

■ Triage in Cure Palliative: gestire le liste d'attesa per migliorare la qualità del servizio

Maria Silvaroli¹, Maria Stefania Lo Basso¹, Annalisa Alesii², Vito Ascoli Marchetti¹

¹ San Raffaele Rocca di Papa

² IRCCS San Raffaele Pisana - Tosinvest Sanità

Corrispondenza a:

Annalisa Alesii

Via della Pisana 235

00100 Roma

e-mail: annalisa.alesii@sanraffaele.it

Riassunto

La gestione delle liste d'attesa è un tema ben conosciuto anche in cure palliative. Riuscire a gestire le liste d'attesa sulla base di una valutazione che colga la dimensione biopsicosociale dell'utente è l'obiettivo che da circa tre anni abbiamo cercato di realizzare.

La discrepanza riscontrata nel corso del tempo tra l'urgenza del caso e l'impossibilità di poter intervenire nell'immediatezza dell'emergenza per problemi di natura burocratica (data di presentazione della domanda) ci ha spinti a mettere a punto uno strumento in grado di cogliere attraverso un colloquio "vis-à-vis" o telefonico il peso di cinque dimensioni - autosufficienza personale, status sociofamiliare, dolore, disagio psicosociale, terapia complessa - nella definizione di emergenza del caso. Come avviene nel "trriage" di pronto soccorso, abbiamo attribuito un codice di urgenza: bianco, verde, giallo, rosso e, sulla base di questo, abbiamo operato interventi ad hoc con tempistiche proporzionate alla gravità del caso. I risultati di cui parliamo sono relativi allo studio condotto su 80 pazienti monitorati per 50 giorni. La nostra ambizione è di poter dimostrare che il "trriage in cure palliative" è uno strumento valido e maneggevole, che orienta la risposta assistenziale in termini di gestione del tempo, efficacia dell'intervento, promozione del "simultaneous care".

Parole chiave: liste d'attesa, cure palliative, triage.

Summary

The management of waiting lists is a well known topic in palliative treatments. For the last three years we have been trying to meet the target of managing waiting lists on the basis of an evaluation that includes the biopsychological dimension of patients. We have become aware of the huge gap existing between the needs of the case and the impossibility of immediate care due to bureaucratic problems (such as for example the timing of the request of admission). This awareness has stimulated the development of tool to assess - via personal or telephonic conversation - 5 important dimensions that can help define the level of emergency of individual cases. These dimensions are: ability to care for self, social and family status, pain, psychological discomfort, complex therapy. As it is the case in the "trriage" for Emergency, we have defined the scale of emergency through the assignment of colours: white, green, yellow, and red. On this premise we have done *ad hoc* interventions with timing according to the importance of single cases. Our results refer to the study of 80 patients over a period of 50 days. Aim of this work is to show that "palliative care triage" is feasible. It can orientate the service according to time, efficacy of interventions, promotion of simultaneous care.

Key words: waiting lists, palliative care, triage.

INTRODUZIONE

Le cure palliative sono un insieme di interventi tesi a prendersi cura della persona malata in senso globale: l'attenzione ai bisogni primari, emotivi, spirituali, sociali e psicologici del paziente e del proprio nucleo familiare rappresenta il punto di partenza per l'attivazione dell'assistenza palliativa. La cultura di accesso alle cure palliative si sta sempre più diffondendo. Si assiste ad un incremento sempre maggiore di richiesta di assistenza che risulta inversamente proporzionale all'offerta: questa risulta essere inadeguata a sostenere e supportare nell'immediato il paziente malato e il suo nucleo familiare^(1,2). Per far fronte a queste necessità si sono create, nel tempo, liste d'attesa anche per chi è alla fine del proprio percorso di vita^(3,4). Tali liste hanno sempre avuto come obiettivo il compito di dare un ordine all'erogazione di un servizio richiesto, collocando temporalmente la domanda. Questo ordine di arrivo segue un criterio che, a nostro avviso, non tiene conto di tutta la realtà biopsicosociale⁽⁵⁾ della persona e che non rispecchia i principi delle cure palliative (ovvero rispetto della dignità della persona e qualità di vita). Le liste di attesa si basano troppo spesso su valutazioni personali del medico curante, risultando troppo soggettive⁽⁶⁾, e la data di presentazione della domanda non rende giustizia ad una situazione familiare e di ricovero che spesso si aggrava velocemente⁽⁷⁻⁹⁾.

Da circa tre anni, presso l'Hospice della Casa di Cura San Raffaele Rocca di Papa, stiamo osservando e raccogliendo una serie di dati che denunciano la discordanza esistente tra una presa in carico assistenziale basata sulla data di arrivo della richiesta di ricovero e la valutazione obiettiva di gravità del caso, con lo scopo di mettere a punto dei criteri di selezione e di accesso alle cure palliative basati sulla gravità biopsicosociale e non solo sulla data di presentazione della domanda. Nello specifico, l'obiettivo principale del presente lavoro è quello di creare una modalità operativa che permetta di gestire le liste d'attesa facendo riferimento a criteri biologici, psicologici e sociali: la gravità del caso e la posizione in lista d'attesa, infatti, vengono stabilite sulla base dell'insufficienza di autonomia, sull'insufficienza di un supporto familiare/esterno, sulla presenza di dolore non controllato e di disagio psicosociale.

MATERIALI E METODI

È stata creata una scheda di raccolta-informazioni (Triage Palliativo; Figura 1) composta da 17 domande suddivise in cinque classi relative a:

1. Autosufficienza (5 domande): area che raccoglie informazioni sul grado di autonomia della persona e sulla sua capacità di prendersi cura di sé senza bisogno di supporto esterno^(10,11).
2. Status sociofamiliare (3 domande): area che raccoglie informazioni sulla presenza di supporto familiare e sulla situazione sociale della persona (Figura 1)⁽¹²⁻¹⁴⁾.
3. Dolore (3 domande): area che indaga sulla presenza di dolore cronico, dolore episodico intenso e sull'efficacia della terapia antidolorifica (Figura 1)⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.
4. Disagio psicosociale (3 domande): area che raccoglie informazioni sull'impatto della malattia sul paziente e la famiglia, sulla capacità di adattamento della famiglia alle situazioni stressanti e sullo stato psicoemotivo del paziente^(5,14,19).
5. Terapia complessa (3 domande): area formulata per raccogliere informazioni sul grado di complessità della terapia farmacologica e, di conseguenza, sulla sua facilità di gestione ad opera dello stesso paziente o familiare.

Figura 1. Esempio di domande del Triage

Presenza dolore						
A - Dolore	0		5	Totale		
B - DEI	0		5		<6	NO
C - Terapia antidolore	0		5		≥6	SI

A. 0 = assenza di dolore; 5 = presenza di dolore
 B. 0 = assenza DEI; 5 = presenza DEI
 C. 0 = non necessita terapia antidolorifica; 5 = necessita terapia antidolorifica

Disagio psicosociale						
A - Impatto malattia	0	5	10	Totale		
B - Coping familiare*	0	5	10		<15	NO
C - St. emotivo pz	0	5	10		≥15	SI

A. 0 = pz con disagio lieve; 5 = pz con disagio moderato; 10 = pz con disagio grave
 B. 0 = buono; 5 = mediocre; 10 = assente
 C. 0 = pz sereno; 5 = pz ansioso/depresso; 10 = pz gravemente depresso
 * Livello di funzionamento della famiglia di fronte alla malattia

Terapia Complessa						
A - Gestione terapia	0	5	10	Totale		
B - CVC o port à cath	0		5		<10	NO
C - NPT o NET	0		5		≥10	SI

A. 0 = terapia os; 5 = terapia iniettiva semplice; 10 = terapia complessa
 B. 0 = assenza CVC; 5 = presenza CVC
 C. 0 = assenza nutrizione; 5 = presenza nutrizione

La scheda è stata compilata attraverso un'intervista telefonica effettuata al paziente da personale opportunamente addestrato. In funzione della *combinazione* delle risposte date (e quindi dalla *gravità della situazione*), viene attribuito al paziente un *codice* (bianco, verde, giallo o rosso), che ne determina la posizione in lista di attesa. Tale codice, e di conseguenza la posizione in lista di attesa, può variare nel tempo in caso si modificasse, nel corso di una seconda somministrazione della scheda al paziente, la combinazione delle risposte.

Il processo di assegnazione del codice è stato reso agevole dalla creazione di un *diagramma di flusso* (Figura 2), che guida il somministratore nelle diverse combinazioni delle risposte.

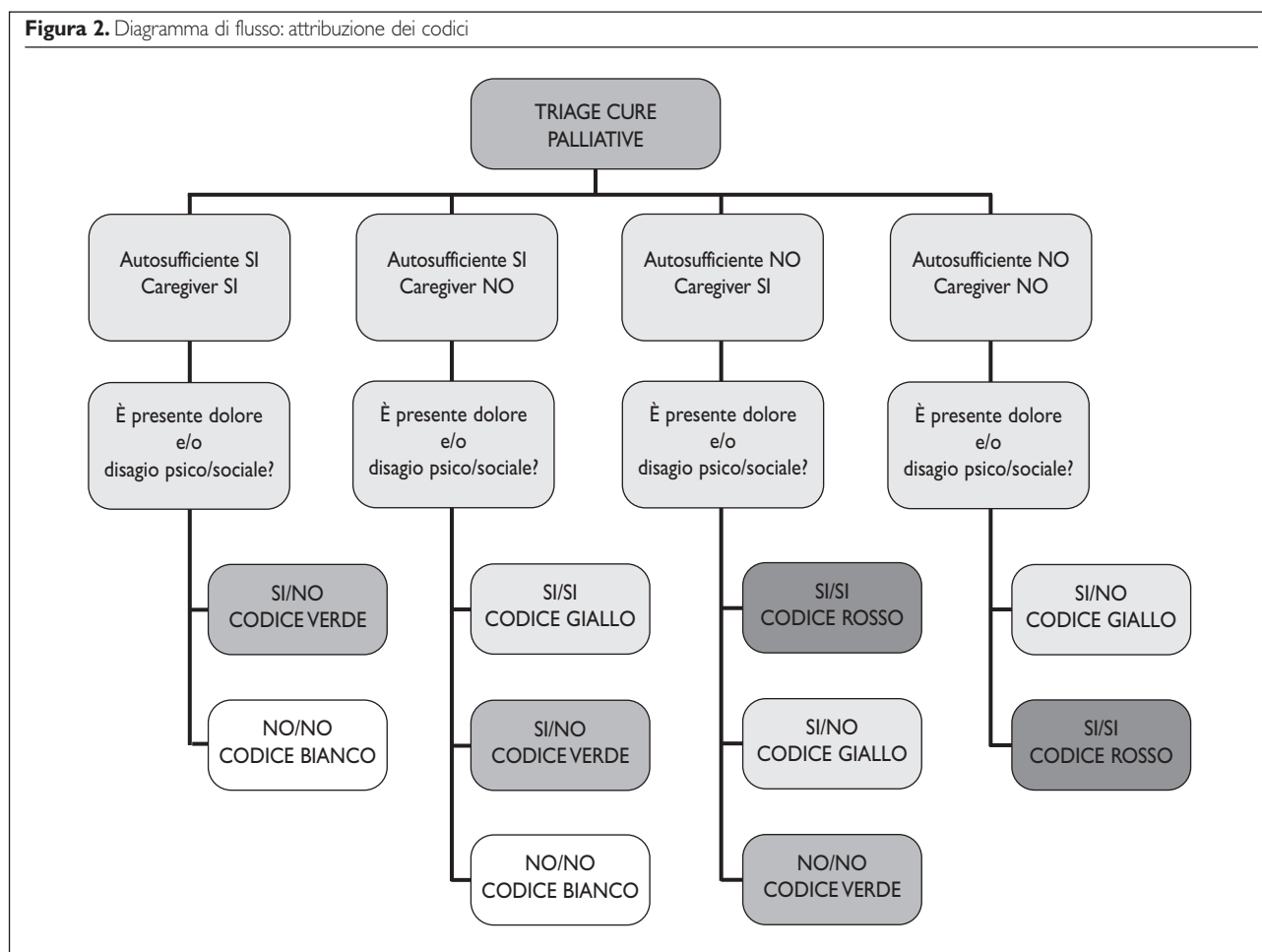
Il questionario è stato somministrato a 80 casi monitorati per un periodo di 50 giorni (periodo indicativo per lo smistamento e riaggiornamento liste). Ogni paziente con il proprio codice è stato seguito attraverso successivi colloqui telefonici a distanza di 4 giorni dal primo contatto, con l'obiettivo di verificare l'andamento della situazione riscontrata inizialmente.

La frequenza osservazionale (ogni 4 giorni) ci ha permesso di monitorare le condizioni di vita e l'andamento della malattia. Il triage palliativo si svolge telefonicamente attraverso una breve intervista condotta da personale addestrato all'uopo. Tale intervista viene eseguita entro le 24 ore dall'arrivo della domanda in hospice e integrata e orientata anche dalle informazioni contenute sulla richiesta di assistenza. Un database raccoglie le informazioni relative al paziente, alla data di ricezione della domanda di assistenza e al codice individuato.

RISULTATI

Gli 80 casi osservati si sono distribuiti come segue: 19 Codice Rosso (CR), 29 Codice Giallo (CG), 17 Codice Verde (CV) e 15 Codice Bianco (CB). Nello specifico, dei 19 casi CR riscontrati 12 sono stati presi in regime residenziale e gli altri 7 sono deceduti nei giorni successivi, prima di poter attivare l'assistenza. Dei 29 CG 7 si sono trasformati (3 colloqui in 12 giornate) in Codice Rosso; 7, per problematiche relative alla

Figura 2. Diagramma di flusso: attribuzione dei codici



gestione del dolore, sono stati gestiti telefonicamente, in accordo con il medico di base, e si sono trasformati in Codice Verde; 15 hanno trovato collocazione in assistenza domiciliare. I 17 CV e i 15 CB sono stati differiti in termini di tempo nella lista di attesa, prima di poterli prendere in carico assistenziale.

DISCUSSIONE

Dai primi risultati sopra riportati emerge, a nostro avviso, che il Triage Palliativo possa essere considerato uno strumento utile ed affidabile nella pratica clinica quotidiana in quanto:

1. fornisce una priorità nella lista basata sull'evidenza clinica;
2. aiuta nello screening tra casi a parità di data di presentazione della domanda nella lista d'attesa;
3. permette di sviluppare una collaborazione con il medico di base, nell'ottica di un'assistenza simultanea alla persona e di favorire, in attesa della presa in carico assistenziale, anche la risoluzione estemporanea di problematiche relative alla gestione del dolore (a volte può bastare una consulenza telefonica per apportare un miglioramento immediato in una situazione di forte disagio);
4. aiuta nel velocizzare la scelta e la presa in carico (database a codici);
5. è uno strumento che attiva una prima conoscenza con il nucleo di appartenenza della persona malata, fornendo all'interlocutore il senso dell'esistenza di un supporto potenziale.

Tali risultati incoraggiano l'ampliamento del campione.

CONCLUSIONI

Gli hospice sono reparti ad alta umanizzazione che devono essere di sostegno al nucleo persona-famiglia. Il Triage Palliativo può essere considerato uno strumento utile a gestire le liste d'attesa non solo ed unicamente sulla data di arrivo della domanda di ricovero. Il riconoscimento e la considerazione della dimensione psicologica e di quella sociale della persona, accanto all'area fisico-biologica, consente una valutazione completa ed *olistica* dei fabbisogni assistenziali. Ciò consente, inoltre, di personalizzare la prestazione rispetto alla richiesta di cure da parte di tutto il "nucleo sofferente".

L'oggettivazione dei criteri di urgenza nella presa in carico promuove la creazione di un linguaggio unico, trasparente e

potenzialmente condivisibile tra le varie strutture che si occupano di cure palliative. La condivisione di tali codici, infatti, permette di superare agevolmente l'*émpasse* comune agli addetti ai lavori. Il Triage Palliativo si propone di oltrepassare le difficoltà incontrate relative al dare precedenza a un caso clinico piuttosto che a un altro sulla base di criteri etici, nel rispetto di una medicina basata sull'evidenza clinica e non sull'evidenza burocratico-amministrativa. Tutto con lo scopo di diminuire il rischio di penalizzare ulteriormente la dimensione di sofferenza della persona malata e di migliorarne la qualità della vita.

Bibliografia

1. Canestrari R, Godino A. *Psicologia generale: Le strade maestre della conoscenza*. Milano: Mondadori, 2000.
2. Spinsanti S. *Introduzione. Quando la medicina si fa materna*. In: Corli O. *Una medicina per chi muore. Il cammino delle cure palliative in Italia*. Roma: Città Nuova, 1988.
3. Morasso G. (A cura di) *Cancro: curare i bisogni del malato. L'assistenza in fase avanzata di malattia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
4. Marasso G, Borreani C, Piu G. *Il supporto psicologico da parte dell'équipe di assistenza, I Convegno Nazionale S.I.C.P. (Società Italiana di Cure Palliative) Rapallo, 8 Ottobre 1988*.
5. Marzi A, Molini A. *L'hospice al servizio del malato oncologico grave e della sua famiglia*. Milano: McGraw-Hill, 2004.
6. Spinanti S. *Bioetica e nursing. Pensare, Riflettere, agire*. Milano: McGraw-Hill, 2001.
7. Corli O. *Che cos'è la medicina palliativa*. In: Corli O. (ed.) *Una medicina per chi muore. Il cammino delle cure palliative in Italia*. Roma: Città Nuova, 1988.
8. Elias N. *La solitudine del morente*. Bologna: Il Mulino, 1985.
9. Abiven M. *Accompagnare il malato terminale*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2001.
10. Gentili P. *Ascolto dei bisogni ed intervento nelle cure ai portatori di cancro in fase terminale*. In: Crocetti G. *Ascolto terapeutico e comunicazione in oncologia*. Roma: Borla, 1992.
11. Toscani F. *Il malato terminale*. Milano: Il Saggiatore, 1997.
12. Leoni M. *L'assistenza psicosociale nella malattia inguaribile*. Assisi: Cittadella Editrice, 1992.
13. Mambriani S. *La comunicazione nelle relazioni di aiuto*. Assisi: Cittadella Editrice, 1992.
14. Grassi L, Biondi M, Costantini A. *Manuale Pratico di psico-oncologia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2003.
15. Mercadante S. *Strategie per il trattamento del dolore. Pregiudizi sull'uso degli oppioidi, vol. 1*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2003.
16. Zavoli S. *Il dolore inutile*. Milano: Garzanti, 2002.
17. Testo estratto da "Fisiopatologia e terapia del dolore". Autori: De Conno F, Martini C, Zecca E. Milano: Masson, 1996.
18. Twycross R, Lack. *Terapie del cancro in fase terminale*. Roma: Verduci Editore, 1991.
19. Saraceni A, Grassi L. *Delirium - acute confusional states in palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2003.