

# Rapporto tra valutazione prognostica e percorso assistenziale in pazienti terminali in un hospice gestito da medici di medicina generale

**Galassi Roberto**

Medicina generale, Unità cure palliative Loreto, AUSL Ancona

**Moscatelli Manuela, Tartufo Ebe**

Centro elaborazione dati, AUSL Ancona

## Riassunto

L'obiettivo di questo studio è stato quello di validare l'utilizzo del Palliative Prognostic Score (PaP Score) presso l'unità di cure palliative di Loreto e valutare in che modo questo strumento condiziona il percorso assistenziale. Si sono cercate inoltre differenze nel piano terapeutico tra pazienti in precedenza seguiti dal medico e quelli conosciuti solo all'entrata in hospice.

I risultati ottenuti mostrano una valida caratterizzazione prognostica da parte del PaP Score nell'hospice. L'analisi degli aspetti del percorso assistenziale considerati mostrano un maggior utilizzo di

morfina e un maggior numero di consulenze dello psicologo nei gruppi con prognosi media superiore a 30 giorni. Non ci sono differenze nel posizionamento di catetere venoso centrale (CVC), tecniche anestesiológicas ed emotrasfusioni tra i tre gruppi prognostici. Vi sono un maggior utilizzo di CVC e un minore ricorso a emotrasfusioni nei pazienti già noti alla struttura.

*Occhio Clinico* 2007; 7: 20

**Parole chiave:** cure palliative; Palliative Prognostic Score; predizione di sopravvivenza

## Abstract

*The objective of this study was to assess and validate the use of the Prognostic Score (PaP Score) at the palliative care unit in Loreto, and at the same time to assess whether, and how, this instrument influences the care process.*

*In addition to this, differences were looked for in the care plans of patients who had been dealt with previously by the doctor, and those who had only been met upon their admission to the hospice.*

*The results found demonstrate that at our hospice the PaP Score is useful in prognostic terms. The analysis of the aspects of the care*

*process considered show greater use of morphine and greater number of sessions with the psychologist in groups with an average prognosis of greater than 30 days. There are no differences in the fitting of the central venous catheter, anaesthesiological techniques and blood transfusions between the three groups. Meanwhile, there is greater use of the CVC and less use of blood transfusions for patients who are already known at the hospice.*

*Occhio Clinico* 2007; 7: 20

**Key words:** Palliative care; Palliative Prognostic Score; Survival prediction

## Introduzione

I programmi di cure palliative hanno tra le loro finalità un'adeguata informazione del paziente e dei familiari e un'adeguata pianificazione terapeutica e delle risorse (Howell 2004).

Ciò può essere ottenuto anche attraverso la caratterizzazione prognostica del paziente neoplastico in fase avanzata (Vigano 1999).

Negli ultimi anni sono stati avviati molti tentativi per individuare fattori prognostici in ambito clinico, biochimico e sintomatologico, nella malattia tumorale terminale (Maltoni 2000, Parkes 1972, Maltoni 1999, Good 2004).

Un gruppo cooperativo italiano ha costruito una caratterizzazione prognostica validata in due casistiche e denominata Palliative Prognostic Score (PaP Score) che, valutando l'insieme di fattori prognostici clinici, biochimici e sintomatologici, identifica tre gruppi di pazienti con diffe-

rente aspettativa di vita (Vigano 2001, Pirovano 1999, Weeks 1998).

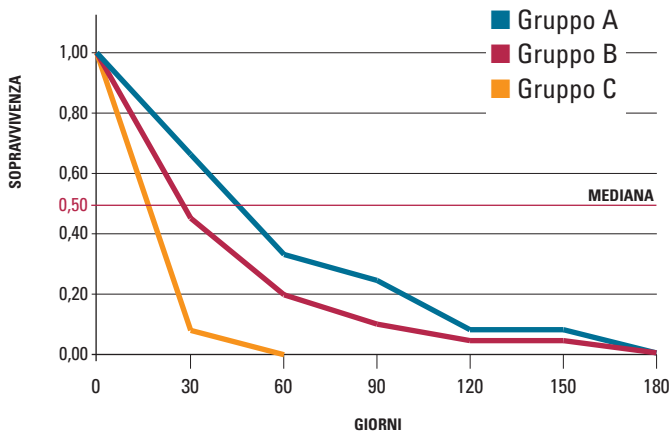
Vengono considerati 34 parametri (disponibili sul sito di *Occhio Clinico*, [www.occhioclinico.it](http://www.occhioclinico.it)) e attraverso un'analisi multivariata viene assegnato un punteggio compreso tra 0 (migliore prognosi) e 17,5 (peggiore prognosi) suddivisi in tre livelli a ciascuno dei quali corrisponde una previsione di sopravvivenza media in giorni:

- tra 0 e 5 = 64 giorni;
- tra 5,5 e 11 = 32 giorni;
- tra 11,5 e 17,5 = 11 giorni.

Il punteggio individuale è dato dalla somma dei punteggi (score) dei singoli parametri.

Scopo del presente studio è validare il PaP Score e valutarne l'utilità di impiego all'interno dell'hospice Loreto, in provincia di Ancona, gestito da medici di medicina generale.

**SOPRAVVIVENZA DELLE TRE CATEGORIE DI RISCHIO** FIGURA 1



**Materiali e metodi**

Lo studio, osservazionale prospettico in aperto, ha valutato gli 80 casi (45 maschi e 35 femmine) dei pazienti afferiti presso l’hospice di Loreto nel 2005.

E’ stato impiegato il Palliative Prognostic Score che veniva compilato dal medico curante del paziente il giorno successivo all’entrata in hospice (quando diventava disponibile il referto degli esami ematochimici). Al secondo giorno del ricovero i pazienti sono stati quindi inseriti in una delle tre classi di rischio (A, B, C):

- 18 nel gruppo A;
- 30 nel gruppo B;
- 32 nel gruppo C.

Per ciascun gruppo è stato creato un grafico di sopravvivenza (giorni di permanenza presso l’hospice) e successivamente i dati dei tre gruppi sono stati sovrapposti per un confronto (figura 1).

Al momento del decesso del paziente veniva compilata una cartella che individuava alcuni aspetti del piano terapeutico (elencati nella tabella 1).

**PROCEDURE RILEVATE DAL PIANO TERAPEUTICO** TABELLA 1

■ utilizzo della morfina
■ posizionamento di catetere venoso centrale (CVC)
■ numero di emotrasfusioni praticate
■ terapia del dolore con tecniche anestesiolgiche
■ numero di consulenze specialistiche richieste
■ intervento dello psicologo

L’insieme dei dati è stato quindi assemblato per mettere in luce possibili differenze di piano terapeutico all’interno dei tre gruppi.

Anzitutto è stata condotta un’analisi del percorso assistenziale intesa a rilevare se un diverso PaP Score determinasse un differente piano terapeutico da parte del medico (Hanks 2002, Letizia 2004).

In secondo luogo sono state valutate le differenze nei percorsi assistenziali dei pazienti da sempre seguiti dal medico di base operante nel centro rispetto ai paziente che afferivano alla struttura da altri comuni e quindi sconosciuti ai medici del centro. Infine, si è valutato il diverso impegno dello psicologo tra le diverse classi di rischio.

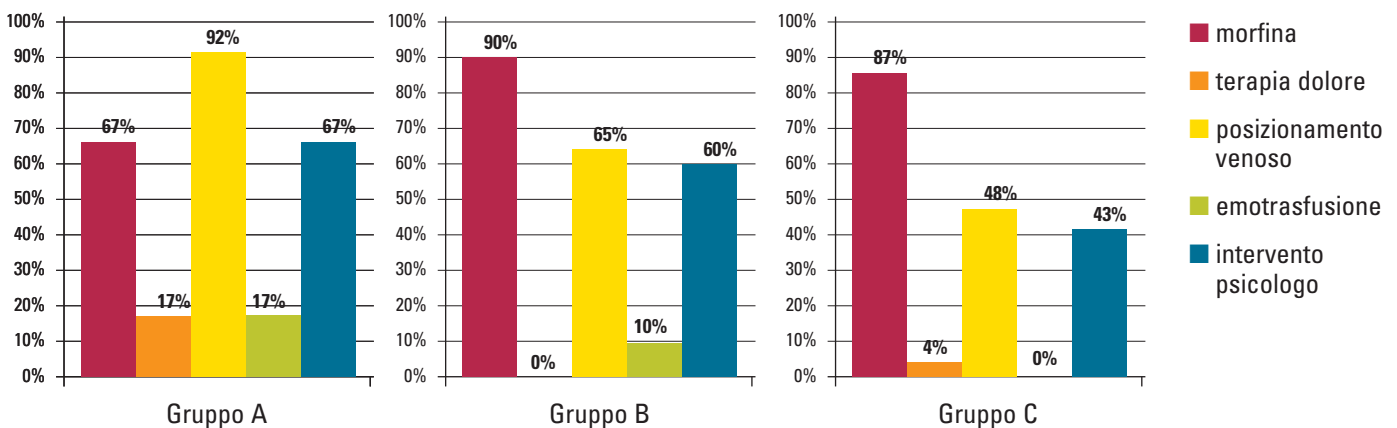
La diversa numerosità del campione all’interno dei tre gruppi ha fatto preferire una visualizzazione delle percentuali di utilizzo dei parametri scelti (figura 2).

**Risultati**

L’insieme dei dati raccolti permette numerose riflessioni sull’attività dei medici del centro.

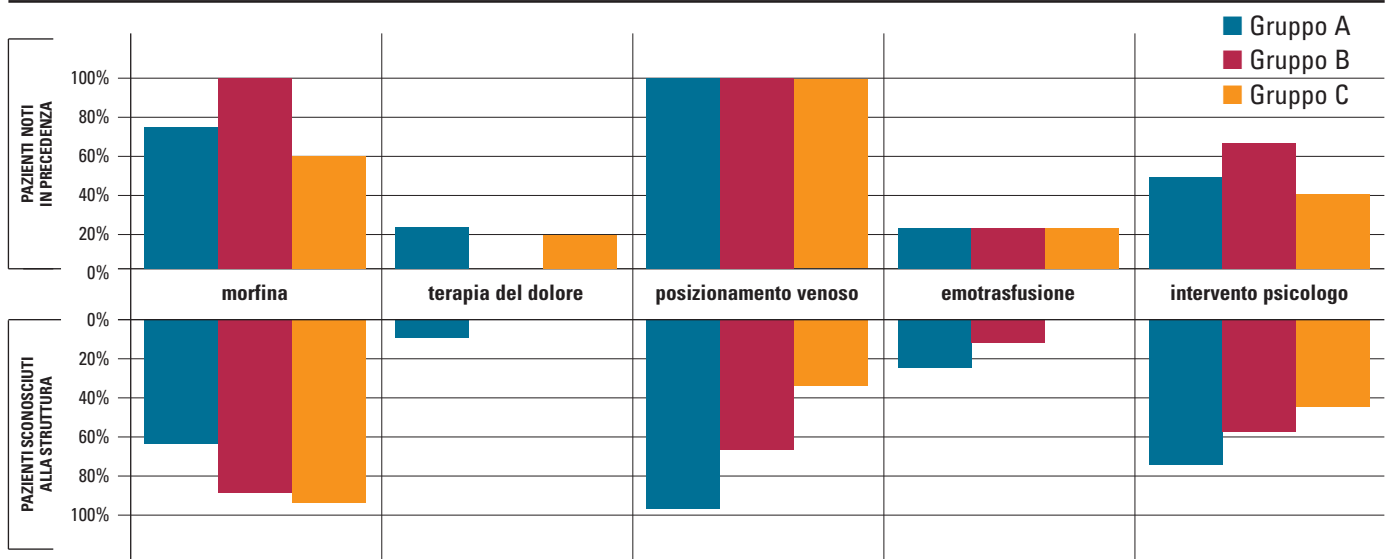
Il ricorso alla morfina è molto praticato in particolare nei pazienti con prognosi peggiore: nei gruppi B e C l’utilizzo di oppioidi forti è compreso tra il 60 e il 100 per cento. L’utilizzo di tecniche per la terapia del dolore presenta una bassa incidenza nei tre gruppi e comunque è maggiore nei pazienti già seguiti in precedenza dal medico. ▶

**PERCENTUALI DEGLI ASPETTI TERAPEUTICI STUDIATI ALL’INTERNO DELLE TRE CATEGORIE DI RISCHIO** FIGURA 2



**CONFRONTO TRA GLI INTERVENTI TERAPEUTICI NEI PAZIENTI GIA' SEGUITI DAL MEDICO RESPONSABILE E IN QUELLI PRIMA SCONOSCIUTI ALLA STRUTTURA**

FIGURA 3



Il posizionamento di CVC è molto frequente in particolare nei pazienti del gruppo A e nei pazienti in precedenza assistiti dal medico: questo dato in parte è spiegato dalla contiguità logistica con i colleghi anestesisti, in parte da una scelta di fondo dell'equipe di garantire per quanto possibile la migliore autonomia anche in fase terminale.

L'utilizzo di emotrasfusioni è scarso e limitato ai pazienti nei gruppi A e B sconosciuti in precedenza al medico. L'intervento della psicologa con i pazienti o familiari è maggiore nei gruppi A e B e in particolare nei pazienti non trattati precedentemente.

**Discussione**

Dalla ricerca emerge anzitutto che il PaP Score è un valido aiuto nella difficile determinazione prognostica dei pazienti terminali: anche se la mediana di sopravvivenza non coincide del tutto con quanto atteso dallo PaP Score, è rilevante la diversa distribuzione nel tempo delle curve dei tre gruppi individuati da tale strumento.

A questo risultato positivo si lega la possibilità di una migliore informazione del paziente e della famiglia, di una adeguata pianificazione terapeutica e del controllo delle risorse (Minotti 1997).

Il secondo dato che emerge è la differenza significativa nel piano terapeutico tra i tre diversi gruppi: conferma l'ipotesi che una prognosi diversa condiziona anche l'operato dell'equipe che assiste paziente.

Il terzo dato riguarda il bias già evidenziato in altri studi derivante dal conoscere o meno il paziente in fase terminale (Minotti 1997, Larue 1995, Shuit 2000).

Infine, l'insieme dei dati raccolti sulla pianificazione terapeutica permette, anche se solo percentualmente, una

valutazione qualitativa del lavoro svolto, una discussione tra pari nell'equipe per programmare per il futuro una migliore azione terapeutica anche sulla base di un confronto con i dati raccolti nel 2006.

*Gli autori ringraziano tutto lo staff dell'Unità di cure palliative dell'hospice di Loreto per aver attivamente partecipato alla raccolta dei dati*

**Bibliografia**

Good PD et al. Survival after enrolment in an Australian palliative care program. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27: 310.

Howell D et al. Integrated care: hospice and palliative care services lead the way. *Int J Palliat Nurs* 2004; 10: 160.

Hanks GW et al. The impact study: a randomised controlled trial to evaluate a hospital palliative care team. *Br J Cancer* 2002; 87: 733.

Larue F et al. Oncologists and primary care physicians' attitude toward pain control and morphine prescribing in France. *Cancer* 1995; 76: 2375.

Letizia M et al. Barriers to caregiver-administration of pain medication in hospice care. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27: 114.

Maltoni M et al. Model for estimation of survival in patients with far advanced cancer. In Portenoy RK et al. *Topics in palliative care*. Oxford: University Press, 2000.

Maltoni M. Et al. Successful validation of the Palliative Prognostic Score in terminal ill cancer patients. Italian multicenter study group on palliative care. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17: 240.

Minotti V et al. Attitudes of Italian general practitioners in the treatment of cancer pain. *Tumori* 1997; 729.

Parkes CM et al. Accuracy of predictions of survival in later stages of cancer. *Br Med J* 1972; 2 (5804): 29.

Pirovano M et al. A new Palliative Prognostic Score. A first step for the staging of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17: 231.

Shuit KW et al. The effects of a postgraduate course on opioid-prescribing of general practitioners. *J Cancer Educ* 2000; 15: 214.

Vigano A et al. The relative accuracy of the clinical estimation of the duration of life for advanced cancer. *Cancer* 1999; 86: 170.

Vigano et al. Survival prediction in terminal cancer patients: a systematic review of the medical literature. *Palliat Med* 2001; 14: 363.

Weeks JC et al. Relationship between cancer patient predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA* 1998; 279: 1709.