

comunicazione volte a facilitare il cambiamento richiesto (ad esempio, coinvolgimento degli opinion leader)?

2. Vi è un adeguato schema di incentivazione che risponde alle domande: quanto, chi e per quanto tempo? Il meccanismo di incentivi dovrebbe tendere a rendere duraturo il comportamento clinico anche in sua assenza (in realtà si è osservato che i comportamenti decadono nel momento in cui l'incentivo viene eliminato).
3. Vi è un chiaro collegamento fra le misure identificate e le modalità di raggiungimento, e quindi erogazione, degli incentivi.

Infine nelle conclusioni gli autori simulano le risposte a queste domande utilizzando, come casi, cinque programmi di P4P già implementati. Nessuno dei cinque programmi risponde in modo affermativo a tutte e sei le domande preliminari, ma questo, sostengono gli autori, è comprensibile e non deve preoccupare. Ciò che deve preoccupare sono i 'no' alle prime tre domande: se non vi sono evidenze cliniche certe, non si conoscono gli andamenti e i comportamenti dei professionisti prima dell'intervento oppure non vi sono indicatori capaci di misurare il cambiamento richiesto, allora è meglio non adottare sistemi di incentivazione economica. In questa disanima di interventi quindi gli autori boccerebbero, in partenza, il programma dell'emoglobina A1c, del QOF (il complesso sistema inglese del *quality and outcomes framework* disegnato per la *primary care*) ed il programma sull'assistenza ospedaliere relativa all'infarto del miocardio, allo scompenso cardiaco e alla polmonite di Medicare e Medicaid. Il primo (il programma inglese) soddisfa solo il requisito numero 3 (sulle sei domande), mentre il secondo (il programma americano) soddisfa solo il primo e terzo requisito. In particolare nella tabella sinottica gli autori sottolineano che, in entrambi questi casi, l'andamento temporale della performance oggetto di incentivazione stava già migliorando o aveva già raggiunto l'obiettivo atteso, rendendo quindi non necessario un sistema di incentivazione economica.

Milena Vainieri

Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Cure palliative al domicilio e qualità di vita dei morenti

Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG

Factors important to patients' quality of life at the end of life

Arch Intern Med 2012; 172: 1133-1142

Il benessere della persona morente è un postulato delle cure palliative. Così Cicely Saunders nel 1976 scriveva in una targa esposta nell'hospice da lei inaugurato: "Tu sei importante perché sei tu, e sei importante fino all'ultimo momento della tua vita. Faremo ogni cosa possibile non solo per permetterti di morire in pace, ma anche per farti vivere fino al momento della tua morte".

Soprattutto in ambiente anglosassone si cerca di sottoporre a prove di efficacia (EBM) ogni campo della pratica medica. Così si è già riusciti a dimostrare, in modo statisticamente valido, che la sedazione palliativa terminale non riduce l'aspettativa di vita¹⁻³. Recentemente è stato pubblicato questo studio di coorte, longitudinale, prospettico e multicentrico di analisi sui fattori che influenzano la qualità di vita in pazienti neoplastici terminali. Cinque centri oncologici americani (Yale Cancer Center, Veterans Affairs Connecticut Health Care Systems Comprehensive Cancer Clinics, Parkland Hospital and Simmons Comprehensive Cancer Center, Massachusetts General Hospital and Dana-Farber Cancer Institute e New Hampshire Oncology-Hematology) hanno raccolto in 7 anni (2002-2008) 1015 pazienti affetti da cancro in fase avanzata, con metastasi, refrattari alla chemioterapia di prima linea, con una aspettativa di vita inferiore ai 6 mesi, età media 58,7 anni, tutti superiori ai 20 anni di età, senza deterioramento cognitivo. È stato utilizzato il metodo delle interviste strutturate rivolte ai pazienti (45 minuti di intervista di base) e poi ai caregiver (tutti non pagati) e agli infermieri nelle 5-6 settimane dopo la morte, focalizzando la loro attenzione sulle cure ricevute nell'ultima settimana di vita. Sono stati utilizzati il Performance status di Karnofsky, il Carlson comorbidity index, il McGill quality of life. Tutti i pazienti sono stati valutati clinicamente secondo l'asse I del DSM IV. Particolare attenzione è

stata rivolta alla formazione degli intervistatori non medici.

Una parte dei pazienti ha rifiutato di sottoporsi all'intervista oppure ha rifiutato un *caregiver*, un'altra parte è morta prima del completamento dello studio individuale. Alla fine 396 pazienti, seguiti per una media di 4,1 mesi, sono stati valutati con rigorosi metodi statistici.

I fattori predittivi di una migliore qualità di vita nell'ultima settimana di vita sono stati:

- il controllo del dolore e dei sintomi,
- una comunicazione efficace,
- l'alleanza col medico,
- l'attenzione alla volontà del malato,
- la consapevolezza del proprio stato,
- la possibilità di visite pastorali.

L'alleanza terapeutica è stata valutata dai pazienti che definiscono come 'dottore completo' quello che rimane coinvolto, presente, che ascolta, che invita a fare domande, e risponde, rispettoso, che ispira fiducia e fa sentire il paziente persona: a questo proposito lo studio dichiara che i medici migliori, definiti così dai pazienti, hanno maggiori probabilità di migliorare la qualità di vita dei loro pazienti.

I fattori che hanno peggiorato la qualità di vita nell'ultima settimana di vita sono stati:

- il prolungamento delle cure intensive,
- il proseguimento della chemioterapia,

- l'alimentazione tramite sondino,
- il soggiorno in ospedale e, ancora peggio, in reparti di cure intensive,
- le preoccupazioni dei pazienti all'inizio della malattia,
- lo stato depressivo,
- l'età più giovane dei pazienti.

Lo studio fornisce anche risultati sui *caregiver*: essi sono capaci di valutare la qualità di vita allo stesso modo dei pazienti loro affidati, e ne danno un giudizio peggiore degli infermieri; i *caregiver* più affidabili sono i familiari sani.

Gli autori della studio concludono che per i pazienti giunti alla fine della vita è meglio:

- evitare costose ospedalizzazioni e favorire il passaggio a casa o, se non è possibile, in hospice;
- permettere cure spirituali e meditazione che favoriscano la pace interiore.

Inoltre hanno osservato che la qualità dei medici migliora la qualità di vita dei morenti.

La rivista ha richiesto un commento anche ad altri medici, che hanno tutti valutato i risultati dello studio come significativi e dimostrati da sofisticati modelli statistici⁴.

Gli autori affrontano il paradosso della qualità di vita quando il tempo di vita rimasto è misurabile in giorni e ore. Sembra un paradosso, ma

“primo esempio italiano di manuale sugli ultimi giorni di vita, dedicato ai colleghi ma leggibile e stimolante anche per un cittadino informato e consapevole dei propri diritti, tra i quali c'è anche quello di una morte dignitosa”.

Dalla Presentazione di Giacomo Milillo

“se la rinuncia all'esistere è inaccettabile per l'uomo, si può rendere accettabile, lieve e dignitoso il morire... di questo tema si tratta, senza retorica, in queste pagine”.

Dalla Prefazione di Claudio Cricelli



è necessario che siano i pazienti a identificare e a valutare i determinanti della 'loro' qualità di vita. E la valutazione deve essere possibile già al momento della diagnosi: questo aspetto è sottovalutato dagli oncologi e può impedire l'accettazione da parte del paziente di un tempo inevitabilmente breve da vivere. Secondo i commentatori, l'American Society of Clinical Oncology dovrà cambiare il paradigma di cura, adottando un approccio basato sull'evidenza derivante da questo studio:

- focalizzare la qualità di vita e non la sopravvivenza nei cancro avanzati,
- incrementare i canali di comunicazione,
- accogliere e comprendere gli aspetti emozionali determinati dalla prognosi infausta,
- introdurre precocemente le cure palliative,
- evitare trattamenti aggressivi nel fine vita.

C'è di che meditare e attrezzarci a migliorare il nostro modo di operare. La legge 38 del marzo

2010 è stata voluta e pensata dai medici italiani e, superando rigidità e formalismi, può essere applicata a vantaggio anche dei morenti. Occorre un salto di qualità: quanti medici hanno capito che la comunicazione col cittadino malato è già terapia?

Giuliano Bono

Medico di famiglia, Torino

BIBLIOGRAFIA

1. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E et al: Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicentre study. *Ann Oncol* 2009; 20: 1163-1169.
2. Cherny N: The use of sedation to relieve cancer patients' suffering at the end of life: addressing critical issues. *Ann Oncol* 2009; 20: 1153-1155.
3. Bono G: La sedazione palliativa non è eutanasia, *Torino Medica*, Torino 2011.
4. Zonderman AB, Evans MK: Improving patients' quality of life at the end of life. *Arch Intern Med* 2012; 172:1142-1144.

La prescrizione farmaceutica in ospedale: uno studio osservazionale

Ross S, Hamilton L, Ryan C, Bond C

Who makes prescribing decisions in hospital inpatients? An observational study

Postgrad Med J 2012 May 12.

Gli eventi avversi generati da una prescrizione farmaceutica errata rappresentano un fenomeno molto comune negli ospedali. Alcuni studi condotti nel Regno Unito hanno evidenziato che, nella maggior parte dei casi, le prescrizioni sono effettuate da medici specializzandi: in particolare, il 90% degli errori nella prescrizione si verifica quando la ricetta viene compilata da un membro junior dello staff, in genere uno specializzando, mentre il tasso di errore presenta una variabilità decisamente più contenuta (7,4%-10,3%) quando la prescrizione viene eseguita da un medico

esperto. Nonostante il fenomeno sia preoccupante (poiché la maggior parte delle prescrizioni viene redatta da un medico specializzando), a tutt'oggi non vi è ancora evidenza se la decisione sulla terapia da prescrivere sia stata presa effettivamente da chi redige la prescrizione o meno.

Lo studio condotto in un policlinico universitario inglese si propone di analizzare tutte le prescrizioni in cui chi redige e chi decide non coincidono e di esaminare il livello di dettaglio con cui le decisioni vengono comunicate specificando anche il nome della specialità, la dose, la frequenza, la modalità di assunzione e la durata della terapia.

L'indagine è stata condotta in sei diversi reparti dell'ospedale nel periodo gennaio-aprile 2011, osservando un totale di 236 prescrizioni. Di queste, il 62% (146/236) è stata compilata da un medico diverso da quello che ha deciso la terapia farmacologica. Per quanto riguarda la variabilità fra i reparti, si passa da un 71% delle prescrizioni in Ortopedia redatte dallo stesso soggetto che ha stabilito la terapia al 5% di Medicina. Rispetto alla moda-