

Abstract – “Cure palliative: una complessità di cura sottovalutata. Caratteristiche cliniche e funzionali delle persone ricoverate in hospice”

Le cure palliative prevedono una presa in carico multidisciplinare della persona malata e della sua famiglia, indirizzata a pazienti con e senza neoplasia. Il setting dell'hospice è poco esplorato ed oggetto di preconcetti. Gli obiettivi di questo lavoro sono stati far emergere la complessità di cura di cui hanno bisogno i pazienti da cure palliative ed oggettivizzare l'attività svolta in pratica clinica all'interno dell'Hospice Cascina Brandezzata di Milano, dove sono state analizzate le cartelle cliniche di 114 pazienti (61♂;53♀) dimessi o deceduti dal 1/01 al 31/05/2021.

Dai risultati è emersa un'età media di 77 anni \pm 14 (minima di 31; massima di 105). Il 22,8% dei pazienti proveniva dal Pronto Soccorso. L'11,6% dei pazienti è giunto in hospice in coma e il 17,9% in stato soporoso, impedendone un'adeguata presa in carico. Quasi il 30% dei pazienti non presentava nessuna consapevolezza circa la propria condizione; il 43% era consapevole solo di diagnosi, ma non di prognosi e terminalità. La durata della degenza non è risultata correlata all'età al modello di Spearman ($r=0,014$; $p=0,879$). All'ingresso in hospice in media è stato tolto ai pazienti un farmaco ($-0,92 \pm 3,04$), con sospensione della terapia antibiotica nel 32,3% dei casi in cui era stata prescritta. Solo il 4,4% dei pazienti è stato sedato. Il 67,7% dei ricoveri si è realizzato per necessità; l'esigibilità del consenso si è dimostrata associata con l'età (OR=0,962; $p=0,010$), con la presenza di neoplasia (OR=16,072; $p=0,011$) e con lo stato funzionale del paziente (OR=1,123; $p=0,001$). I pazienti oncologici erano più giovani (età media 73 vs 85; $p<0,001$), meno compromessi (KPS 25 vs 17; $p<0,001$) e con degenze mediamente più lunghe (14,6 gg vs 10,4 gg; $p=0,260$). Ciò e quanto emerso circa il consenso suggeriscono una presa in carico più precoce rispetto ai pazienti non oncologici (30,4% del totale). Il sintomo “dolore” non differisce significativamente all'ingresso in hospice, ma i pazienti non oncologici nel setting precedente venivano trattati con oppioidi forti in percentuali inferiori in modo statisticamente significativo (23,5% vs 46,8%; $p=0,021$); tale differenza scompare all'arrivo in hospice (38,2% vs 46,2%; $p=0,437$).

In conclusione, la popolazione afferente al servizio di cure palliative dell'hospice è eterogenea per età, durata della degenza e condizioni cliniche. È auspicabile che il servizio di cure palliative sia attivato più precocemente nella storia di malattia dei pazienti, così da permettere loro maggior consapevolezza e l'esigibilità del consenso al ricovero. I pazienti da cure palliative presentano bisogni di cura specifici, tali da rendere sproporzionate terapie invece indicate in altri contesti. Per i pazienti non oncologici è emerso un sotto-trattamento del dolore ed un arrivo più tardivo in hospice, che, a causa del ritardo, impedisce anche in questo setting un'appropriata presa in carico. Saranno necessari ulteriori studi su più larga scala per confermare tali risultati.