

## Terapia antibiotica nel paziente terminale Non solo una decisione tecnica, ma anche un problema etico

Juthani-Mehta M

*Antimicrobials at the end of life. An opportunity to improve palliative care and infection management*

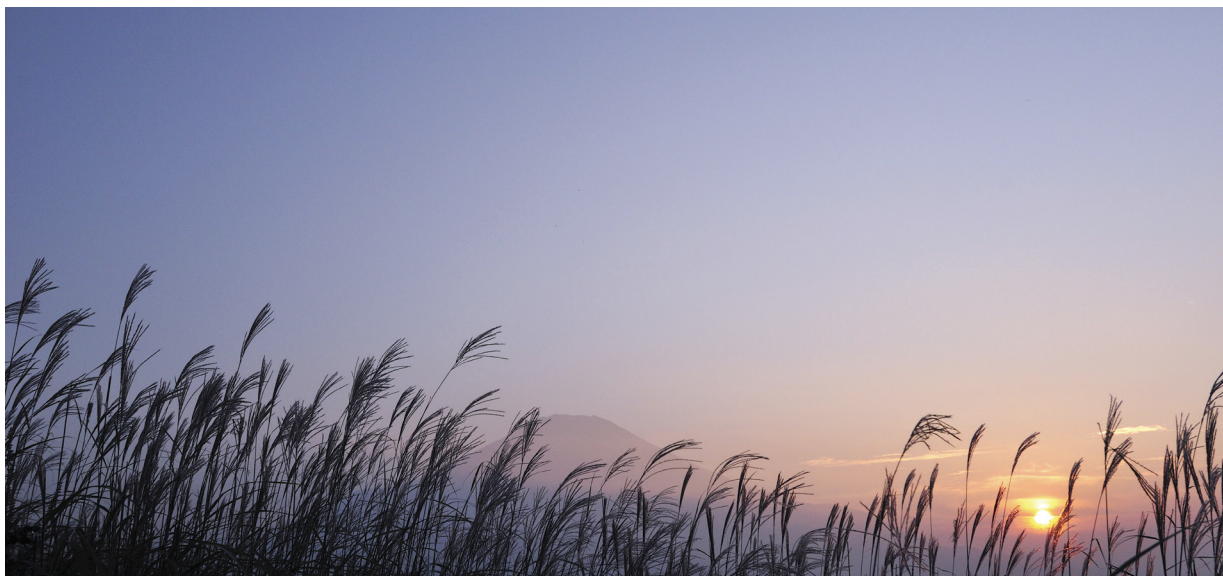
JAMA 2015; 314: 2017-2018

**I**l miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza sanitaria ha progressivamente allungato l'aspettativa di vita anche delle persone affette da insufficienza cronica di uno o più organi. Nel paziente affetto da malattie croniche arriva una fase in cui le remissioni sono sempre più rare, mentre aumentano il numero e la durata dei ricoveri. Ha inizio così la cosiddetta *end stage* delle grandi insufficienze d'organo, in cui i medici debbono coinvolgere il malato e i suoi familiari per riflettere sull'appropriatezza non solo clinica ma anche etica delle possibili opzioni di trattamento.

È in gioco una vera e propria 'cultura dell'accompagnamento', che trova la sua piena applicazione nella pratica clinica attraverso il modello delle cure palliative. Queste ultime, come ha recentemente proposto l'OMS, possono essere

definite come "un approccio atto a migliorare la qualità di vita dei pazienti, confrontati con una malattia inguaribile e evolutiva, e dei loro familiari, attraverso la prevenzione e l'alleviamento della sofferenza ottenuti grazie alla precoce identificazione, alla valutazione accurata e al trattamento del dolore e dell'insieme dei problemi fisici, psicosociali e spirituali".

Non mancano tuttavia in questi malati problemi rilevanti legati al trattamento di specifiche complicanze morbose, che caratterizzano le ultime fasi della vita. Infezioni e stati febbrili sono in queste ultime fasi assai frequenti, come sottolinea un recente editoriale pubblicato su *JAMA*. Molte ricerche hanno dimostrato che nel paziente terminale si ricorre con grande frequenza alla prescrizione di antibiotici, anche in assenza di adeguate evidenze che documentino la presenza di un'infezione batterica. Per esempio, nei pazienti con demenza in stadio avanzato l'uso di antibiotici è assai diffuso, soprattutto nelle ultime due settimane di vita. Secondo uno studio pubblicato qualche anno fa, due terzi dei pazienti gravemente dementi ricoverati in una casa di cura hanno ricevuto almeno un ciclo di antibiotici in un arco di tempo non superiore ai 18 mesi, e la proporzione di pazienti che assumono questi farmaci nelle due settimane precedenti il decesso è sette volte superiore rispetto alle settimane antecedenti. L'abitudine di



prescrivere antibiotici in uno stadio così tardivo della demenza (e della vita) potrebbe non soltanto non riuscire a prolungare la sopravvivenza, ma di fatto anche costituire un rischio per la salute pubblica contribuendo alla comparsa di focolai di resistenza.

Due potenziali benefici degli antibiotici che motivano i medici alla prescrizione di questi farmaci sono il prolungamento della sopravvivenza e la risoluzione dei sintomi. Mancano tuttavia studi randomizzati a sostegno di questa ipotesi nella popolazione dei pazienti terminali, né una recente revisione sistematica degli studi disponibili ha potuto fornire indicazioni univoche al riguardo. È anche plausibile che il ricorso agli antibiotici in queste circostanze venga incoraggiato dalla percezione che questo tipo di intervento sia meno invasivo rispetto ad altre modalità terapeutiche (dialisi, intubazione, etc), ma va comunque rilevato che non è esente da rischi, anche importanti, per il singolo paziente, specialmente in una categoria di persone fragili affette da malattie in stadio avanzato. Fra i rischi, le reazioni da farmaci, le interazioni farmacologiche con altre terapie (in questo caso è frequente una politerapia) e le sovrainfezioni da *Clostridium difficile* che possono provocare un gravissimo quadro di colite.

E allora, senza peraltro tralasciare le implicazioni economiche che una terapia indiscriminata può comportare, la scelta di prescrivere antibiotici al paziente terminale diventa assai più rischiosa e impegnativa di quanto comunemente si pensi e, a giudizio degli autori dell'editoriale, dovrebbe far parte di una più ampia strategia terapeutica che includa nelle decisioni sia il malato che la famiglia allo scopo di pianificare al meglio il quadro generale delle cure palliative. Occorrerà perciò prima di tutto identificare i bisogni del malato e della famiglia (non soffrire, non essere abbandonato, essere ascoltato, essere informato) e organizzare l'assistenza in un'ottica multidisciplinare perché la complessità della domanda di cura di questi pazienti e l'integrazione tra le varie figure professionali diventa il perno centrale dell'assistenza.

La sfida, in ultima analisi, è quella di coniugare la prospettiva di cure tecnicamente efficaci, magari con alti livelli di intensività, sia con i valori del paziente e dei suoi cari, sia con i principi più generali di equità sociale, legati alla disponibilità obiettiva di risorse. ■ GB

## La sfida della misurazione nella prospettiva del paziente

Beattie M, Murphy DJ, Atherton I, Lauder W  
*Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review*  
 Systematic Reviews 2015; 4: 97

### INTRODUZIONE

Valutare e migliorare la qualità dell'assistenza all'interno degli ospedali rappresenta una sfida in ogni Paese e, in questo quadro, il punto di vista del paziente ospedalizzato risulta rilevante. Secondo gli autori il metodo di elezione per misurare questo punto di vista è l'indagine quantitativa con questionario strutturato, sebbene sia importante cercare di utilizzare anche strumenti qualitativi per riuscire ad approfondire e catturare la complessità dell'esperienza del paziente. L'indagine con questionario permette di ottenere dati standardizzati e comparabili su cui basare confronti tra ospedali diversi e/o monitoraggi dell'efficacia di interventi di miglioramento.

La misurazione della prospettiva del paziente pone però alcune sfide. Per prima cosa si confonde spesso la rilevazione della 'soddisfazione' del paziente con la rilevazione della sua 'esperienza'. La soddisfazione è data dalla differenza tra aspettative ed esperienza. Nel riferire la propria soddisfazione i pazienti tenderanno dunque a sovrastimarla o sottostimarla a seconda delle loro aspettative; esse dipendono da molteplici fattori psicologici, socioeconomici, culturali, e questo introduce un fattore di bias nei dati così ottenuti. È dunque importante misurare l'esperienza del paziente piuttosto che la sua soddisfazione: ad esempio, invece di chiedere il livello di soddisfazione per una certa procedura o per i farmaci somministrati, è necessario chiedere al paziente se ha ricevuto il farmaco giusto alla giusta ora o se, e come, abbia vissuto una determinata procedura. Un questionario deve poi essere 'utile' al mondo reale in cui è applicato. L'utilità, secondo gli autori, è composta da cinque dimensioni: validità e affidabilità, costo-efficacia, accettabilità e impatto educativo. In questo quadro l'obiettivo della revisione sistematica di Beattie e colleghi è proprio fornire una valutazione dei numerosissimi questionari disponibili in letteratura, valutandoli in base a