

# ASSISTENZA DOMICILIARE EPATOLOGICA



a cura della Commissione "Assistenza Domiciliare Epatologica"  
dell'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato

Redatto da:

*Salvatore Ricca Rossellini (coordinatore), Paolo Angeli, Giorgio Ballardini, Renato Marin,  
Oliviero Riggio, Francesco Salerno, Franco Trevisani, Paolo Valentini, Roberta Volpin*



## INDICE

<b>Premessa</b>	<b>193</b>
<b>Sistemi Sanitari e Assistenza Domiciliare</b>	<b>194</b>
SISTEMI SANITARI NAZIONALI E WELFARE EUROPEO UN PATTO DI SOLIDARIETÀ PER LA SALUTE	
<b>Assistenza Domiciliare</b>	<b>195</b>
REVISIONE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE STUDI DI EFFICACIA VALUTAZIONE ECONOMICA L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN ITALIA INDICAZIONI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000 CRITERI PER L'ORGANIZZAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI	
<b>Assistenza Domiciliare Epatologica</b>	<b>200</b>
LA CIRROSI EPATICA RICOVERI PER CIRROSI EPATICA IN ITALIA DEGENZA ORDINARIA DEGENZA IN DAY-HOSPITAL	
<b>Gestione del Paziente Cirrotico</b>	<b>204</b>
IL PAZIENTE CIRROTICO STABILE IL PAZIENTE CON COMPLICANZE SCOMPENSO ASCITICO ENCEFALOPATIA EPATICA EMORRAGIA DIGESTIVA FEBBRE ED INFEZIONI	
<b>Scompenso Ascitico</b>	<b>207</b>
ASCITE CONTROLLATA DALLA TERAPIA DIURETICA ASCITE INGRAVESCENTE E/O OLIGO-ANURIA DURANTE LA TERAPIA DIURETICA SITUAZIONE CLINICA INSTABILE NOTA ED ASCITE INGRAVESCENTE	
<b>Encefalopatia Epatica</b>	<b>210</b>
ENCEFALOPATIA EPISODICA VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ DEL QUADRO CLINICO VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ E TRATTABILITÀ DELL'EVENTO PRECIPITANTE CERTEZZA DELLA DIAGNOSI	
<b>Febbre e Infezioni</b>	<b>213</b>
MANIFESTAZIONI CLINICHE E QUADRO DI LABORATORIO ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVI ACCERTAMENTI DI LABORATORIO E STRUMENTALI	
<b>Organizzare L'Assistenza domiciliare Epatologica</b>	<b>219</b>
DEFINIZIONE DEI CRITERI D'ELEGGIBILITÀ DEI PAZIENTI PERCORSO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE RISORSE	



## PREMESSA

L'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato, con l'istituzione della Commissione sull'assistenza domiciliare epatologica, ha ritenuto di valutare se l'assistenza al paziente con cirrosi epatica scompensata potesse essere fornita anche a domicilio e non solo nelle strutture ospedaliere.

Infatti, la possibilità di curare nell'ambito familiare i pazienti ammalati di tumore, di AIDS e gli anziani con patologie croniche è oggi considerata con crescente interesse in molte parti del mondo. Non è difficile pensare che i pazienti affetti da cirrosi epatica scompensata, quando particolarmente gravi e limitati nell'autosufficienza, possano essere assistiti a domicilio come accade per tanti malati terminali.

La Commissione, dovendo valutare la possibilità di realizzare un'esperienza inedita nel campo dell'epatologia, si è trovata ad affrontare non pochi problemi: il principale è che le linee-guida debbono principalmente basarsi sui risultati di studi controllati e randomizzati che, purtroppo, non sono disponibili su questo specifico argomento e non sul semplice parere di esperti.

Per raggiungere quindi l'obiettivo di indicare l'insieme delle modalità assistenziali che possono essere offerte a domicilio a questi pazienti la Commissione ha raccolto ed esaminato le evidenze scientifiche esistenti sull'argomento dell'assistenza domiciliare in genere ed i trials condotti in ambiente ospedaliero sulla terapia dell'encefalopatia, dell'ascite e delle infezioni. Si è tentato poi di trasferire le conoscenze sulle terapie risultate efficaci (evidence-based medicine) per il paziente cirrotico ricoverato nella nuova realtà delle cure domiciliari (evidence-based health care).

In questo documento, dopo l'introduzione che vuole collocare questa strategia assistenziale nel processo di trasformazione dei sistemi sanitari europei e nella realtà del Piano sanitario nazionale 1998-2000, sono affrontati gli aspetti dell'assistenza domiciliare, alla luce dei trials pubblicati e dei criteri di organizzazione emergenti in Italia, e sono trattati quindi i problemi clinici relativi alla gestione e alla selezione del paziente da assistere e al trattamento dell'encefalopatia, dell'ascite e delle infezioni. In appendice, infine, sono proposti alcuni percorsi organizzativi che si basano sulle esperienze condotte in Italia per altre categorie di pazienti.

La Commissione si augura che questo documento possa contribuire a fornire cure sempre più appropriate e diversi livelli di intensità di assistenza al paziente affetto da cirrosi epatica - in rapporto allo stadio della malattia, alle complicanze e all'autosufficienza - lungo un percorso che avrà come tappe l'ambulatorio del Medico di medicina generale e specialistico, il Day-Hospital, la degenza ordinaria, l'unità di terapia intensiva e, in particolare, la cura domiciliare.

## SISTEMI SANITARI E ASSISTENZA DOMICILIARE

La cornice dei Paesi europei ha contribuito a determinare, da secoli, l'evoluzione della sanità e della medicina in Italia<sup>1</sup>. Dopo la seconda guerra mondiale l'Italia è entrata nell'orbita anglosassone, soprattutto per l'importanza della ricerca nordamericana, ed ora è protagonista, con i Paesi dell'Unione europea, d'importanti scambi nell'ambito della ricerca biomedica e, più di recente, della sanità pubblica.

### SISTEMI SANITARI NAZIONALI E WELFARE EUROPEO

Era quindi inevitabile che il modello italiano di assistenza sanitaria derivasse dal modello inglese e scandinavo (modello Beveridge) nei quali il sistema di sicurezza sociale è concepito come un diritto al completamento di un percorso di piena cittadinanza e presupposto per l'esercizio consapevole dei diritti politici<sup>2</sup>.

Nonostante le diversità fra i sistemi sanitari europei (Paesi con servizio sanitario nazionale e Paesi con sistema di assicurazione sociale), i Paesi dell'Unione devono affrontare problematiche analoghe che porteranno in futuro ad una parziale omogeneizzazione fra i vari sistemi<sup>3</sup>. Infatti, la gran diffusione delle riforme sanitarie suggerisce che esse sono generate da tendenze di lungo periodo che superano le frontiere nazionali essendo parte di sforzi più ampi tesi a riformare i diversi sistemi di welfare<sup>4,5</sup>. Le principali questioni che i Paesi europei devono affrontare riguardano il progressivo invecchiamento della popolazione (con verosimile aumento dei consumi sanitari), la necessità di contenere le spese sanitarie (in costante incremento dagli anni sessanta agli anni novanta), l'esigenza di assicurare, anche in ambito sanitario, maggiore efficienza e managerialità, il modificarsi della domanda di salute e, infine, la necessità di contenere i ricoveri in ospedale.

Le spese elevate necessarie per la gestione degli ospedali, sia come personale sia come tecnologie, richiedono un uso più intensivo e mirato di queste strutture e la cronicità delle patologie prevalenti sollecita la ricerca di soluzioni, sul piano sociale e su quello sanitario, per il trattamento dei pazienti nel loro ambiente di vita quando possibile.

Da queste premesse deriva quindi una riduzione, già in atto da anni in tutti i Paesi europei, del numero dei posti letto e della durata della degenza con la parallela ricerca di soluzioni alternative come i Day-Hospital, l'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza domiciliare.

### UN PATTO DI SOLIDARIETÀ PER LA SALUTE

In Italia il Servizio sanitario nazionale è stato oggetto di riforma a partire dall'inizio degli anni novanta: la trasformazione in aziende delle unità del sistema si è accompagnata ad un processo di decentramento delle funzioni e all'assunzione della centralità dell'utente. Nonostante alcuni progressi (crescita dell'importanza dei Day-Hospital e riduzione della degenza media) l'ospedale è rimasto il punto nevralgico del sistema pubblico di cura e stentano a diffondersi nuovi servizi come l'assistenza domiciliare, appunto, e le residenze sanitarie che dovrebbero orientare il sistema verso un nuovo modello d'assistenza sanitaria fortemente integrata nel territorio che risponda in modo più tempestivo ai bisogni dei cittadini<sup>6</sup>.

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha assunto, come "idee forti", nove punti qualificanti: fra questi il sesto "aiutare a convivere attivamente con la cronicità" indica come garantire continuità alle cure e fino a quando è possibile, consentire il permanere a casa delle persone malate croniche non autosufficienti fornendo cure domiciliari, interventi di sostegno alle famiglie e assistenza domiciliare integrata<sup>7</sup>. Il Piano sanitario nazionale dichiara anche l'obiettivo di migliorare l'assistenza alle persone che affrontano la fase terminale della vita potenziando, tra l'altro, l'assistenza medica ed infermieristica a domicilio. La garanzia dei livelli essenziali d'assistenza implica una riorganizzazione del sistema che permetta il riequilibrio all'interno del Sistema sanitario nazionale fra i diversi settori d'intervento. In particolare dovrà essere dedicato impegno alla redistribuzione delle risorse dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale con la diffusione dell'assistenza a domicilio.

## ASSISTENZA DOMICILIARE

In Europa, in Nord America e nel mondo si sono moltiplicate esperienze di assistenza domiciliare tese a ridurre i ricoveri ospedalieri e offrire al cittadino malato continuità assistenziale con la possibilità di fornirgli le cure necessarie nel suo ambiente di vita. L'integrazione fra sanità e assistenza, con la gestione della fase di dimissione ospedaliera, e il potenziamento dell'assistenza domiciliare e di quella al malato terminale rappresentano oggi delle vere sfide, ancor più dei traguardi tecnologici e farmacologici, per il nostro<sup>8</sup> e per tutti i sistemi sanitari. In molti casi l'ospedalizzazione a domicilio ha consentito di trattare pazienti con terapie, assistenza medica, assistenza infermieristica e riabilitazione che in genere erano disponibili solo in ospedale. L'obiettivo principale che ha guidato le scelte di molti Paesi è stato quello di ridurre le spese dell'assistenza sanitaria riducendo la lunghezza dei ricoveri ospedalieri ed evitando i ricoveri ripetuti facendo dimenticare come le cure domiciliari possono rendere più umana l'assistenza al malato terminale.

### REVISIONE DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE

Nonostante le numerose esperienze condotte negli ultimi anni in questo settore, particolarmente in Inghilterra<sup>9</sup>, non emerge con chiarezza l'efficacia e il minor costo della assistenza domiciliare rispetto alla assistenza in ospedale<sup>10</sup>. Purtroppo in letteratura il numero di trials randomizzati che valutano l'efficacia dei servizi sanitari in genere è modesto. Una rassegna ha descritto come solo sette su circa 1.000 studi erano stati condotti con criteri, disegno ed esecuzione adeguati<sup>11</sup>. Il disegno e la conduzione di questi studi sono difficili e pongono problemi etici dovendo essere necessariamente randomizzati pazienti che spesso sono nella fase terminale della vita<sup>12</sup>.

La ricerca su Medline (gennaio 1980 - settembre 1999) di articoli pubblicati per esteso in lingua inglese relativi a studi controllati randomizzati sull'assistenza domiciliare, escludendo le problematiche relative alla gravidanza e al parto, ha consentito di rintracciare 49 lavori. Dopo una revisione solamente 14 articoli erano pertinenti all'argomento e trattavano i risultati di 12 studi controllati randomizzati.

### STUDI DI EFFICACIA

Già uno studio del 1985 dimostrava come un team organizzato per assistere a domicilio pazienti cronici o terminali poteva ottenere buoni risultati in termini di soddisfazione dei pazienti e riduzione dei ricoveri ospedalieri senza peggioramento delle condizioni generali di salute rispetto al gruppo di controllo<sup>13</sup>. La spesa sanitaria era inferiore per i pazienti assistiti a domicilio, ma la differenza non era statisticamente significativa.

Un'esperienza inglese evidenziava come il trattamento domiciliare consentiva di trattare i pazienti schizofrenici riducendo la durata del ricovero ospedaliero e dimezzando i costi<sup>14</sup>. Questa ultima differenza non emergeva come statisticamente significativa per le modeste dimensioni del campione studiato. Un'esperienza più recente<sup>15</sup> confermava come la cura domiciliare delle malattie mentali gravi fosse più efficace e meno costosa del ricovero ospedaliero.

Un trial del 1992 considerava 171 pazienti terminali: di questi 85 furono assistiti a domicilio<sup>16</sup>. L'analisi dei risultati dello studio (valutati a 1 mese e a 6 mesi) non dimostrava differenze nella sopravvivenza, nell'autosufficienza, nelle funzioni cognitive ma evidenzia una significativa soddisfazione dei pazienti e degli operatori. I pazienti seguiti a domicilio consentivano un risparmio sui costi del ricovero ospedaliero del 47% rispetto ai pazienti di controllo. Il risultato dell'analisi dei costi globali evidenziava un risparmio del 18% però non significativo all'analisi statistica. Gli autori concludevano che l'assistenza a domicilio migliorava la soddisfazione dei pazienti senza costi aggiuntivi.

Uno studio condotto negli Stati Uniti<sup>17</sup> dimostrava che valutazioni specialistiche geriatriche domiciliari consentivano di ritardare la comparsa di invalidità tra gli anziani visitati. Era indicato il costo dell'intervento ma non il vantaggio economico per il sistema sanitario.

Nello studio di Gloucester<sup>18</sup> pazienti anziani, con problemi medici, potevano essere dimessi 5 giorni in anticipo se ospedalizzati a domicilio rispetto a quelli dimessi in modo convenzionale. L'assistenza domiciliare non modificava il ricorso a successivi ricoveri (il 64% dei pazienti di ogni gruppo non era ricoverato durante i 6 mesi di follow-up). Lo studio non evidenziava vantaggi significativi e non era condotta un'analisi dei costi.

Numerosi studi hanno poi affrontato problemi terapeutici particolari o definite categorie di pazienti. E' risultato così evidente che la somministrazione di antibiotici per via endovenosa<sup>19 20</sup> o di emoderivati<sup>21</sup> poteva essere condotta, senza problemi, anche al di fuori dell'ospedale.

La precoce dimissione e l'assistenza a domicilio risultava egualmente efficace rispetto al ricovero tradizionale nei bambini<sup>22</sup> con diabete tipo I all'esordio, nei pazienti colpiti da ictus<sup>23</sup> o in quelli con insufficienza cardiaca congestizia<sup>24</sup>.

L'assistenza domiciliare veniva valutata in varie patologie<sup>10 25 26 27</sup> arrivando alla conclusione che la dimissione precoce con successiva ospedalizzazione a domicilio risultava efficace ed accettata come la dimissione tradizionale costando, nella maggior parte dei casi, meno.

L'accettazione del servizio di assistenza domiciliare e la soddisfazione del malato, evidenziate in molti trials, sono elementi di misura della qualità delle cure fornite e nei pazienti colpiti da ictus non sono dipendenti dalla malattia o da altre variabili<sup>28</sup>. E' stato poi dimostrato come il coordinamento distrettuale<sup>29</sup> per le cure palliative dirette ai pazienti terminali ammalati di tumore consente un importante risparmio rispetto ai servizi tradizionali<sup>30</sup>.

I risultati degli studi esaminati dimostrano come, pur con qualche differenza fra le diverse patologie, le cure domiciliari siano efficaci e ottengano la soddisfazione della maggior parte dei malati rispetto al tradizionale ricovero ospedaliero.



### VALUTAZIONE ECONOMICA

La valutazione dei costi evidenzia spese equivalenti in cinque studi<sup>17 18 19 20 26 22</sup>, spese superiori per l'assistenza domiciliare di alcuni gruppi di pazienti in uno studio<sup>29</sup> e costo significativamente inferiore in uno studio<sup>31</sup>.

Un problema importante incontrato con l'attuazione di queste politiche assistenziali riguarda lo spostamento dei costi sui singoli e sulle famiglie sia per effetto della compartecipazione della spesa che per il maggior tempo e impegno richiesto ai familiari del malato<sup>31</sup>.

In Italia il costo mensile dell'assistenza domiciliare è stato valutato, nel caso più favorevole, in circa L. 1.200.000. Nel caso più sfavorevole, il costo medio è di L. 4.500.000 circa. Il dato più frequente comporta un costo medio di L. 2.000.000 mensili<sup>32</sup>. Se confrontiamo queste cifre con quelle di analoghi interventi in strutture ospedaliere o residenziali risulta evidente la necessità di sviluppare organicamente questo settore<sup>33</sup>.

In sintesi sembra comunque che le cure domiciliari possano sostituirsi al ricovero ospedaliero per alcune patologie senza effetti dannosi per i malati, con un potenziale risparmio economico ed ottenendo un miglioramento della qualità della vita del paziente oltre la soddisfazione sua e dei familiari. Molti trials sono in corso ed è possibile che entro un anno o due le evidenze scientifiche disponibili siano molto più numerose di quelle attualmente pubblicate<sup>34</sup>.

### L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN ITALIA

La riduzione in atto nel nostro Paese del numero dei posti letto ha avviato un processo di riflessione inerente i servizi (ospedalieri e territoriali) e le attività (specialistiche e di base) che ha portato alla emanazione di normative, nazionali e regionali, sulla tutela delle persone anziane (a sostegno delle cure domiciliari e degli interventi residenziali), sull'attività domiciliare a favore dei malati di AIDS (con l'integrazione fra i reparti di malattie infettive, i servizi distrettuali, gli enti locali) e sull'assistenza a domicilio per i pazienti in fase terminale (pazienti affetti da neoplasie o da altre patologie in fase terminale). Inoltre le convenzioni e gli accordi regionali con i Medici di medicina generale ed i Pediatri di libera scelta contengono elementi innovativi che possono consentire a tali professionisti di partecipare alla realizzazione dei nuovi modelli assistenziali.

Il Piano sanitario nazionale, citato in precedenza, contiene elementi di indirizzo in questo specifico settore che sono già stati applicati in alcune Regioni italiane nelle quali è in atto un processo di riorganizzazione delle cure domiciliari e delle attività dei distretti.

### INDICAZIONI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000

Un elemento fondamentale del Piano, nell'ambito delle strategie per il cambiamento, riguarda l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale. L'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi e, incidendo sulla continuità assistenziale, affronta i rapporti tra ospedale e territorio, tra cure residenziali e domiciliari, tra medicina generale e specialistica. Curare a casa richiede un cambiamento di prospettiva sostanziale: dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici, alle strutture e alle professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni. Questo può avvenire con diverse modalità operative di intervento a casa da parte dei servizi distrettuali.

Il distretto rappresenta un centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale. Il distretto è quindi la sede organizzativa di tutte le cure domiciliari disponibili sul territorio della azienda Usl.

Il Piano non poteva non considerare quanto è fatto attualmente in Italia per l'assistenza ai malati grazie alle risorse umane ed economiche provenienti dai settori del non profit e da tutto il mondo del volontariato<sup>35</sup>. Il volontariato rappresenta un momento forte del nuovo patto solidale, in ragione del suo contributo alla umanizzazione del servizio e per le istanze etiche di cui è portatore. Con la sua presenza contribuisce a dar voce ai bisogni dei soggetti svantaggiati e svolge un ruolo importante nella valutazione della qualità dell'assistenza. Il Piano considera poi come sia importante l'impegno alla promozione e al coordinamento del volontariato di assistenza ai malati terminali.

Non dimentichiamo che nel nostro Paese molte forme di assistenza domiciliare sono nate esclusivamente grazie all'impegno delle associazioni di volontariato.

#### **CRITERI PER L'ORGANIZZAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI**

L'assistenza domiciliare diventa quindi integrata quando diverse professionalità collaborano per realizzare un progetto unitario per pazienti di qualsiasi età che abbiano necessità di un'assistenza limitata nel tempo o continua.

L'assistenza domiciliare integrata rappresenta un'alternativa al ricovero ospedaliero riunendo ed integrando distretto, ospedale, Medico di medicina generale, servizi sociali e volontariato. E' un modello quindi di cura domiciliare che dopo avere valutato i bisogni del paziente lo assiste a domicilio sempre che le condizioni cliniche lo permettano e la famiglia sia disponibile a collaborare. Il nucleo familiare fornisce, infatti, un supporto fondamentale e insostituibile, a qualsiasi cura domiciliare<sup>36</sup>. In questo ambito assume particolare rilevanza l'assegno di cura a favore di familiari di anziani non autosufficienti previsto da alcune Regioni per valorizzare il lavoro di cura dei familiari quale componente dei piani assistenziali integrati.

#### **Caratteristiche dell'assistenza domiciliare integrata**

L'assistenza domiciliare integrata è caratterizzata da: valutazione integrata dello stato funzionale del paziente; assistenza erogata da una équipe di più professionalità; predisposizione di un piano personalizzato di assistenza attuato da un componente dell'équipe responsabile e coordinatore degli interventi.

#### **Obiettivi dell'assistenza domiciliare integrata**

Gli obiettivi prioritari dell'assistenza domiciliare integrata sono: 1) assistere pazienti con patologie trattabili a domicilio evitando il ricorso improprio al ricovero ospedaliero; 2) mantenere le persone non autosufficienti al proprio domicilio; 3) favorire il recupero delle capacità residue di autonomia per migliorare la qualità della vita dei pazienti; 4) sostenere i familiari e trasmettere competenze per un'autonomia di intervento; 5) facilitare l'accesso all'erogazione dei presidi e degli ausili.

I destinatari sono le persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza per: patologie in fase terminale; fasi acute di patologie croniche; dimessi da strutture sanitarie o residenziali (dimissioni protette); bambini con patologie croniche o particolare disagio sociale; portatori di gravi disabilità.

### **Livelli di intensità assistenziale**

Le cure domiciliari sanitarie presentano, in genere, diversi livelli di intensità:

#### **Livello 1. Assistenza domiciliare a bassa intensità sanitaria.**

Riguarda anziani non autosufficienti affetti da patologie a decorso cronico. E' erogata dai Comuni e dalle Aziende Usl. In tale livello è previsto un lungo periodo di presa in carico del paziente (6 mesi - 1 anno) durante il quale gli accessi del Medico sono quindicinali o mensili e l'assistenza infermieristica ha una periodicità settimanale o quindicinale. La presenza di tipo socio-assistenziale ha vari gradi di intensità fino ad una frequenza giornaliera. Il coordinamento in questi casi nei quali prevalgono i bisogni socio-assistenziali è affidato all'assistente sociale.

#### **Livello 2. Assistenza domiciliare a media intensità sanitaria.**

E' rivolta a: 1) pazienti affetti da polipatologie che necessitano di periodi di assistenza domiciliare nella fase di riacutizzazione per evitare i ricoveri ripetuti; 2) pazienti per i quali è possibile una dimissione protetta a domicilio solo con un'adeguata assistenza (patologie polmonari, malattie cardiovascolari, malattie tumorali...).

L'assistenza domiciliare a media intensità sanitaria ha una durata di 2 - 4 mesi. E' prevedibile un accesso medico settimanale e 1 o 2 accessi infermieristici alla settimana. La responsabilità e il coordinamento del trattamento è affidato al Medico di medicina generale. L'Infermiere è responsabile del caso e coordina gli interventi previsti dal piano assistenziale.

#### **Livello 3. Assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria.**

L'assistenza domiciliare ad alta intensità è rivolta a pazienti che richiedono un intervento coordinato ed intensivo consistente in più accessi alla settimana di tipo medico ed infermieristico e di altre figure professionali garantendo la pronta disponibilità diurna medica ed infermieristica per un periodo di circa 2 mesi. I beneficiari sono i pazienti affetti da patologie evolutive irreversibili nella fase terminale della vita.

Un ridotto numero di pazienti, soprattutto nella fase terminale della vita, presenta una patologia complessa in rapida evoluzione che richiede interventi specialistici effettuabili anche a domicilio ma dall'équipe ospedaliera specialistica. Tale modalità assistenziale esula dalle cure domiciliari organizzate dal distretto ed è inserita nell'ambito dell'assistenza ospedaliera<sup>36</sup>.

E' previsto uno stretto collegamento con le strutture ospedaliere di riferimento per garantire la continuità delle cure specialistiche ed assicurare tutti i supporti terapeutici necessari. Particolare attenzione andrà dedicata al supporto psico-sociale del malato e della famiglia. Il responsabile terapeutico sarà individuato fra i medici coinvolti e garantirà il coordinamento di tutti gli interventi.

### **Organizzazione distrettuale delle cure domiciliari**

La sede organizzativa dell'assistenza domiciliare è il distretto in quanto la sede erogativa è il territorio. Elementi indispensabili affinché si realizzino le cure domiciliari sono: 1) esistenza del servizio infermieristico distrettuale; 2) presenza di Medici di medicina generale organizzati in gruppi o in altre forme associative; 3) esistenza del servizio di assistenza domiciliare di tipo sociale erogata dai Comuni; 4) esistenza del servizio di assistenza anziani per il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie; 5) collegamento con i dipartimenti ospedalieri e le unità operative oncologiche, di malattie infettive, di lungodegenza post-acuzie...; 6) possibilità di attivare altre risorse (es. medici specialisti).

La disponibilità di risorse integrative offerte dalle associazioni di volontariato e da altri privati operanti nel settore sociale è elemento importante per favorire la diffusione dell'assistenza domiciliare.

### **Accesso alle cure domiciliari**

Per migliorare l'organizzazione delle cure domiciliari e facilitarne l'accesso da parte del cittadino è previsto in ogni distretto un unico punto di riferimento per cittadini e operatori.

### **Piano personalizzato di assistenza**

Il coordinatore del piano di assistenza è individuato fra i componenti dell'équipe così come descritto nei tre livelli assistenziali. A seconda delle necessità assistenziali del paziente e della complessità dell'intervento terapeutico è prevista l'integrazione con lo specialista interessato. Quest'ultimo interviene a domicilio nella valutazione di ingresso per la formulazione del programma insieme al Medico responsabile del caso, garantisce le eventuali consulenze, assicura la supervisione periodica nei momenti di verifica. Nell'ambito dei livelli a media ed alta intensità assistenziale sanitaria è compresa l'erogazione dei medicinali per l'intero periodo programmato di cure domiciliari.

### **Documentazione sanitaria**

Tutta l'attività svolta dagli operatori coinvolti al domicilio del paziente è rilevata in un unico documento (cartella integrata) che rappresenta lo strumento indispensabile per l'efficace realizzazione del piano personalizzato di assistenza. La cartella è mantenuta a domicilio per tutta la durata della presa in carico e successivamente sarà conservata nella sede del distretto.

## **ASSISTENZA DOMICILIARE EPATOLOGICA**

Creando le opportune sinergie fra i Medici di medicina generale, il distretto e l'ospedale si può attivare, nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, un sistema di assistenza dedicato ai pazienti con cirrosi epatica scompensata. L'assistenza a domicilio, aperta anche ad accettare le risorse del volontariato, consentirebbe di trattare pazienti gravi, opportunamente selezionati, nell'ambiente familiare.

Una tale strategia assistenziale potrebbe migliorare la qualità dell'assistenza erogata e la qualità della vita di questi pazienti consentendo di ridurre la durata della degenza ed il numero dei ricoveri ospedalieri.

### **LA CIRROSI EPATICA**

La mortalità per cirrosi epatica in Italia è di 28,8 casi per l'uomo e di 13,2 casi per la donna su 100.000 abitanti (tasso standardizzato per 100.000 del 1994). In Italia muoiono quindi annualmente circa 14.700 pazienti per questa malattia. Questi tassi sono fra i più elevati in Europa<sup>37</sup>. L'agente eziologico più comune<sup>38</sup>, in pazienti ospedalizzati, nel nostro Paese è il virus dell'epatite C (presente da solo nel 47,7% dei casi ed insieme ad altri fattori nel 72,7%). Un elevato consumo alcolico è descritto come unica causa evidente di cirrosi nell'8,7% dei casi ed è associato ad altri agenti nel 32,9%. Il virus dell'epatite B è singolarmente presente nel 3,4% dei casi e nel 13,8% è associato al virus C o all'alcol. L'infezione da virus C è diventata un problema di salute pubblica con una prevalenza stimata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>39</sup> del 3% con 170 milioni di individui portatori cronici nel mondo.

La sopravvivenza osservata<sup>38</sup> dei pazienti con cirrosi epatica compensata a cinque anni è del 69-75% mentre quella dei pazienti gravemente scompensati è del 16-22%. La sopravvivenza mediana dei pazienti con ascite è di 2-3 anni mentre quella dei pazienti con ascite refrattaria scende a 6 mesi e a 2 mesi per i pazienti con ascite e sindrome epato-renale. L'ascite, insieme alla emorragia digestiva, è una delle cause principali di ricovero del cirrotico<sup>40</sup>.

I malati di cirrosi epatica scompensata ricorrono spesso, come vedremo in dettaglio, alle strutture ospedaliere. La necessità di trattamenti continui e di frequenti controlli di laboratorio e clinici rende spesso necessari ripetuti accessi a laboratori analisi, ambulatori e Day-Hospital che solo il ricovero nei reparti di degenza può, attualmente, evitare.

### **RICOVERI PER CIRROSI EPATICA IN ITALIA**

Prima di affrontare gli aspetti clinici specifici dell'assistenza domiciliare al paziente affetto da cirrosi epatica scompensata è opportuno considerare le dimensioni dell'attività di ricovero ospedaliero in Italia per questa malattia. Infatti, uno degli obiettivi della nuova strategia assistenziale è quello di incidere sul numero dei ricoveri riducendoli.

### **DEGENZA ORDINARIA**

In base ai dati raccolti dalla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e diffusi dal Ministero della Sanità i ricoveri ospedalieri in degenza ordinaria per cirrosi sono stati, considerando il diagnosis related group (DRG) 202, quasi settantamila nel 1996. A questo DRG (cirrosi ed epatite alcolica) che è il 24° fra i DRG medici con una degenza media di 11,5 giorni corrispondono 700.000 giornate di ricovero. Se si analizzano i dati relativi ai ricoveri per cirrosi utilizzando invece la codifica della diagnosi secondo la classificazione internazionale delle malattie ICD9-CM, che per la cirrosi non alcolica è la 571.5, sono descritti 42.000 casi con degenza media di 11,4 giorni: per frequenza si tratta della trentesima fra tutte le diagnosi principali descritte nella SDO. Il DRG 202 comprende<sup>41</sup>, ricordiamo, l'epatite acuta alcolica (571.1), la cirrosi alcolica (571.2), il danno alcolico del fegato non specificato (571.3), la cirrosi senza menzione di alcol già descritta (571.5) e la cirrosi biliare (571.6).

A questi casi di cirrosi dobbiamo aggiungere i ricoveri per epatocarcinoma (155.0, tumore maligno del fegato, classificato nel DRG 203 che comprende anche i tumori secondari del fegato, i tumori delle vie biliari e i tumori del pancreas) che sono stati, sempre nel 1996, 15.800 con 170.000 giornate di ricovero e degenza media di 10,7 giorni.

E' evidente come l'attività di ricovero in degenza ordinaria, per cirrosi ed epatocarcinoma, è elevata.

### **DEGENZA IN DAY-HOSPITAL**

L'attività di ricovero in Day-Hospital, per lo stesso anno, ha visto la cirrosi non alcolica (571.5) al 15° posto fra le diagnosi principali classificate in ordine di frequenza con 9.300 casi, 28.900 giornate di degenza e una degenza media di 3,1 giorni.

Si può ragionevolmente ritenere che una parte dei ricoveri ordinari per cirrosi epatica potesse essere condotta in Day-Hospital. Infatti, il 10,1% dei pazienti ricoverati in degenza ordinaria è stato in ospedale solo 2-3 giorni e l'8% dei casi è stato ricoverato per un solo giorno. In passato, ad esempio, i pazienti con ascite<sup>42</sup> occupavano a lungo posti letto mentre, sempre più spesso, oggi sono seguiti, anche per le necessarie paracentesi, in Day-Hospital.

Non è difficile pensare che dei complessivi 42.000 casi di cirrosi epatica (dato quindi sotto stimato perché non comprende la cirrosi alcolica e la cirrosi biliare) e dei 15.800 casi di epatocarcinoma ricoverati in degenza ordinaria sicuramente molti sono stati ripetuti (mancano al riguardo dati ufficiali). Si può ipotizzare che una parte non piccola di questi ricoveri potesse essere evitata curando questi pazienti nell'ambiente familiare e, soprattutto, la gran parte dei quattordicimila pazienti cirrotici che muoiono annualmente potesse essere assistita anche a domicilio nella fase terminale della loro vita.

## BIBLIOGRAFIA

1. Saracci R (1995) Presentazione in Geddes M. Rapporto sulla salute in Europa. Roma, Ediesse.
2. Donzelli A (1997) Sistemi sanitari a confronto. Milano, Franco Angeli.
3. Geddes M (1995) Sistemi sanitari nazionali e welfare comunitario in Geddes M. Rapporto sulla salute in Europa. Roma, Ediesse.
4. Vienonen M (1997) Le riforme sanitarie in Europa. L'assistenza Sociale. n.1/2.
5. World Health Organization (1999) The World Health Report 1999. Making a difference. Ginevra, WHO.
6. ISTAT (1998) Rapporto sull'Italia. Bologna, il Mulino.
7. Ministero della Sanità (1998) Piano sanitario nazionale 1998-2000. Roma.
8. Berlinguer G, Geddes M (1997) La salute in Italia. Rapporto 1998. Roma, Ediesse.
9. Iliffe S. Hospital at home: buyer beware. *J R Soc Med* 1997;90:181-2.
10. Shepperd S, Harwood D, Jenkinson C, Gray A, Vessey M, Morgan P. Randomized controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes. *BMJ* 1998;316:1786-91.
11. Bloom BS, Super KA. Health and medical care for the elderly and aged population: the state of the evidence *J Am Geriatric Soc* 1980;28:451-5.
12. McWhinney IR, Bass MJ, Donner A. Evaluation of a palliative care service: problems and pitfalls. *BMJ* 1994;309:1340-42.
13. Zimmer JG, Groth-Juncker A, McCusker J. A randomized controlled study of a home health care team. *Am J Public Health* 1985;75:134-41.
14. Burns T, Raftery J. Cost of schizophrenia in a randomized trial of home-based treatment. *Schizophrenia Bull.* 1991;17:407-10.
15. Knapp M, Marks I, Wolstenholme J, Beecham J, Astin J, Audini B, Connolly J, Watts V. Home-based versus hospital-based care for serious mental illness. Controlled cost-effectiveness study over four years. *Br J Psychiatry* 1998;172:506-12.
16. Hughes SL, Cummings J, Weaver F, Manheim L, Braun B, Conrad K. A randomized trial of the cost effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill. *Health Serv Res* 1992;26:801-17.
17. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, BuLa CJ, Gold MN, Yuh KR, Nisenbraum R, Rubenstein LZ, Beck JC. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995;333:1184-9.
18. Donald IP, Baldwin RN, Bannerjee M. Gloucester hospital-at-home: a randomized controlled trial. *Age & Ageing* 1995;24:434-9.
19. Wolter JM, Bowler SD, Nolan PJ, McCormack JG. Home intravenous therapy in cystic fibrosis: a prospective randomized trial examining clinical, quality of life and cost aspects. *Eur Resp J* 1997;10:896-900.
20. Gilbert DN, Dworkin RJ, Raber SR, Leggett JE. Outpatient parenteral antimicrobial drug therapy. *N Engl J Med* 1997; 337:829-38.
21. Poole JK Home infusion of intravenous immunoglobulin in human immunodeficiency virus-infected children. *J Intravenous Nursing* 1993;16:18-22.

22. Dougherty GE, Soderstrom L, Schiffrin A. An economic evaluation of home care for children with newly diagnosed diabetes: results from a randomized controlled trial. *Med Care* 1998;36:586-98.
23. Widen Holmqvist L, von Koch L, Kostulas V, Holm M, Widsell G, Tegle H, Johansson K, Almazan J, de Pedro-Cuesta J. A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. *Stroke* 1998;29:591-7.
24. Stewart S, Pearson S, Horowitz JD. Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Arch Int Med* 1998;158:1067-72.
25. Shepperd S, Harwood D, Jenkinson C, Gray A, Vessey M, Morgan P. Randomized controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. II: cost minimisation analysis. *BMJ* 1998;316:1791-96.
26. Richards SH, Coast J, Gunnell DJ, Peters TJ, Pounsford J, Darlow MA. Randomized controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. *BMJ* 1998;316:1796-1801.
27. Coast J, Richards SH, Peters TJ, Gunnell DJ, Darlow MA, Pounsford J. Hospital at home or acute hospital care? A cost minimisation analysis. *BMJ* 1998;316:1802-1806.
28. Pound P, Tilling K, Rudd AG, Wolfe CD. Does patient satisfaction reflect differences in care received after stroke? *Stroke* 1999;30:49-55.
29. Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, Chamberlain J, Freeling P, Bland JM. Randomized controlled trial of effects of coordinating care for terminally ill cancer patients. *BMJ* 1992;305:1317-22.
30. Raftery JP, Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, Bland JM, Chamberlain J, Freeling P. A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district coordinating service for terminally ill cancer patients. *Palliative Med* 1996;10:151-61.
31. Stefanini A, Fantini MP, Zanetti M. Riforme dei sistemi sanitari europei: problemi emergenti e possibili sviluppi. *Forum. Trends in experimental and clinical medicine*. 1998;8.1(suppl.2):7-24.
32. Fondazione E. Zancan (1999) L'integrazione sociosanitaria alla luce del processo di aziendalizzazione delle Usl e della remunerazione delle prestazioni a tariffa, Rapporto di ricerca commissionata da Ministero della Sanità, Servizio studi e documentazione.
33. Vecchiato T. (1999) L'integrazione socio-sanitaria nei servizi per l'età adulta e la marginalità in Geddes M. e Berlinguer G. *La salute in Italia. Rapporto 1999*. Roma, Ediesse.
34. Iliffe S. Hospital at home: from red to amber? *BMJ* 1998;316:1761-1762.
35. Gawronski S. (1997) Guida al volontariato. Torino, Einaudi.
36. Regione Emilia-Romagna. Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari. *Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna*, parte seconda, 1999, 35, 1-8.
37. Arniani S (1998) I dati statistici in Geddes M e Berlinguer G. *La salute in Italia. Rapporto 1998*. Roma, Ediesse.
38. Commissione "Epidemiologia" dell'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (1997) *Epidemiologia delle epatopatie acute e croniche in Italia*. Roma, AISF.
39. World Health Organization (1998) *The world health report 1998*. Ginevra, WHO.
40. Commissione "Ascite" dell'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (1998) *Diagnosi e trattamento del paziente ascitico*. Roma, AISF.
41. Brunati S, Corvino G, De Masi E, Fratton A, Leo P, Martinez D, Ramponi C. (1997) *DRG/ROD in gastroenterologia*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
42. Runyon BA. Management of adult patient with ascites caused by cirrhosis. *Hepatology* 1998;27: 264-272.

## GESTIONE DEL PAZIENTE CIRROTICO

Il paziente cirrotico può trovarsi in condizioni cliniche molto diverse da caso a caso e ciò dipende dalla eziologia della cirrosi, dalla severità della malattia e dalla possibile coesistenza di altre malattie (ad es. diabete, cardiopatia ischemica, broncopneumopatie croniche, ecc.).

### IL PAZIENTE CIRROTICO STABILE

Questo paziente, quando la malattia è compensata, non richiede interventi domiciliari continui e strutturati, essendo in genere autosufficiente, ma richiede interventi per controllare la correttezza dell'applicazione delle indicazioni terapeutiche.

Il paziente con cirrosi epatica compensata può essere gestito dal Medico di medicina generale e dallo specialista con periodiche visite ambulatoriali associate al controllo di alcuni parametri di laboratorio, alla esecuzione della ecografia epatica (per la diagnosi precoce dell'epatocarcinoma) e della endoscopia (per la diagnostica delle varici e della gastropatia ipertensiva).

Queste indagini debbono essere effettuate, ovviamente, in regime ambulatoriale, visto che il paziente è compensato ed autosufficiente,

Molto importante è la correttezza con cui il paziente osserva le prescrizioni del Medico. A tale proposito le prescrizioni possono prevedere sia indirizzi dietetici (dieta iposodica, dieta ipoproteica, ecc.) sia l'impiego di farmaci fra cui i disaccaridi non assorbibili, i diuretici ed i beta-bloccanti. Queste terapie necessitano di un'adeguata motivazione del paziente che talora può non seguire le posologie indicate perchè avverte effetti collaterali oppure perchè non apprezza il beneficio del farmaco. A tal proposito è consigliabile che l'ambulatorio specialistico fornisca stampati che riportino precise raccomandazioni, che le indicazioni siano trasmesse al Medico di medicina generale e siano spiegate anche ai familiari che convivono con il paziente e che si offra un sistema di rapida consultazione telefonica, per il Medico di medicina generale ed eventualmente per il paziente ed i familiari, in caso di dubbio o di eventi non previsti.

Una considerazione specifica va fatta, ad esempio, per quei pazienti che stanno seguendo una profilassi con beta-bloccanti. In questi casi l'assunzione del betabloccante sarà efficace solo se le dosi saranno adeguate e se la somministrazione non sarà interrotta anche solo occasionalmente. Sarà utile riferire al Medico di medicina generale e spiegare al paziente ed ai familiari la necessità di misurare periodicamente la frequenza al polso.

### IL PAZIENTE CON COMPLICANZE

Le cause di ospedalizzazione in un paziente con cirrosi epatica, già diagnosticato ambulatorialmente, sono in genere la comparsa di complicanze. Fra queste le più comuni sono:

1. Scompenso ascitico
2. Encefalopatia epatica
3. Emorragia digestiva
4. Febbre ed infezioni



### SCOMPENSO ASCITICO

Lo scompenso ascitico è la causa più frequente di ricovero, ma paradossalmente è anche quella che più facilmente potrebbe essere gestita a domicilio. Per ridurre il ricorso a ricoveri ripetuti è importante riferire al Medico di medicina generale e insegnare al paziente e ai familiari l'importanza di controllare il proprio peso corporeo con periodicità costante (una o più volte alla settimana) e di comunicare al Medico ogni aumento di peso superiore ai 3 kg. Il Medico potrà valutare clinicamente, ed eventualmente ecograficamente, il paziente ed attuare la terapia diuretica adatta a risolvere l'episodio all'esordio. Solo nel caso di ascite associata a segni di infezione (febbre, dolore addominale, diarrea, encefalopatia) il ricovero urgente sarà irrinunciabile così come nei casi non responsivi all'iniziale terapia diuretica per una valutazione più precisa. Il paziente non autosufficiente con necessità di ripetute paracentesi potrà essere assistito e trattato a domicilio.

### ENCEFALOPATIA EPATICA

L'encefalopatia epatica è un'altra causa di ricovero del paziente cirrotico. La condizione di encefalopatia allarma notevolmente i familiari non informati sul significato clinico di questa manifestazione. Le cause precipitanti della encefalopatia possono essere varie: infezione, sanguinamento, eccessiva diuresi indotta dai diuretici, ma anche stipsi, eccessivo consumo di carne o impiego di benzodiazepine o di altri psicofarmaci. Pertanto, oltre ad una buona prevenzione basata su una corretta dieta, sulla somministrazione di disaccaridi e sul divieto all'uso di farmaci potenzialmente pericolosi, gli episodi di encefalopatia potranno richiedere un intervento urgente a domicilio del Medico per valutare le possibili cause e, se si escludono cause infettive o emorragie, l'intervento a domicilio prevederà l'impiego di enteroclistmi di lattulosio e fleboclisi per l'idratazione e la correzione degli eventuali squilibri elettrolitici. Solo se l'episodio non si risolverà entro 12 ore il ricovero sarà necessario.

### EMORRAGIA DIGESTIVA

Il sanguinamento gastroenterico è una delle complicanze più gravi della cirrosi epatica. In questo caso non si può rinunciare alla esecuzione di un'endoscopia di urgenza per identificare la causa della emorragia. La necessità di procedere all'accertamento immediato della sede del sanguinamento, ed il rischio elevato di morte, rendono improrogabile il ricovero in ospedale.

### FEBBRE ED INFEZIONI

La febbre e le infezioni sono molto frequenti (ne soffre circa il 30% dei pazienti cirrotici ricoverati). In questo caso bisogna fare una distinzione preliminare. In alcuni casi, come le infezioni del tratto urinario inferiore o delle alte vie respiratorie, il ricovero può essere evitato se ci si assicura che il paziente sia in grado di praticare la terapia antibiotica prescritta, assicurando eventualmente il servizio di assistenza per le somministrazioni parenterali e valutando il successo della terapia con indagini domiciliari e ambulatoriali (esame urine, urinocoltura, emocromo, radiografia del torace, ecc.).

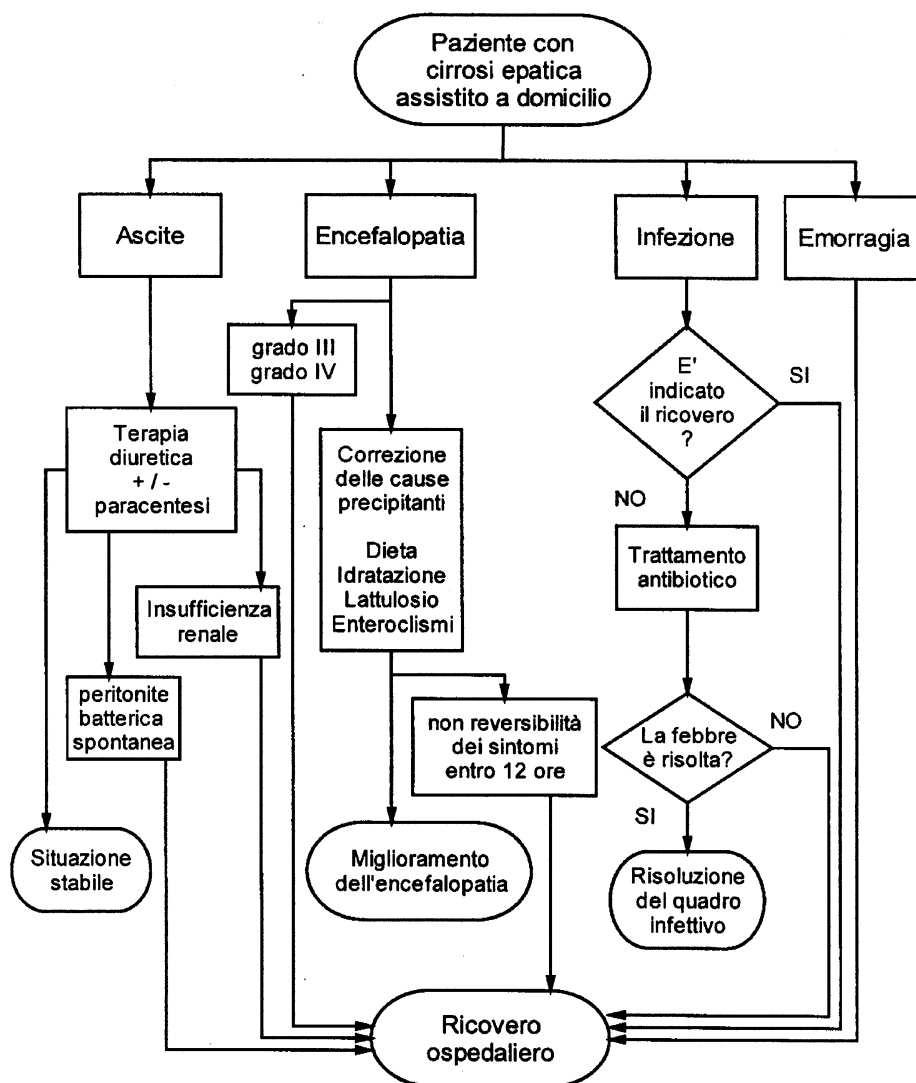
Al contrario, altri episodi infettivi (peritonite, endocardite, broncopolmonite, ecc. impongono il ricovero del paziente data la necessità di terapie più aggressive e di esami frequenti per controllare alcuni parametri vitali (funzionalità respiratoria, renale, cardiaca ecc.).

In sintesi, l'assistenza domiciliare del paziente cirrotico, quando la situazione del paziente è ben conosciuta per precedente valutazione ambulatoriale o ricovero, potrà essere riservata ad alcune delle complicanze descritte (scompenso ascitico, encefalopatia epatica, febbre ed infezioni) sempre che non ci sia la necessità di ricovero ospedaliero per indagini urgenti, sorveglianza continua e terapie complesse.

Per rendere efficace questo tipo di intervento è necessario che il paziente abbia, ovviamente, un'assistenza familiare continuativa, partecipe ed attiva durante la giornata, sia stato precedentemente controllato periodicamente dal proprio Medico di medicina generale e presso l'ambulatorio specialistico, e che l'organizzazione dell'assistenza domiciliare sia rapidamente attivabile ed in grado di fornire gli interventi richiesti (visite, prelievi per esami di laboratorio, enteroclistmi, terapia parenterale, paracentesi, ecc.).

Il diagramma di flusso riassume le potenzialità di questa strategia assistenziale.

Nei successivi capitoli saranno affrontate le singole complicanze considerando le possibilità di assistenza a domicilio e le proposte della commissione.



## SCOMPENSO ASCITICO

Vengono considerate le possibilità diagnostiche e terapeutiche attuabili a domicilio per i pazienti con ascite controllata dalla terapia diuretica, con ascite ingravescente e/o oligo-anuria durante terapia diuretica e con situazione clinica instabile nota ed ascite ingravescente.

### ASCITE CONTROLLATA DALLA TERAPIA DIURETICA

Per questi pazienti non è necessaria l'assistenza domiciliare.

I parametri da controllare nel paziente cirrotico sottoposto a terapia diuretica sono quelli necessari per verificare l'efficacia della stessa e l'eventuale comparsa di complicanze.

Il paziente ascitico a domicilio deve quindi controllare periodicamente (una o più volte alla settimana) il peso corporeo e, quando è indicato e possibile, la diuresi giornaliera. Deve essere sottoposto periodicamente (ogni 4-8 settimane in funzione della posologia della terapia diuretica) ad indagini di laboratorio quali azotemia, creatininemia, elettroliti plasmatici e urinari<sup>1</sup>.

### ASCITE INGRAVESCENTE E/O OLIGO-ANURIA DURANTE LA TERAPIA DIURETICA

Per alcuni di questi pazienti, quando compromessi nell'autosufficienza, può essere indicata l'assistenza domiciliare.

Nella valutazione domiciliare di questo paziente, che per la prima volta risulta clinicamente instabile, bisogna innanzi tutto verificare l'oligo-anuria, quando presente, e differenziarla da una sempre possibile ritenzione urinaria acuta valutando anche la possibilità di posizionare un catetere vescicale. Una volta esclusa questa possibilità è consigliato valutare urgentemente quali possono essere le cause che hanno complicato il quadro clinico del paziente. In particolare si deve escludere l'eventuale presenza di sintomi e/o segni di infezione, valutare il malato con esami di laboratorio (esame emocromocitometrico, azotemia, creatininemia ed elettroliti sierici<sup>2</sup>, esame urine ed eventualmente urinocoltura) e sottoporlo a paracentesi esplorativa (conta leucocitaria ed esame colturale)<sup>3,4</sup>.

Queste prime indagini, eseguibili a domicilio, possono consentire di definire il caso ed il successivo percorso diagnostico e terapeutico:

1. Se viene escluso il sospetto di infezione e la funzione renale è stabile il paziente può essere seguito a domicilio. La terapia diuretica può essere aumentata controllando anche quotidianamente peso corporeo e diuresi. Gli esami di laboratorio<sup>4,5</sup> (azotemia, creatininemia, elettroliti sierici ed urinari) saranno valutati periodicamente (ogni 3-7 giorni) sino alla risoluzione della situazione clinica. Se i controlli indicano peggioramento della funzione renale (incremento superiore al 100% della creatininemia iniziale o un valore assoluto maggiore di 2 mg/dl)<sup>6</sup> o alterazioni elettrolitiche<sup>7,9</sup> e se compare encefalopatia<sup>10</sup> il paziente presenta un'ascite intrattabile con i diuretici e può quindi essere indispensabile il ricovero ospedaliero. Nel caso la funzione renale rimanga stabile ai controlli periodici ed il paziente risponda alla nuova posologia della terapia diuretica si controlleranno gli esami di laboratorio ogni 7-14 giorni sino alla stabilizzazione del quadro clinico. Infine, nel caso la funzione renale si mantenga stabile, non compaiano altre complicanze e non si osservi, nonostante la terapia, riduzione del versamento ascitico (ascite resistente alla azione dei farmaci diuretici) è indicata la paracentesi evacuativa<sup>2,11-14</sup> previo controllo della conta piastrinica e dell'attività protrombinica.

La paracentesi evacuativa può essere praticata sin dall'inizio in caso di ascite massiva, in particolare se sintomatica, previo controllo dei parametri indicati. La scelta di trattare cronicamente il malato con albumina umana sarà valutata dal Medico nel singolo caso non essendovi consenso sull'efficacia di questa terapia nell'ascite refrattaria.

2. Se viene posta diagnosi di peritonite batterica spontanea è indicato il ricovero in ospedale<sup>3 15-17</sup>.
3. Nel caso in cui si sospetti la presenza di un'infezione diversa dalla peritonite batterica spontanea rinviamo alla sezione relativa alla febbre e alle infezioni.
4. Se compare insufficienza renale mai descritta in precedenti controlli (creatinina superiore a 1.5 mg/dl, azotemia maggiore di 50 mg/dl) o si osserva l'aggravamento di un'insufficienza renale preesistente (incremento della creatininemia superiore al 100% del valore basale) secondaria o meno ad un'infezione è indicato il ricovero in ospedale<sup>5 18 19</sup>, sempre che non si decida con i familiari di mantenere il paziente a domicilio in relazione al quadro clinico di malattia epatica nella fase terminale.

#### **SITUAZIONE CLINICA INSTABILE NOTA ED ASCITE INGRAVESCENTE**

Per alcuni di questi pazienti, quando compromessi nell'autosufficienza, può essere indicata l'assistenza domiciliare.

In questi casi il paziente presenta un'ascite resistente alla terapia diuretica e si procede a valutare ogni 7- 14 giorni gli esami di laboratorio (esame emocromocitometrico, azotemia, creatininemia, elettroliti sierici ed urinari). Se la funzione renale si mantiene stabile si può sottoporre il malato, presso il suo domicilio, a paracentesi evacuativa completa con adeguata espansione del volume plasmatico secondo quanto consigliato anche dalle Linee Guida AISF<sup>12-14</sup>. Dovranno essere comunque eseguite su campioni di liquido ascitico alcune indagini quali la conta leucocitaria e l'esame colturale. La paracentesi va eseguita, e controllata per tutto il periodo in cui si protrae, dal medico.

Anche per questi malati la scelta di somministrare cronicamente albumina umana sarà valutata dal medico nel singolo caso non essendo noti studi clinici che dimostrino l'efficacia di questa terapia nell'ascite refrattaria.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Badalamenti S, Graziani G, Salerno F, Ponticelli C. Hepatorenal syndrome. New perspective in pathogenesis and treatment. *Arch. Intern. Med.* 1993; 153: 1957-1967.
2. Arroyo V, Ginès P, Gerbes A, Dudley FJ, Gentilini P, Laffi G, Reynolds TB, Ring Larsen H, Scholmerichh J. Definition and diagnostic criteria of refractory ascites and hepatorenal syndrome. *Hepatology.* 1996; 23: 164- 176.
3. Hoefs JC, Runyon BA. Spontaneous bacterial peritonitis. *DM. Dis. Mon.* 1985; 31: 1-48.
4. Runyon BA, Canawati HN, Akiriviadis EA. Optimization of ascitic fluid culture technique. *Gastroenterology.* 1988; 95: 1351-1355.
5. Arroyo CV, Ginès P, Jimenez W, Rodès J, Ascites, renal failure and electrolyte disorders in cirrhosis. Pathogenesis, diagnosis and treatment. In: McIntyre, BenhamouJP, Bircher J, Rizzetto M, Rodès J. Eds *Oxford Textbook of Clinical Hepatology*, Vol. 1. Oxford. Oxford University Press. 1991; 429-470.
6. PokrosTJ, Reynolds TB. Rapid diuresis in patients with ascites from chronic liver disease; the importance of peripheral edema. *Gastroenterology.* 1986; 90: 1827-1833.
7. Gregory P, Broekelschen PH, Hill MD et al. Complications of diuresis in the alcoholic patient with ascites: a controlled trial. *Gastroenterology.* 1977; 73: 534-538.
8. Sherlock S, Senewiratne B, Scott A, Walker Jg. Complications of diuretic therapy in hepatic cirrhosis. *Lancet.* 1966; 1: 1049-1053.
9. Strauss E, De Sa Mf, Lacet CM, Cartapattida da Silva E, Regina dos Santos W. Standardization of a therapeutic approach for ascites due to chronic liver disease: a prospective study of 100 cases. *GED.* 1985; 4: 79-86.
10. Ferenci P, Hepatic encephalopathy. In: McIntyren, BenhamouJP, Bircher J, Rizzetto M, Rodès J. Eds *Oxford Textbook of Clinical Hepatology*, Vol. 1. Oxford. Oxford University Press. 1991; 473-483.
11. Ginès P, Arroyo V, Quintero E. et al. Comparitazion of paracentesis and diuretics in the treatment of cirrhotics with tense ascites. Results of randomized study. *Gastroenterology.* 1987; 93: 234-241.
12. Ginès P, Tito LL, Arroyo V et al. Randomized comparative study of therapeutic paracentesis with and without intravenous albumin in cirrhosis. *Gastroenterology.* 1988; 94: 1493- 1502.
13. Salerno F, Badalamenti S, Tempini S et al. Repeated paracentesis and i.v. albumin infusion to treat tense ascites in cirrhotic patients. *J. Hepatol.* 1987; 5: 102-108.
14. Tito LL, Ginès P, Arroyo V et al. Total paracentesis plus i.v. albumin infusion in the treatment of cirrhotics with tense ascites. *Gastroenterology.* 1990; 98: 146-151.
15. Gurner C, Soriano G. Spontaneous bacterial peritonitis. *Se. Liv. Dis.* 1997; 17: 203-216.
16. Runyon BA, Monomicrobial nonneutrocytic bacteriascites: a variant of spontanous bacterial peritonitis. *Hepatology.* 1990; 12: 710-715.
17. Runyon BA, Hoefs JC, Culture-negative neutrocytic ascites: a variant of spontaneous bacterial peritonitis. *Hepatology.* 1984; 4: 1209-1211.
18. Bataller R, Ginès P, Guevara M. Arroyo V. Hepatorenal syndrome. *Sem. Liv. Dis.* 1997; 17: 233-247.
19. Arroyo V, Bernardi M, Epstein M, Henriksen JH, Schrier RW, Rodes J. Pathophysiology of ascites and functional renal failure in cirrhosis. *J. Hepatol.* 1988; 6: 239-257.

## ENCEFALOPATIA EPATICA

Nell'ambito di questa complicanza rientrano due situazioni cliniche distinte: la forma episodica e quella cronica. La prima è una complicanza acuta, più simile ad un delirio, limitata nel tempo, in genere scatenata da un evento precipitante che deve essere identificato e rimosso, pena la non risoluzione del quadro clinico. La seconda è una condizione clinica permanente (più simile ad una demenza) i cui sintomi possono essere attenuati da una serie di accortezze dietetiche e da farmaci che vanno assunti continuamente. Quest'ultima forma di encefalopatia raramente necessita di ricovero.

### ENCEFALOPATIA EPISODICA

La decisione di mantenere a domicilio un paziente affetto da grave insufficienza epatica che manifesti acutamente sintomi neuropsichiatrici riferibili ad un episodio di encefalopatia epatica dovrebbe essere basata sui seguenti criteri: 1) valutazione della gravità del quadro clinico; 2) valutazione della gravità e della trattabilità domiciliare dell'evento precipitante l'encefalopatia; 3) certezza della diagnosi di encefalopatia (possibilità di eseguire a domicilio un'adeguata diagnosi differenziale); 4) rapida reversibilità dei sintomi in seguito alla terapia di base.

### VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ DEL QUADRO CLINICO

Una classificazione dei sintomi neurologici suddivisi in quattro gradi di progressiva gravità è riportata in Tabella 1.

Tabella 1: GRADI DELL'ENCEFALOPATIA EPATICA

GRADO	LIVELLO DI COSCIENZA	COMPORAMENTO E INTELLETTO	SEGNI NEUROLOGICI
1°	inversione del ritmo sonno-veglia	Lieve confusione, agitazione, irritabilità	Tremore, aprassia, incordinazione, scrittura difficoltosa
2°	letargia, eloquio rallentato	Disorientamento temporale, amnesia, comportamento inappropriato	Asterissi, atassia, disartria, riflessi ridotti
3°	Confusione, sonnolenza	Disorientamento spaziale, comportamento aggressivo	Asterissi, iperreflessia, Babinski pos., rigidità muscolare
4°	Coma	Coma	Decerebrazione

Il ricovero ospedaliero è indispensabile per i pazienti in grado quarto e per i pazienti in grado terzo che presentino comportamento aggressivo tale da mettere in pericolo se stessi o i familiari.

#### VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ E TRATTABILITÀ DELL'EVENTO PRECIPITANTE

Le cause precipitanti l'encefalopatia sono: eccessiva assunzione di proteine con la dieta, stipsi, emorragia digestiva, infezioni, insufficienza renale, alcalosi metabolica, terapia diuretica inappropriata, paracentesi, ipotensione arteriosa, benzodiazepine, necrosi epatica acuta. L'emorragia digestiva e le infezioni, inclusa la peritonite batterica spontanea, impongono il ricovero. La disidratazione, l'ipotensione e gli squilibri idro-elettrolitici secondari in genere alla terapia diuretica, vanno valutati caso per caso.

Le indagini di laboratorio da considerare in questi casi sono: esame emocromocitometrico, glicemia, azotemia, creatininemia, elettroliti sierici. I limiti relativi all'utilizzo domiciliare del dosaggio dell'ammoniemia e dell'emogasanalisi sono discussi oltre.

#### CERTEZZA DELLA DIAGNOSI

Non esistono sintomi o dati di laboratorio patognomonicamente dell'encefalopatia epatica. La diagnosi deve quindi sempre essere posta dopo aver escluso altre cause di danno neurologico che possono verificarsi nel paziente cirrotico (Tabella 2).

Tabella 2: DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELL'ENCEFALOPATIA

<b>ENCEFALOPATIE METABOLICHE:</b>
• <i>Ipoglicemia</i>
• <i>Squilibri elettrolitici (Iposodiemia)</i>
• <i>Ipossia</i>
• <i>Narcosi da CO<sub>2</sub></i>
• <i>Uremia</i>
• <i>Chetoacidosi</i>
<b>ENCEFALOPATIE TOSSICHE:</b>
• <i>Alcool (intossicazione acuta, sindrome da astinenza, sindrome di Wernicke-Korsakoff)</i>
• <i>Farmaci psicoattivi</i>
<b>LESIONI ENDOCRANICHE:</b>
• <i>Emorragia subaracnoidea, subdurale o intracerebrale</i>
• <i>Ictus cerebri</i>
• <i>Lesioni occupanti spazio</i>
• <i>Meningite, encefalite</i>

La decisione di trattare il paziente a domicilio deve essere presa solo quando la diagnostica differenziale è eseguibile a domicilio. Pertanto il sospetto di lesione endocranica (deficit di forza, segni di lato, ecc. all'esame obiettivo neurologico) impone il ricovero (per l'esecuzione di indagini radiologiche, puntura lombare, ecc.). Il sospetto di alterazioni dell'equilibrio acido-base e/o dell'emogasanalisi deve essere valutato caso per caso e la decisione di non ricoverare il paziente dipende anche dalle risorse locali disponibili (disponibilità del medico ad effettuare il prelievo arterioso, possibilità dell'analisi in condizioni tecnicamente adeguate, ecc.). La non specificità diagnostica degli esami di laboratorio nell'encefalopatia epatica riguarda anche l'ammoniemia. Elevati valori di ammoniemia si associano in genere all'encefalopatia epatica ma non sono rari i casi di encefalopatia con valori di ammoniemia solo lievemente alterati come pure, specie nei pazienti con shunt porta-cava, i casi di iperammoniemia senza segni clinici di encefalopatia. La normalità dell'ammoniemia in un paziente cirrotico con alterazioni neurologiche deve in ogni caso far approfondire la diagnostica differenziale alla ricerca di cause diverse dall'encefalopatia epatica. Occorre però sottolineare che l'attendibilità dell'ammoniemia è totalmente vanificata se il prelievo non è eseguito correttamente (ottenendo sangue venoso senza stasi in una provetta contenente EDTA precedentemente posta in un bagno di acqua e ghiaccio) trasportato in laboratorio in ghiaccio e dosato immediatamente.

#### **RAPIDA REVERSIBILITÀ DEI SINTOMI IN SEGUITO ALLA TERAPIA DI BASE**

La terapia di base dell'encefalopatia epatica consiste nella correzione dell'evento precipitante e nell'applicazione di un trattamento empirico da applicare a prescindere, talora, dall'evento precipitante in gioco. Il trattamento da eseguire a domicilio è rappresentato dalla correzione della causa precipitante (interruzione della terapia diuretica, interruzione della somministrazione di benzodiazepine, idratazione e correzione degli squilibri elettrolitici) e dalla terapia empirica (dieta ipoproteica o aproteica, lattulosio o lattitolo per bocca, enteroclima con lattulosio o con fosfato). Il tempo necessario per giudicare non efficace tale terapia (e quindi predisporre il ricovero) è di 12 ore. E' indicato il ricovero anche per quei pazienti che dopo un'iniziale risposta mostrano una ricaduta precoce. Se la terapia di base è inefficace occorre riconsiderare l'adeguatezza della diagnosi di encefalopatia epatica, rivalutare i possibili eventi precipitanti che potrebbero essere sfuggiti o non essere stati adeguatamente corretti. Il nuovo programma di diagnosi differenziale e/o di terapia dell'evento precipitante è verosimilmente meglio eseguibile col paziente ospedalizzato.

#### **ENCEFALOPATIA CRONICA**

L'encefalopatia epatica cronica per la sua caratteristica di alterazione permanente dello stato mentale e/o della funzione neuromuscolare raramente necessita di ricovero ospedaliero. In questi pazienti i sintomi neuromuscolari in genere prevalgono sulle alterazioni dello stato mentale che in genere sono di lieve entità. La gestione domiciliare di questi pazienti deve prevedere di evitare l'uso di farmaci sedativi o ipnotici, controllare la dieta ed evitare la stipsi. Il grado di disabilità di questi pazienti raramente è grave. Questi pazienti possono andare incontro a riacutizzazioni episodiche dell'encefalopatia la cui valutazione e gestione domiciliare è del tutto simile a quella dell'encefalopatia episodica cui pertanto si rimanda.

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Riordan SM & Williams R. Treatment of hepatic encephalopathy. *New England Journal of Medicine* 1997; 337: 473-479.
2. Ferenci P. Hepatic encephalopathy. In *Oxford textbook of clinical hepatology*. Vol I. Oxford, England. Oxford University Press 1991: 473-483.
3. Mullen KD & Gacad R. Hepatic encephalopathy. *Gastroenterologist* 1996; 1: 188-202.



## FEBBRE E INFEZIONI

Il paziente con cirrosi avanzata presenta spesso febbre. Al momento del ricovero in ospedale, circa il 20% dei pazienti con cirrosi è febbrile. Nell'ottanta per cento dei pazienti con malattia scompensata, l'aumento della temperatura corporea è causato da infezioni. Altre cause di febbre possono essere la presenza di epatocarcinoma e l'attività della malattia epatica. Quest'ultima evenienza è più comune nei pazienti con epatopatia alcolica. La diagnosi di febbre da "attività" della cirrosi, in ogni modo, deve essere sempre posta dopo aver escluso altre cause.

I pazienti con cirrosi sono particolarmente esposti al rischio di contrarre infezioni batteriche. Circa la metà dei pazienti ospedalizzati presenta un'infezione batterica al momento del ricovero o sviluppa questa complicanza durante la degenza. Inoltre, circa il 40% di queste infezioni sono severe e mettono a repentaglio la vita del paziente. Infine, gli episodi batteriemici sono 4-5 volte più frequenti nei pazienti cirrotici rispetto a soggetti degenti in reparti di medicina generale.

Le cause dell'aumentata suscettibilità del cirrotico alle infezioni sono numerose (difettosa attività del sistema immunitario, ipertensione portale, emorragie digestive, frequenti ricoveri in ospedale e manovre invasive, eventuale trattamento immunosoppressore) e la presenza di ascite aumenta il rischio di infezione perché in questi malati è maggiore la frequenza dei ricoveri, delle manovre invasive ed il rischio emorragico. Altri elementi che facilitano le infezioni nei pazienti con ascite sono: 1. l'ascite è un compartimento relativamente "segregato", facilmente colonizzabile dai germi in corso di batteriemia e difficilmente raggiungibile dai mediatori della risposta antibatterica; 2. la sopraelevazione del diaframma può ridurre l'ampiezza degli atti respiratori e provocare atelettasia polmonare basilare e 3. il versamento favorisce la formazione di ernie, soprattutto ombelicali, con rischio di strozzamento, flogosi e rottura del sacco erniario. Quanto esposto rende ragione del fatto che gli episodi infettivi sono più frequenti nei pazienti in classe C di Child.

Le infezioni batteriche più frequentemente osservabili nel cirrotico ospedalizzato sono quelle del tratto genito-urinario (25-54%); seguono la peritonite batterica spontanea nei malati con ascite (10-30%), le infezioni bronco-polmonari (20%), quelle dermatologiche (2-12%) e la setticemia (4%). Anche nei pazienti non ospedalizzati, l'infezione nettamente più frequente è quella a carico del tratto genito-urinario.

Le infezioni genito-urinarie e la peritonite batterica spontanea recidivano facilmente. Per quest'ultima si può prevedere un tasso di recidiva ad un anno oscillante dal 40 al 70%.

I batteri più frequentemente responsabili di queste infezioni sono i Gram-negativi aerobici normalmente presenti nel lume intestinale (70% dei casi). Quelli riscontrati più spesso sono: *Escherichia coli*, *Enterobacteriacee*, *Klebsiella pneumoniae* e *Proteus mirabilis*. Meno frequentemente si possono isolare cocci Gram-positivi (*Streptococchi* e *Stafilococco aureo*) e batteri anaerobici.

La mortalità da infezione è elevata: 20-40% in caso di batteriemia, 70% in caso di setticemia severa, 20-40% in corso di peritonite batterica spontanea e 30% in caso di polmonite (dato quest'ultimo desunto da casistiche di pazienti alcolisti). La presenza di infezione batterica aumenta la mortalità ospedaliera dal 5% (pazienti senza infezione) al 30%.

### **MANIFESTAZIONI CLINICHE E QUADRO DI LABORATORIO**

Nel paziente con insufficienza epatica grave le infezioni possono decorrere in assenza dei segni e sintomi tipici. Ne devono fare sospettare la presenza un deterioramento del quadro clinico non altrimenti giustificato, con comparsa o peggioramento dell'astenia, dell'anoressia, dell'encefalopatia epatica e dell'ascite (es.: resistenza a trattamento diuretico precedentemente efficace) ed insorgenza di ipotensione, febbre, vaga dolorabilità addominale, vomito e diarrea.

La leucocitosi neutrofila può mancare, soprattutto in caso di infezione genito-urinaria. Il paziente può essere anche leucopenico, in quanto l'ipertensione portale si associa di regola a splenomegalia ed ipersplenismo (leuco-piastrinopenia). In questi casi si dovrà valorizzare l'aumento del numero dei granulociti neutrofili rispetto al valore abituale.

### **ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO**

Nel sospetto di infezione, l'anamnesi e l'esame obiettivo del malato saranno volti a ricercare una recente esposizione a fattori di rischio ambientali e iatrogeni (contatto con persone od animali infetti, recenti interventi chirurgici o manovre invasive, trattamenti immunosoppressori, terapie antibiotiche prolungate per la profilassi della peritonite batterica spontanea, trasfusioni), ad esaminare accessi venosi e cateteri, a ricercare segni di infezione delle prime vie aeree, polmonare, urinaria, addominale, dell'orecchio, del cavo orale, dentaria e, soprattutto nei soggetti edematosi, cutanea e sottocutanea.

### **ACCERTAMENTI DI LABORATORIO E STRUMENTALI**

Nel caso si sospetti un episodio infettivo, è opportuno eseguire accertamenti di laboratorio e strumentali: esame emocromocitometrico, glicemia, azotemia, creatininemia, VES, bilirubinemia, elettroliti sierici, test delle urine e, in caso di rilievo di alterazioni della composizione chimica, esame urine completo ed urinocoltura, emocoltura (nel sospetto di batteriemia), radiografia del torace (nel sospetto di infezione broncopolmonare o pleurica), paracentesi con leucometria ed esame colturale nei pazienti con ascite.

Le condizioni che richiedono il ricovero in ospedale sono elencate nella Tabella 1 e il diagramma di flusso indica come può essere gestito a domicilio il paziente cirrotico con febbre.

Tabella 1: INDICAZIONI AL RICOVERO IN CASO DI FEBBRE.

SEGNI E SINTOMI ASPECIFICI:

- ipotensione arteriosa
- dispnea o tachipnea
- comparsa od aggravamento dell'ittero
- encefalopatia epatica di grado  $>I$  (o peggioramento del grado nei pazienti con encefalopatia cronica) non risolubile (o migliorabile) con la terapia specifica (vedi: encefalopatia epatica).
- deterioramento della funzionalità renale (aumento del 50% di azotemia e/o creatininemia; refrattarietà al trattamento diuretico)
- comparsa di iponatremia marcata ( $<125$  mmol/l), iperpotassiemia ( $>6$  mmol/l), ipopotassiemia ( $<2.5$  mmol/l) non rapidamente correggibili con sospensione del trattamento diuretico, espansione plasmatica e, in caso di ipopotassiemia, somministrazione e.v. di potassio.

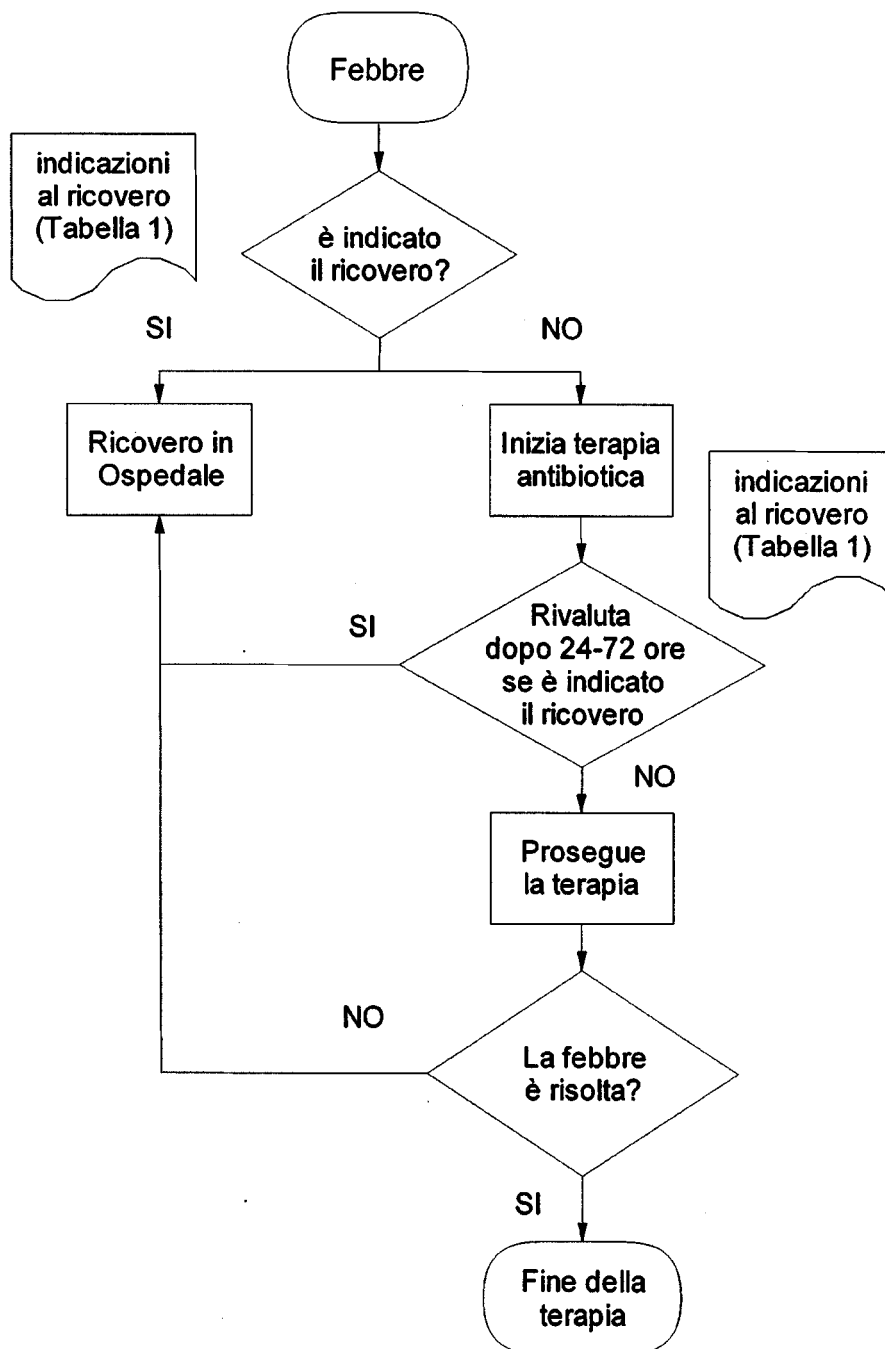
SEGNI E SINTOMI DI LOCALIZZAZIONE D'ORGANO E/O DI COAGULOPATIA ACUTA:

- meningismo
- peritonismo
- ematuria, emoftoe, emottisi, melena, ematemesi, ematomi profondi o rapida comparsa di petecchie e soffiusioni emorragiche cutanee
- segni obiettivi di focolaio broncopneumonico, pleurite, pericardite o pielonefrite
- comparsa di rumori cardiaci aggiunti (indicativi di valvulopatia acuta)
- infezione del liquido ascitico
- ascesso cutaneo o profondo

SEGNI E SINTOMI DI INFEZIONE PROBABILE / CERTA:

- febbre  $> 38$  °C resistente al trattamento antibiotico (persistente per più di 3 giorni)
- febbre senza causa apparente e resistente al trattamento antibiotico (persistente per più di 5 giorni)
- ricomparsa della febbre dopo defervescenza (evento indicativo di sovrainfezione o complicanza settica, quale endocardite subacuta o embolo settico)

La presenza di febbre fino a 38.5 °C nei 7-10 giorni successivi ad un trattamento di chemioembolizzazione transarteriosa per carcinoma epatocellulare non rappresenta un'indicazione all'ospedalizzazione ed al trattamento antibiotico, purché non si associ a segni e sintomi suggestivi di batteriemia o ascessuazione (brivido, peritonismo, ipotensione arteriosa, turbe del sensorio, ecc.).  
Il diagramma di flusso indica come può essere gestito a domicilio il paziente cirrotico con febbre.



### TERAPIA DELLE INFEZIONI BATTERICHE NELLA CIRROSI

L'elevato rischio di mortalità del paziente con cirrosi avanzata in seguito ad infezione pone l'indicazione al trattamento antibiotico anche in caso di semplice sospetto di infezione. Nell'attesa dei risultati delle indagini colturali, è opportuno iniziare il trattamento con antibiotici attivi sui germi che più probabilmente sono in causa ed in relazione alla sede dell'infezione. Nel paziente con ridotte difese immunitarie la defervescenza indotta da un'antibioticoterapia efficace avviene spesso in modo graduale e nel corso di 3 o 4 giorni.

Gli antibiotici di prima scelta:

- \* infezioni delle prime vie aeree ed urinarie: chinolonici, cefalosporine, amoxicillina;
- \* infezioni polmonari: cefalosporine di III generazione (cefotaxime, ceftriaxone);
- \* infezioni del liquido ascitico: cefotaxime e chinolonici nelle forme non gravi.

Il dosaggio iniziale è quello normalmente consigliato, adattato alla funzionalità renale. Il paziente con cirrosi presenta una spiccata suscettibilità all'azione lesiva dei farmaci nefrotossici. Pertanto è opportuno evitare l'uso degli antibiotici aminoglicosidici (Tabella 2).

**Tabella 2: ANTIBIOTICI ED ANTIPIRETTICI IL CUI USO VA EVITATO NELLA CIRROSI**

<b>Farmaco</b>	<b>Rischi</b>
• Aminoglicosidi*	Insufficienza renale
• Rifamicina	Colestasi
• ASA e FANS	Insufficienza renale
	Emorragia digestiva
	Epatite

\* Gli antibiotici aminoglicosidici sono utilizzabili solo in caso di dimostrata resistenza agli altri antibiotici ed associando una stretta sorveglianza della funzione renale. ASA: acido acetilsalicilico, FANS: farmaci anti-infiammatori non steroidei.

Pur non esistendo studi di confronto diretto fra soggetti cirrotici e pazienti con altra patologia, questo suggerimento proviene da numerose evidenze cliniche. Fra esse, va ricordato uno studio che ha dimostrato come l'impiego di tobramicina nei pazienti epatopatici si associa a segni di nefrotossicità nel 73% dei casi e che la presenza di epatopatia rappresenta un fattore di rischio indipendente per la comparsa di insufficienza renale in corso di trattamento con aminoglicosidi. Particolarmente esposti al rischio di nefrotossicità da aminoglicosidi risultano i cirrotici che presentano aumentati livelli di creatinemia prima del trattamento.

Quando necessario la riduzione della febbre può essere ottenuta mediante l'uso di antipiretici dopo aver applicato provvedimenti fisici (ghiaccio...). Tuttavia, è importante che tale riduzione avvenga in modo graduale, allo scopo di evitare episodi ipotensivi. L'antipiretico di scelta è il paracetamolo, dotato di un effetto antipiretico più blando rispetto all'acido acetilsalicilico (ASA) ed ai farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS). Inoltre, ASA e FANS possono causare epatite con meccanismi patogenetici diversi a seconda del farmaco impiegato ed indurre facilmente importanti effetti collaterali, quali emorragia digestiva da lesioni della mucosa gastro-duodenale e deterioramento della funzione renale (Tabella 2).

Va ricordato, tuttavia, che il paracetamolo è dotato di epatotossicità dose-dipendente e che il difetto dei sistemi metabolici e di difesa del cirrotico aumenta la suscettibilità al danno da paracetamolo; pertanto, anche dosi terapeutiche possono causare una significativa sofferenza epatica. Si suggerisce, quindi, di somministrare il farmaco solo in caso di febbre maggiore di 38 °C e di non superare il dosaggio di 3 gr/die.

## BIBLIOGRAFIA

1. Arroyo V, Ginés P, Rimola A, Rodés J. Renal function abnormalities, prostaglandins, and effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in cirrhosis with ascites. An overview with emphasis on pathogenesis. *Am J Med* 1986 (Suppl 2B), 81: 104-122
2. Cabrera J, Arroyo V, Ballestra AM, Rimola A, Gual J, Elena M, Rodés J. Aminoglycoside nephrotoxicity in cirrhosis. Value of urinary beta-2-microglobulin to discriminate functional renal failure from acute tubular damage. *Gastroenterology* 1982, 82: 97-105.
3. Caly WR, Strauss E. Prospective study of bacterial infections in patients with cirrhosis. *J Hepatol* 1993, 18 : 353-358.
4. Casafont F, de las Heras G, Martin L, Lopez MJ, Ledesma F, Pons F. Small bowel bacterial overgrowth in patients with alcoholic cirrhosis. *Dig Dis Sci* 1995, 40 : 1252-1256.
5. Gomez F, Ruiz P, Schreiber AD. Impaired function of Fc-gamma receptors and bacterial infection in alcoholic cirrhosis. *N Engl J Med* 1994, 331 ; 1123-1127.
6. Graudal N, Milnam N, Kirkegard E, et al. Bacteremia in cirrhosis of the liver. *Liver* 1986, 6: 297-301.
7. Guarner C, Runyon BA, Young S, Heck M, Sheikh Y. Intestinal bacterial overgrowth and bacterial translocation in cirrhotic rats with ascites. *J Hepatol* 1997, 26: 1372-1378.
8. Guarner C, Soriano G. Spontaneous bacterial peritonitis. *Sem Liver Dis* 1997, 17 : 203-217.
9. McCormick PA, Greenslade L, Kibbler CC, Chin JK, Burroughs AK, McIntyre N. A prospective randomized trial of ceftazidime versus netilmicin plus mezlocillin in the empirical therapy of presumed sepsis in cirrhotic patients. *Hepatology* 1997, 25: 833-836.
10. Moore RD, Smith CR, Lietman PS. Increased risk of renal dysfunction due to interaction of liver disease and aminoglycosides. *Am J Med* 1986;80: 1093-1097.
11. Navasa M, Follo A, Filella X, Jimenez W, Francitorra A, Planas R, Rimola A, Arroyo V, Rodés J. Tumor necrosis factor and interleukin-6 in spontaneous bacterial peritonitis in cirrhosis: relationship with development of renal impairment and mortality. *Hepatology* 1998, 27: 1227-1232.
12. Rimola A, Soto A, Bory F, Arroyo V, Piera C, Rodes J. Reticuloendothelial system phagocytic activity in cirrhosis and its relation to bacterial infections and prognosis. *Hepatology* 1984, 4 : 53-58.
13. Runyon BA. Management of adult patients with ascites caused by cirrhosis. *Hepatology* 1998, 27 : 264-272.
14. Wyke RJ. Problems of bacterial infections in patients with liver disease. *Gut* 1987, 28 : 629-641.
15. Zuckerman MJ, Anuras S. Analgesic hepatopathy. In: *Drug-induced hepato-toxicity*. Cameron RG, Feuer G, de la Iglesias FA eds. Springer, Berlino 1996, 515-542.

## ORGANIZZARE L'ASSISTENZA DOMICILIARE EPATOLOGICA

Chi volesse assistere a domicilio i malati con cirrosi epatica, scompensati e limitati nell'autosufficienza, dovrà fare riferimento al distretto della propria azienda Usl che è la sede organizzativa di tutte le cure territoriali e, in particolare, dell'assistenza domiciliare integrata.

Tra gli elementi indispensabili, già citati, per la realizzazione delle cure domiciliari ricordiamo il Servizio infermieristico distrettuale e la disponibilità dei Medici di medicina generale.

Il Medico specialista ospedaliero (epatologo) può provenire da Unità Operative di Gastroenterologia, Medicina Interna o Malattie Infettive secondo le attitudini e gli interessi sviluppati nell'ospedale della propria azienda Usl.

Nel caso le risorse mediche specialistiche od infermieristiche non potessero garantire continuità all'assistenza domiciliare è auspicabile che associazioni di volontariato (Onlus) con competenze tecnico-professionali possano essere inserite nel distretto a supporto e ad integrazione dell'assistenza erogata dai Medici di medicina generale. Tutti gli operatori coinvolti dovranno seguire brevi corsi di formazione sull'assistenza a questi pazienti.

### DEFINIZIONE DEI CRITERI D'ELEGGIBILITÀ DEI PAZIENTI

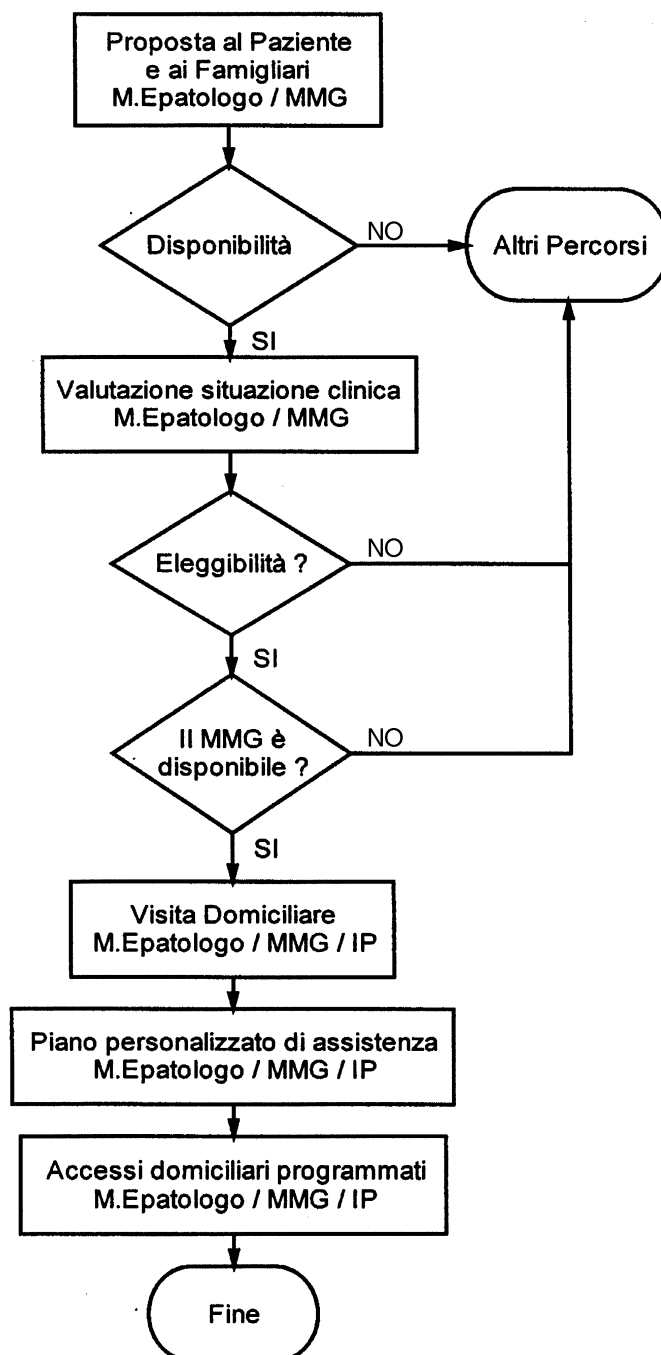
Per garantire uniformità d'accesso alle cure domiciliari occorre definire alcuni requisiti essenziali: 1. individuazione delle condizioni cliniche compatibili con la permanenza a domicilio e degli interventi sanitari effettuabili; 2. identificazione dei criteri di priorità; 3. verifica della presenza di un valido supporto familiare o di una rete d'aiuto informale che permetta al paziente di ricevere con continuità un supporto allo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Attualmente le aziende Usl utilizzano come strumento di valutazione per la presa in carico degli anziani non autosufficienti in assistenza domiciliare il BINA (Breve Indice di Non Autosufficienza) integrato da altri strumenti di valutazione. Per la presa in carico dei pazienti oncologici terminali e affetti da AIDS è adottato il Karnofsky Performance Status.

I malati che potranno essere assistiti a domicilio saranno quindi affetti da cirrosi scompensata e in condizione di limitata autosufficienza (Karnofsky Performance Status < 50%).

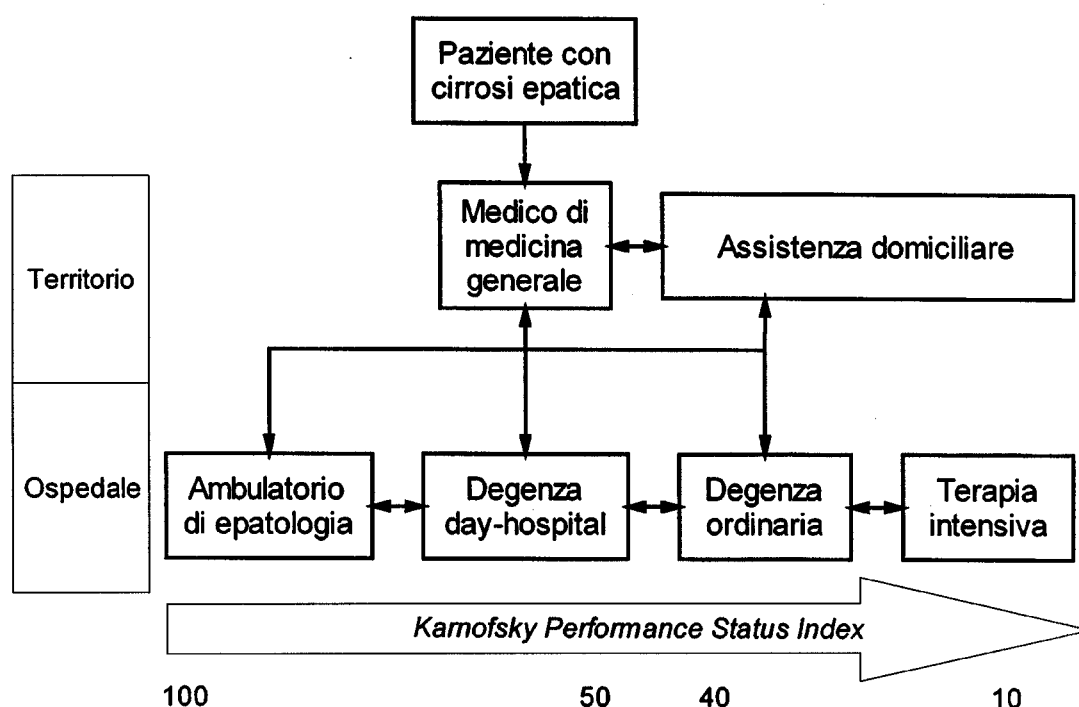
**PERCORSO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE**

Il percorso dell'assistenza domiciliare, riassunto nel diagramma di flusso, inizia con la proposta fatta al paziente e ai familiari dal Medico specialista ospedaliero o dal Medico di medicina generale (MMG). In caso d'indisponibilità, del paziente o dei familiari, andranno ricercati percorsi assistenziali alternativi. Fondamentale è il ruolo dell'infermiere professionale (IP).





La valutazione della situazione clinica, che potrà anche basarsi sulle osservazioni contenute nella seconda parte di questo documento, dovrà essere eseguita congiuntamente dal medico specialista e dal Medico di medicina generale per evitare di assistere pazienti per i quali sarebbe indicato, per la conservata autosufficienza, l'ambulatorio specialistico o il Day-Hospital o, al contrario, casi particolarmente gravi che richiederebbero il ricovero ospedaliero in degenza ordinaria o terapia intensiva.



Anche in epatologia le prestazioni devono quindi essere erogate, nel territorio o in ospedale, al livello assistenziale più appropriato.

L'indisponibilità del Medico di medicina generale rende impossibile realizzare l'assistenza domiciliare.

Durante la prima visita domiciliare congiunta, che vedrà presenti Medico specialista, Medico di medicina generale ed Infermiere professionale, sarà definito il piano personalizzato d'assistenza, sarà redatta la cartella clinica e saranno programmati gli accessi domiciliari successivi (del Medico specialista, del Medico di medicina generale, dell'Infermiere).

I casi seguiti dovranno essere poi periodicamente discussi in un meeting mensile da chi segue a domicilio il paziente e dai referenti specialisti ospedalieri.



### **RISORSE**

La conoscenza del numero dei pazienti da assistere, il livello d'intensità assistenziale richiesto e la presunta durata di presa in carico permettono di pianificare le risorse necessarie. Gli operatori coinvolti nell'assistenza domiciliare possono presentare differenti rapporti di lavoro con il Servizio sanitario e con le associazioni di volontariato.

Prima di dare inizio alla sperimentazione dell'assistenza domiciliare epatologica sarà quindi fondamentale garantirsi le risorse necessarie per il Medico specialista (nel caso non sia ospedaliero) e per l'Infermiere professionale (nel caso non sia dell'azienda Usl).

### **CONCLUSIONI**

Siamo convinti che nelle regioni ove non sia sviluppata l'organizzazione delle cure territoriali, e non sia quindi attivo il servizio distrettuale di assistenza domiciliare integrata, l'attivazione dell'assistenza domiciliare epatologica sarà particolarmente complessa.

Speriamo comunque che questo documento possa essere di qualche aiuto a chi volesse prendere in considerazione e sperimentare questa nuova strategia assistenziale.

*La Commissione ringrazia per gli incoraggiamenti e i consigli ricevuti, nonché per l'aiuto prestato:*

*Alba C. Finarelli, Assessorato alla Sanità, Regione Emilia-Romagna, Bologna  
Nicola D'Imperio, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Forlì  
Marco Maltoni, Cure palliative, Oncologia, Forlì  
Maria Luisa Milandri, Assistenza Domiciliare Integrata, Forlì  
Vittorio Caimi, Medico di medicina generale, Monza  
Ivan Gardini, Paziente, trapiantato di fegato, Milano  
i Soci e i Volontari della Associazione Forlivese per le Malattie del Fegato, Forlì*