora

# Cosa è cambiato

- Maggior sensibilizzazione degli operatori nell'accettazione e accoglienza del malato oncologico (segnalazione dal triage)
- Via preferenziale di inserimento dei pazienti nell'ambulatorio di Terapia del Dolore, con valutazione immediata dopo pochi giorni
- Contatto più diretto con gli Hospice del territorio
- Consegna diretta ai familiari di apposita scheda con tutti i numeri utili per l'attivazione delle cure palliative al domicilio



Di fronte a un uomo o una donna che soffre è necessaria la presenza di un altro uomo o un'altra donna che non solo siano capaci di aiutare, ma che anche lo desiderino.

G. Cesana