

Confronto tra due strumenti di screening per l'identificazione precoce di pazienti fragili con bisogno di approccio palliativo nelle cure primarie

Comparing two screening tools for the early identification of frail patients needing palliative approach in primary care

Federica Pagliei², Renato Fanelli¹, Renata Calzedda¹, Ilaria Miano², Loris Pagano¹

¹SIMG Roma, ²Università degli Studi di Roma La Sapienza



Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Confronto tra due strumenti di screening per l'identificazione precoce di pazienti fragili con bisogno di approccio palliativo nelle cure primarie
Rivista SIMG 2023;30 (03):30-37.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

ABSTRACT La transizione demografica verso l'invecchiamento della popolazione comporta una maggiore attenzione alla fragilità. In questo studio, dei 2780 pazienti, seguiti da tre MMG, ne sono stati estratti 51 con alto grado di fragilità al Frailty-HS index (età media 85 anni) a cui sono stati somministrati lo SPICT-IT e il NECPAL test al tempo zero (T0) e dopo 3 mesi (T1) per valutare variazioni dello stato di salute e l'eventuale arruolabilità in cure palliative.

Al T0, n=41 risultavano positivi allo SPICT-IT e n=20 al NECPAL. Al T1 su n=48 pazienti (3 deceduti) i positivi allo SPICT-IT erano n=38, e di questi n=24 stabili, n=12 peggiorati e n=4 migliorati. Il NECPAL evidenziava n=17 assistiti con necessità di approccio palliativo, di cui n=8 erano stabili, n=9 peggiorati e n=3 migliorati. Al T0 il 95% del campione positivo al NECPAL è contemporaneamente positivo allo SPICT-IT, ma solo il 46% del campione positivo allo SPICT-IT lo è al NECPAL. Un solo caso evidenziato dallo SPICT-IT aveva chiesto di ricevere cure palliative a fronte dei 10 evidenziati dal NECPAL. È difficile stabilire una superiorità tra i due questionari. Il NECPAL risente di una maggiore soggettività da parte del medico a causa della domanda sorprendente. I due strumenti risultano complementari e la contemporanea somministrazione nel paziente con elevato rischio di fragilità può permettere l'adozione tempestiva di un approccio palliativo ed un percorso di assistenza più appropriato.

Demographic transition towards an ageing population entails greater attention to fragility. In this study, n=51 patients (mean age 85 years) with a high degree of fragility were selected by the Frailty-HS index from 2780 subjects followed by three GPs. Both the SPICT-IT and NECPAL tests were administered at enrollment (T0) and after 3 months (T1) to evaluate changes in health status and possible admittance to palliative care. At T0, n=41 patients were positive to SPICT-IT and 20 to NECPAL. At T1 out of n=48 patients (3 deaths) the positives to SPICT-IT were n=38: n=24 stable, n=12 worsened and n=4 improved. The NECPAL highlights n=17 patients with the need for a palliative approach, of which n=8 remain stable, n=9 worsen, and n=3 improved. At T1 95% of the NECPAL positive sample was simultaneously positive to SPICT-IT, but only 46% of the positives to SPICT-IT were positive to NECPAL at T0. Only one patient highlighted by SPICT-IT asked to receive palliative care compared to n=10 of NECPAL.

It is difficult to establish superiority between the two questionnaires. NECPAL suffers from greater subjectivity by physicians because of the surprising question. The two tools are complementary and the simultaneous administration to patients with a high risk of fragility may allow the timely adoption of a palliative approach and a more appropriate care.

Parole chiave/Key words: fragilità, cure palliative, SPICT-IT

INTRODUZIONE

Verso la fine del Novecento inizia quella che alcuni demografi definiscono la seconda transizione demografica, la quale comprende un ulteriore e drastico calo della natalità e della mortalità con un forte invecchiamento della popolazione. Questo fenomeno ha avuto inizio in alcuni paesi come l'Italia e il Giappone, che sono infatti i più "vecchi" al mondo e si è poi esteso, soprattutto in Europa.¹ Con l'avanzare dell'età vi è un rischio maggiore di fragilità, intesa come un complesso di sintomi caratterizzato da uno stato di

ridotta tolleranza allo stress dovuto al declino nel funzionamento degli organi a causa di vari fattori come la sarcopenia, i deficit nutrizionali, i cambiamenti ormonali e l'aumentato stato infiammatorio.² Questo status fisiopatologico insorge quando i sistemi di compenso che mantengono l'omeostasi dell'individuo si esauriscono, perché resi inefficaci dall'avanzare dell'età e/o da esiti di patologie acute, oppure sono già in atto a compensare una funzione danneggiata o una disabilità acquisita e non possono perciò intervenire su ulteriori fronti.³ La sua prevalenza aumenta con l'età indipendentemente dagli strumenti di valutazione e varia tra

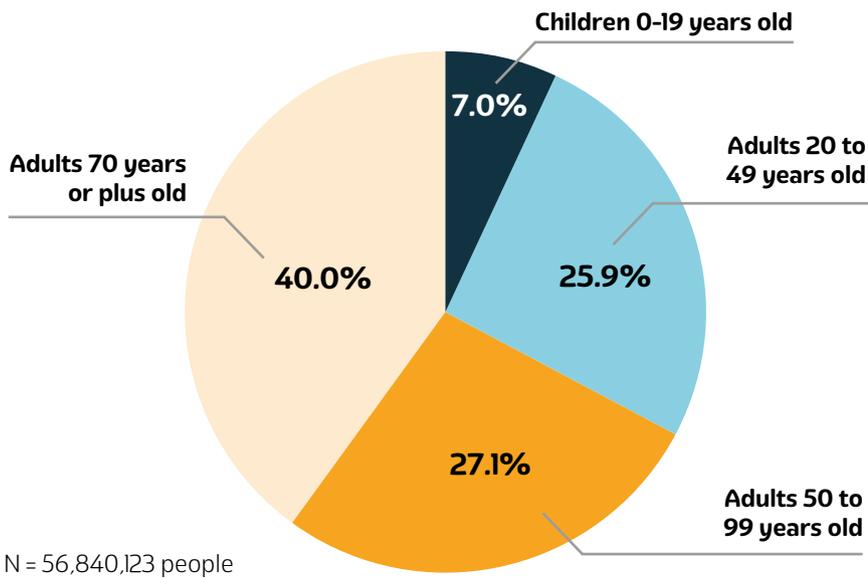


Figura 1 - Distribuzione per fasce d'età dei 56.8 milioni di persone stimate nel mondo con necessità di cure palliative ogni anno. (Global Atlas of Palliative Care, 2020)

può essere interpretata come una forma di azione terapeutica che serve a mitigare i problemi causati da una malattia, senza lo scopo di risolverla o curarla.

La sua sfera di influenza riguarda situazioni compromesse nel processo cronicodolore-morte e nei meccanismi adottati per fuorviare il dolore o affrontarlo, minandone la forza; il loro significato è carico di connotazioni culturali, religiose, sociali, scientifiche e tecnologiche.⁴

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n.38 del 15 marzo 2017⁵ definisce e aggiorna i livelli essenziali di assistenza (LEA) nel nostro paese; le cure palliative vengono ampliate ed applicate alle fasi precoci della malattia incurabile ad evoluzione sfavorevole. L'OMS le ha definite come "un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e di altre problematiche di natura fisica, psicologica, sociale e spirituale".

Si stima che in tutto il mondo oltre 56.8 milioni di persone necessitano di cure palliative ogni anno, di cui 25.7 milioni verso la fine della vita.⁶ (Figura 1)

il 4% ed il 59% nella popolazione anziana residente in comunità, ed è maggiore nelle donne. L'attuale tasso di fragilità nella popolazione dipende dalla prevalenza delle

malattie croniche incluse la depressione, lo stato nutrizionale, il background socio-economico e lo stato educativo.² In ambito assistenziale, l'azione palliativa

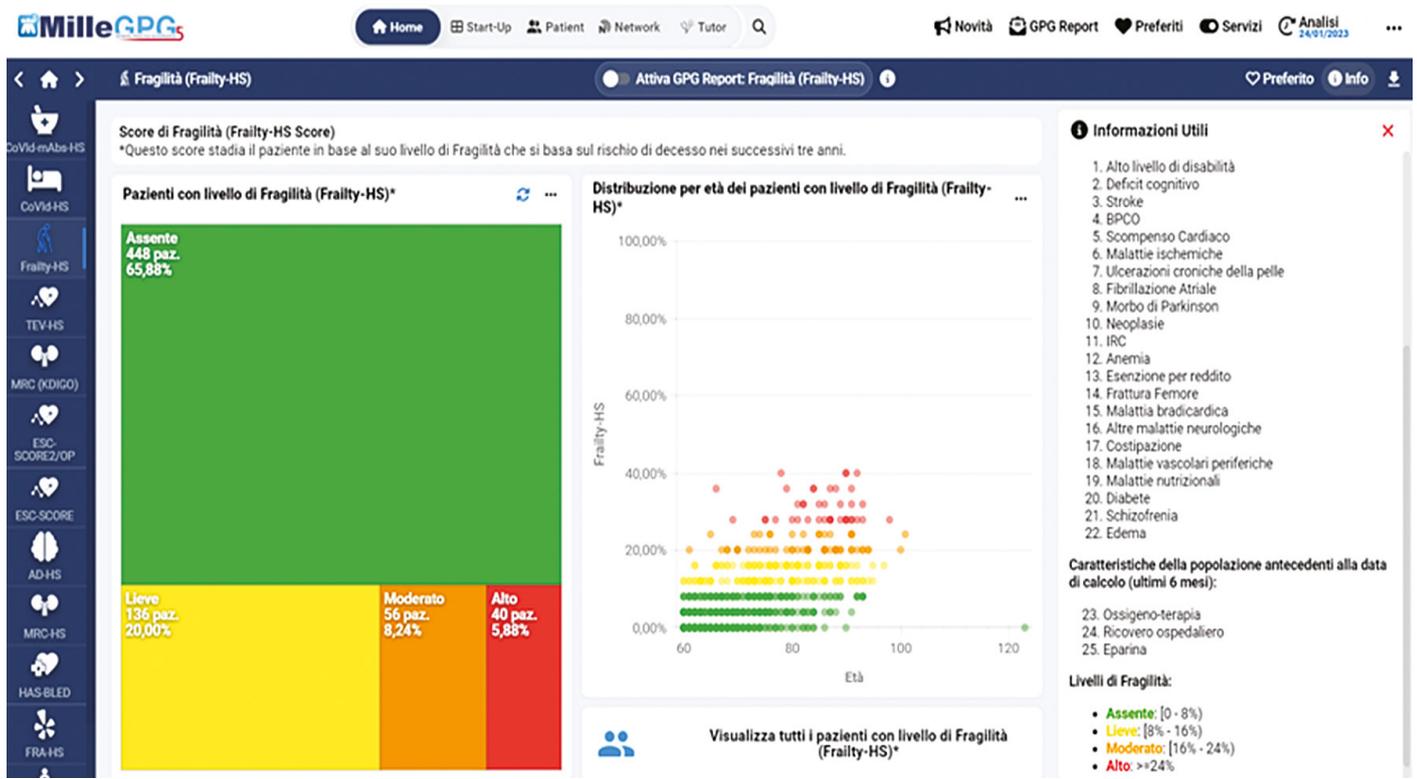


Figura 2 - Frailty HS Score

 Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)		
<p>The SPICT™ is used to help identify people whose health is deteriorating. Assess them for unmet supportive and palliative care needs. Plan care.</p> <p>Look for any general indicators of poor or deteriorating health.</p> <ul style="list-style-type: none"> Unplanned hospital admission(s). Performance status is poor or deteriorating, with limited reversibility. (eg. The person stays in bed or in a chair for more than half the day.) Depends on others for care due to increasing physical and/or mental health problems. The person's carer needs more help and support. The person has had significant weight loss over the last few months, or remains underweight. Persistent symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s). The person (or family) asks for palliative care; chooses to reduce, stop or not have treatment; or wishes to focus on quality of life. 		
<p>Look for clinical indicators of one or multiple life-limiting conditions.</p>		
<p>Cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> Functional ability deteriorating due to progressive cancer. Too frail for cancer treatment or treatment is for symptom control. <p>Dementia/ frailty</p> <ul style="list-style-type: none"> Unable to dress, walk or eat without help. Eating and drinking less; difficulty with swallowing. Urinary and faecal incontinence. Not able to communicate by speaking; little social interaction. Frequent falls; fractured femur. Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia. <p>Neurological disease</p> <ul style="list-style-type: none"> Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy. Speech problems with increasing difficulty communicating and/or progressive difficulty with swallowing. Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure. Persistent paralysis after stroke with significant loss of function and ongoing disability. 	<p>Heart/ vascular disease</p> <ul style="list-style-type: none"> Heart failure or extensive, untreatable coronary artery disease; with breathlessness or chest pain at rest or on minimal effort. Severe, inoperable peripheral vascular disease. <p>Respiratory disease</p> <ul style="list-style-type: none"> Severe, chronic lung disease; with breathlessness at rest or on minimal effort between exacerbations. Persistent hypoxia needing long term oxygen therapy. Has needed ventilation for respiratory failure or ventilation is contraindicated. <p>Other conditions</p> <ul style="list-style-type: none"> Deteriorating and at risk of dying with other conditions or complications that are not reversible; any treatment available will have a poor outcome. 	<p>Kidney disease</p> <ul style="list-style-type: none"> Stage 4 or 5 chronic kidney disease (eGFR < 30ml/min) with deteriorating health. Kidney failure complicating other life limiting conditions or treatments. Stopping or not starting dialysis. <p>Liver disease</p> <ul style="list-style-type: none"> Cirrhosis with one or more complications in the past year: <ul style="list-style-type: none"> diuretic resistant ascites hepatic encephalopathy hepatorenal syndrome bacterial peritonitis recurrent variceal bleeds Liver transplant is not possible.
<p>Review current care and care planning.</p> <ul style="list-style-type: none"> Review current treatment and medication to ensure the person receives optimal care; minimise polypharmacy. Consider referral for specialist assessment if symptoms or problems are complex and difficult to manage. Agree a current and future care plan with the person and their family. Support family carers. Plan ahead early if loss of decision-making capacity is likely. Record, communicate and coordinate the care plan. 		

Figura 3 - SPICT-IT (Casale et al, 2020)

MATERIALE E METODI

Lo studio è stato condotto utilizzando uno score composito di fragilità "Frailty-HS", sviluppato dall'istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG), per l'identificazione dei pazienti più fragili con necessità di approccio palliativo. Tramite la combinazione di 25 deficit (tre dei quali devono essere presenti negli ultimi sei mesi) si ottiene

una percentuale associata al rischio di decesso dell'assistito nel corso dei successivi tre anni di follow up. I pazienti vengono pertanto suddivisi in: rischio assente (0-8%), lieve (8-16%), moderato (16-24%) o alto (>24%). (Figura 2)

Dal totale dei 2780 assistiti di tre diversi ambulatori di Medicina Generale a Roma, sono stati estratti 51 pazienti ad alto livello di fragilità ed età media di 85 anni (il Frail-

ty-HS score seleziona i pazienti con elevato grado di fragilità con età >65 anni, a cui è stato aggiunto un solo caso con età inferiore ma con diagnosi di patologia a prognosi infausta accertata), e sottoposti allo SPICT-IT e al NECPAL test al tempo zero (T0) a settembre 2022 e tre mesi dopo (T1), a dicembre 2022.

SPICT-IT E NECPAL

Lo SPICT-IT è uno strumento di valutazione sviluppato nel 2010 dal Primary Care Research Group dell'università di Edimburgo, utilizzato per l'identificazione dei pazienti affetti da una o più patologie croniche in fase avanzata, a rischio di deterioramento clinico e di morte, al fine di impostare dei percorsi di cure palliative precoci, senza finalità prognostica. Consente, inoltre, di valutare l'assistenza palliativa già in atto in modo da evidenziare, se esistono, bisogni non soddisfatti del paziente o se lo stesso presenta segni clinici di aggravamento. Lo SPICT™ è disponibile in anche in lingua italiana. ⁷ (Figura 3)

Il NECPAL è uno strumento di screening che si propone di identificare i pazienti con una condizione cronica avanzata e grave, al fine di attivare un approccio palliativo precoce orientato al miglioramento della QoL dei pazienti. Viene ritenuto "positivo" in caso di risposta negativa alla domanda sorprendente "Ti stupiresti se questo paziente morisse nell'arco dei prossimi 12 mesi? No" e se almeno uno dei criteri clinici o laboratoristici è contemporaneamente presente ⁸. (Figura 4 parte 1 e Figura 4 parte 2)

Non esiste un numero minimo di indicatori per stabilire la necessità di cure palliative di base o specialistiche, ma si può ritenere che la presenza di due indicatori generali di deterioramento clinico e un indicatore specifico di patologia siano significativamente correlati alla necessità di instaurare un approccio palliativo al paziente ⁷.

RISULTATI

Tempo 0

Al T0 il campione è costituito da 51 pazienti, classificati a rischio elevato in base al Frailty-HS index, di cui 41 (80% del campione) risultano positivi allo SPICT-IT e quindi arruolabili in un percorso di assistenza e cura. L'età media dei positivi è 86 anni, la media dei negativi è 82 anni. I positivi sono rappresentati per il 73% da donne (n=30) ed il 27% da uomini (n=11). Al NECPAL invece risultano positivi 20 pa-

zienti ovvero il 39% del campione totale, di cui il 70% (n=14) sono donne e il 30% (n=6) sono uomini. L'età media dei pazienti positivi è 84 anni e l'età media dei negativi è 85 anni.

Tra i pazienti che necessitano di approccio palliativo, solo dieci di loro hanno risposto positivamente alla domanda "Il paziente con malattia in fase avanzata o il suo principale caregiver hanno richiesto un approccio palliativo, in modo esplicito o implicito?"

Propongono una limitazione o rifiutano trattamenti specifici con finalità curative?". (Figura 5)

Tempo 1

Al T1 il campione è costituito da un totale di n=48 pazienti. Lo SPICT-IT evidenzia n=38 positivi e n=10 negativi per approccio palliativo, il 68% dei positivi sono donne e il 32% sono uomini. 24 pazienti rimangono stabili durante le due valutazioni mentre

n=4 migliorano di cui solo due risultano negativi al T1. 12 pazienti peggiorano e due di loro divengono negativi nella seconda valutazione.

Il NECPAL invece evidenzia n=17 positivi, il 70% sono donne ed il 30% uomini. Tra i positivi, n=8 di loro rimangono stabili, n=3 migliorano non necessitando più di approccio palliativo, mentre n=9 peggiorano di cui n=3 sono diventati positivi in questa seconda valutazione.

1. LA DOMANDA SORPRENDENTE - Una domanda intuitiva che considera in modo integrato comorbidità, aspetti sociali e altri fattori		
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
2. SCELTA/RICHIESTA O BISOGNO - Esaminare se alcune risposte alle seguenti domande sono affermative		
Scelta/Richiesta: Il paziente con malattia in fase avanzata o il suo principale caregiver hanno richiesto un approccio palliativo, in modo esplicito o implicito? Propongono una limitazione o rifiutano i trattamenti specifici con finalità curative?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bisogni: Ritieni che questo paziente richieda in questo momento cure palliative o un trattamento con approccio palliativo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. INDICATORI CLINICI GENERALI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE - valuta l'eventuale presenza dei seguenti criteri di gravità e fragilità estrema		
Marcatori Nutrizionali, almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> • Severità: albumina serica < 2,5g/dl non correlato a eventi acuti • Progressione: perdita di peso >10% • Percezione clinica di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Marcatori funzionali, almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> • Severità: dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel <25, ECOG>2 o kamofsky <50%) • Progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento terapeutico • Percezione clinica di un deterioramento funzionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non legato a condizioni intercorrenti 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Altri marcatori di severità e fragilità estrema, almeno 2 dei seguenti negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> • Ulcere da decubito croniche (III-IV grado) Infezioni ricorrenti (>1) • Stato confusionale acuto (delirium) • Disfagia persistente • Cadute (>2) 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di stress emotivo con sintomi psicologici (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ulteriori fattori di utilizzo di risorse. Una qualsiasi delle seguenti: <ul style="list-style-type: none"> • 2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche, nell'ultimo anno • Necessità di cure complesse/intense continue, sia in un istituto di cura che al domicilio 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comorbidità ≥ 2 patologie concomitanti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE PER PATOLOGIA - esplora la presenza di criteri oggettivi di prognosi infausta per le seguenti patologie:		
Cancro (è sufficiente la presenza di un criterio)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi: neoplasie polmone, pancreas ed esofago) che presenti scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione durante il trattamento o metastasi di organi vitali (SNC, fegato, grave disseminazione polmonare) <ul style="list-style-type: none"> • Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%) • Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Figura 4 (parte 1) - NECPAL versione italiana dall'originale di Gómez et al 2014

DISCUSSIONE

È difficile stabilire una superiorità assoluta tra i due questionari, poiché i risultati andrebbero rivalutati nel tempo, coinvolgendo diversi MMG nel territorio. Dal nostro studio emerge che al TO i pazienti positivi allo SPICT-IT erano n=41 a confronto dei n=20 positivi al NECPAL, 19 dei quali sono risultati positivi anche allo SPICT-IT, mentre un solo paziente positivo al NECPAL è

contemporaneamente negativo allo SPICT-IT. Da questo si potrebbe erroneamente desumere che lo SPICT-IT sia maggiormente puntuale nel valutare la necessità di cure palliative. In realtà la risposta negativa alla domanda sorprendente “Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro prossimi 12 mesi? No”, necessaria per la positività al questionario, restituisce al NECPAL una maggiore soggettività da parte del medico rispetto allo SPICT-IT. Inoltre, il NECPAL

ha criteri maggiormente stringenti per quanto riguarda gli indicatori generali di gravità e progressione e gli indicatori clinici specifici di gravità e progressione per patologia. Infatti, il 95% del campione positivo al NECPAL è contemporaneamente positivo allo SPICT-IT, che d'altra parte presenta criteri clinici più generali. Tuttavia, lo SPICT-IT indaga la richiesta di cure palliative “La persona (o la sua famiglia) chiede di ricevere cure palliative; sceglie di

MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di due o più dei seguenti criteri)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
<ul style="list-style-type: none"> • Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia • Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato • Nel caso si disponga dei test respiratori criteri di ostruzione severa: FEV1 <30 o criteri di deficit restrittivo severo: CV forzata <40, DLCO <40 • Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa: presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso • Insufficienza cardiaca sintomatica • Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche) 		
MALATTIE CARDIACHE (presenza di due o più dei seguenti criteri)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
<ul style="list-style-type: none"> • Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile • Dispnea a riposo o per sforzi minimi. • Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato • In caso si disponga di Ecocardiografia: frazione di eiezione gravemente ridotta (< 30) o ipertensione polmonare severa (Pressione polmonare > 60 mmHg) • Insufficienza renale (FG <30) • Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco/cardiopatia ischemica (> 3 nell'ultimo anno) 		
MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE (1) Stroke (richiede la presenza di un solo criterio)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
<ul style="list-style-type: none"> • Durante la fase acuta e subacuta (< 3 mesi post-stroke): stato vegetativo persistente o di minima coscienza > 3 giorni • Durante la fase cronica (> 3 mesi post-stroke): complicanze mediche ripetute (polmonite ab ingestis, nonostante misure antidisfagia), pielonefriti (> 1), febbre ricorrente nonostante terapia antibiotica (febbre persistente dopo antibioticoterapia per più di 7 giorni), lesioni da decubito persistenti in stadio III-IV o demenza severa post-stroke 		
MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE (2): SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza di due o più dei seguenti criteri)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
<ul style="list-style-type: none"> • Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale • Sintomi complessi e di difficile controllo • Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare • Disfagia progressiva • Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria 		
MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
<ul style="list-style-type: none"> • Cirrosi avanzata Child C (determinato in assenza di complicanze o dopo trattamento ottimale), MELD-Na score > 30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite refrattaria, sindrome epatorenale o emorragia digestiva alta da ipertensione portale con fallimento del trattamento farmacologico ed endoscopico e assenza di indicazioni per trapianto o TIPS • Carcinoma epatocellulare: presente in stadio C o D (Barcellona Clinic Liver Cancer) 		
MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
<ul style="list-style-type: none"> • Insufficienza renale grave (FG < 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati 		
DEMENZA (presenza di due o più dei seguenti criteri)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
<ul style="list-style-type: none"> • Criteri di gravità: incapacità a vestirsi, lavarsi o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c), incontinenza doppia (GDS/FAST 6d-e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata, 6 o meno parole intelleggibili (GDS/FAST 7)(Global Deterioration Scale/Function Assessment Staging Test) • Criteri di progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL negli ultimi 6 mesi nonostante un intervento terapeutico adeguato (non imputabile ad una situazione acuta per processo intercorrente) o presenza di difficoltà alla deglutizione, o rifiuto del cibo, in pazienti che non riceveranno nutrizione enterale o parenterale • Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (> 3 in 12 mesi, per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite, setticemia, etc. che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo) 		

Figura 4 (parte 2) - NECPAL versione italiana dall'originale di Gómez et al 2014

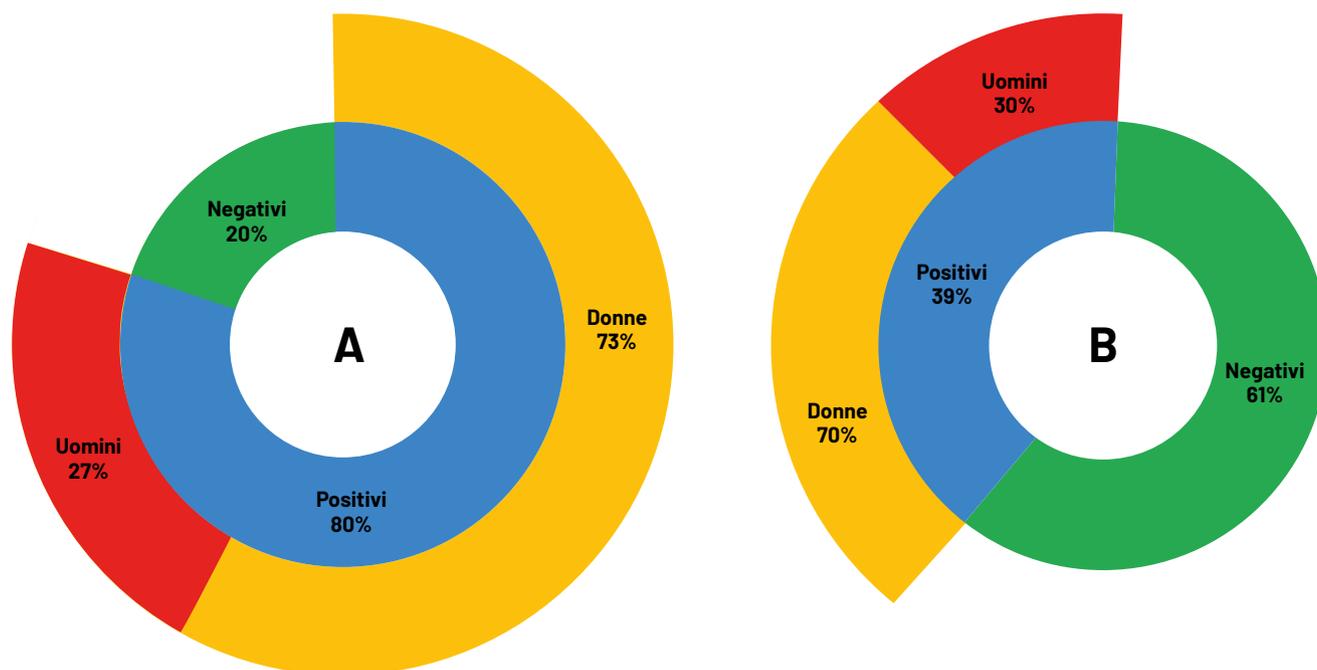


Figura 5 - Risultati al T0 sui 51 pazienti dello studio.

(A) SPICT-IT mostra n= 41 pazienti (80% del campione) arruolabili per un percorso di cura palliativa.

Il 73% dei positivi è rappresentato da donne.

(B) NECPAL rileva n= 20 pazienti positivi per un percorso palliativo (39% del campione).

Il 70% dei positivi sono donne.

ridurre, sospendere o non iniziare nuovi trattamenti?” ma non l’approccio palliativo, e solo 1 paziente risulta positivo al tempo zero, mentre il NECPAL indagando sia la richiesta di approccio palliativo da parte del paziente o del suo caregiver, che la considerazione da parte del MMG di necessità di approccio alle cure palliative, risulta positivo in ben n=10 pazienti al T0. Pertanto, utilizzando questi due strumenti in maniera complementare abbiamo potuto concludere che dei 42 (41 positivi allo SPICT e al NECPAL, ed 1 positivo solo al NECPAL) pazienti positivi e bisognosi di approccio palliativo soltanto n=10 ne avevano effettivamente fatto richiesta. Questo risultato è sicuramente uno dei dati più interessanti, poiché grazie a questi strumenti abbiamo potuto intercettare tra i pazienti con alto grado di fragilità quelli che necessitavano di essere indirizzati verso un particolare tipo di assistenza che ha determinato un calo dell’ulteriore peggioramento delle loro condizioni cliniche, apportando un miglioramento sostanziale nel QoL dell’assistito. Inoltre, i pazienti che sono peggiorati nonostante l’approccio palliativo hanno tuttavia evitato eventi acuti ed ospedalizzazioni a 3

mesi. In conclusione, grazie al Frailty-HS score è possibile rintracciare da parte del MMG all’interno del gruppo di assistiti quel cluster di pazienti con bisogni di salute differenti e che necessitano di un’assistenza socio-sanitaria diversa da quella proposta al paziente con un livello di fragilità assente, lieve o moderato. Vi è la necessità di accompagnare alla semplice gestione del paziente una valutazione con strumenti validati come NECPAL e SPICT-IT al fine di poter individuare in maniera precoce ed oggettiva, all’interno del gruppo dei più fragili, gli assistiti con bisogno di approccio palliativo. In aggiunta il tempo di somministrazione dei questionari, singolarmente, è stato rispettivamente 2 minuti per lo SPICT-IT e 3 minuti per il NECPAL, ma valutati contemporaneamente, nello stesso assistito il tempo di somministrazione si riduce a circa 3 minuti totali.

Entrambi si sono rivelati facili strumenti di utilizzo per cui si ha necessità della sola cartella clinica e della conoscenza del paziente. Pertanto, i due strumenti sono in verità complementari e la contemporanea somministrazione nel paziente con alto rischio di fragilità, può permettere l’adozione tem-

pestiva di un approccio palliativo che possa stabilizzare il paziente più a lungo possibile nel tempo riducendo l’insorgenza di eventi acuti, la pressione sulle strutture emergenziali del SSN, i ricoveri non programmati, oltre che migliorare la QoL ed il fine vita del paziente.

Bibliografia

1. Grazioli C. et al, *Le transizioni demografiche nel mondo e nel Mediterraneo*, Novecento.org, 2015, n. 4
2. Rohrmann S. *Epidemiology of Frailty in Older People*. In: Veronese, N. (eds) *Frailty and Cardiovascular Diseases*. *Adv Exp Med Biol* 2020;1216:....
3. Petrone L, et al. *Le problematiche del paziente complesso nel setting delle cure primarie e della Medicina Generale*. *Rivista SIMG* 2017, vol.24, n.5
4. Siles González J, et al. *Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa [The cultural history of palliative care in primitive societies: an integrative review]*. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46:1015-22.
5. Legge 38 del 15 Marzo 2010: “Disposizioni

per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore"

6. Global Atlas of Palliative Care 2020, WHPCA

7. Di Maggio E., et al. Identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative da parte del medico di medicina generale: utilizzo dello SPICT IT quale strumento valutativo nell'ambulatorio del medico di famiglia. Rivista SIMG 2020, vol.27, n.4, 18-22

8. Franzetti A, et al Il medico di medicina generale e l'identificazione precoce dei pazienti con bisogni di cure palliative. SPICT e NECPAL a confronto, in una popolazione

selezionata di pazienti cronici in Regione Lombardia. Cure Palliative 2020; 22: 8-12

9. Abete P, et al, La comorbilità nell'anziano: epidemiologia e caratteristiche cliniche. Giornale di Gerontologia, 2004, 52, 267-272

10. Casale G, et al. Supportive and palliative care indicators tool (SPICT™): content validity, feasibility and pre-test of the Italian version. BMC Palliat Care, 2020;19:79

11. Fried LP, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56:M146-156.

12. Fried LP, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004;59:255-263.

13. Gómez-Batiste X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. Palliat Med 2014;28:302-311.

14. Proietti, et al. Frailty: What Is It?. In: Veronese, N. (eds) Frailty and Cardiovascular Diseases. Adv Exp Med Biol 2020;1216.

Tabella 1A - Gli indicatori clinici più frequenti per incidenza, rapportati al totale dei positivi, che necessitano di approccio palliativo secondo lo SPICT-IT

INDICATORI CLINICI	SPICT-IT
Demenza/ fragilità: incapacità nel vestirsi, camminare o mangiare senza aiuto	73% (n= 30)
Patologia neurologica: deterioramento funzioni fisiche e/o cognitive, nonostante terapia ottimale	80% (n=33)
Patologia renale: insufficienza renale che complica altre patologie a prognosi infausta oppure complica la somministrazione di altri trattamenti	41% (n=17)
Patologia cardiaca: scompenso cardiaco o malattia coronarica estesa, non trattabile, con affanno o dolore toracico a riposo per sforzi lievi	31% (n=13)
Cancro	10% (n=4)
Patologia respiratoria	10% (n=4)
Patologia epatica	2% (1)

Tabella 1B - Gli indicatori clinici più frequenti per incidenza, rapportati al totale dei positivi, che necessitano di approccio palliativo secondo il NECPAL

INDICATORI CLINICI	NECPAL
Malattia cardiaca	45% (n=9)
Demenza	40% (n=8)
Malattie neurologiche croniche: SLA, malattia del motoneurone, SM e PD	30% (n=6)
Malattia polmonare cronica	25% (n=5)
Cancro	20% (n=4)
Malattia renale cronica grave	10% (n=2)
Malattia epatica cronica grave	5% (n=1)

Tabella 2 - Risultati dello SPICT-IT e del NECPAL al T1

TEMPO 1	SPICT-IT	NECPAL
Positivi	38	17
Negativi	10	21
Donne positive	68%	70%
Uomini positivi	32%	30%
Stabili	24	8
Migliorati	4 (-2)	(-3)
Peggiorati	12 (+2)	9 (+3)