



Le cure di fine vita:
responsabilità, riflessioni
etiche e deontologiche
1 dicembre 2015

Le cure palliative e le cure di fine vita

Giovanni Zaninetta
Hospice Domus Salutis
Fondazione Camplani



Le cure palliative

"Le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che devono affrontare problematiche associate a malattie ad esito infausto, attraverso la prevenzione e sollievo della sofferenza, per mezzo di una precoce identificazione, una precisa valutazione e un adeguato trattamento del dolore e di tutti gli altri problemi di natura fisica, psicosociale e spirituale"

WHO, 2002

Le cure palliative

Le cure palliative:

- *provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri sintomi;*
- *affermano la vita e considerano il morire come un evento normale;*
- *non accelerano né ritardano la morte;*
- *integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza;*

WHO, 2002

Le cure palliative

- *aiutano i pazienti a vivere in maniera più attiva possibile fino alla morte;*
- *sostengono la famiglia durante la malattia del congiunto e durante il lutto;*

WHO, 2002

Le cure palliative

migliorano la qualità della vita e possono anche avere un'influenza positiva sul decorso della malattia;

usano un approccio di équipe per fare fronte ai bisogni del malato e delle famiglie, compreso, se necessario, un eventuale supporto durante il lutto ;

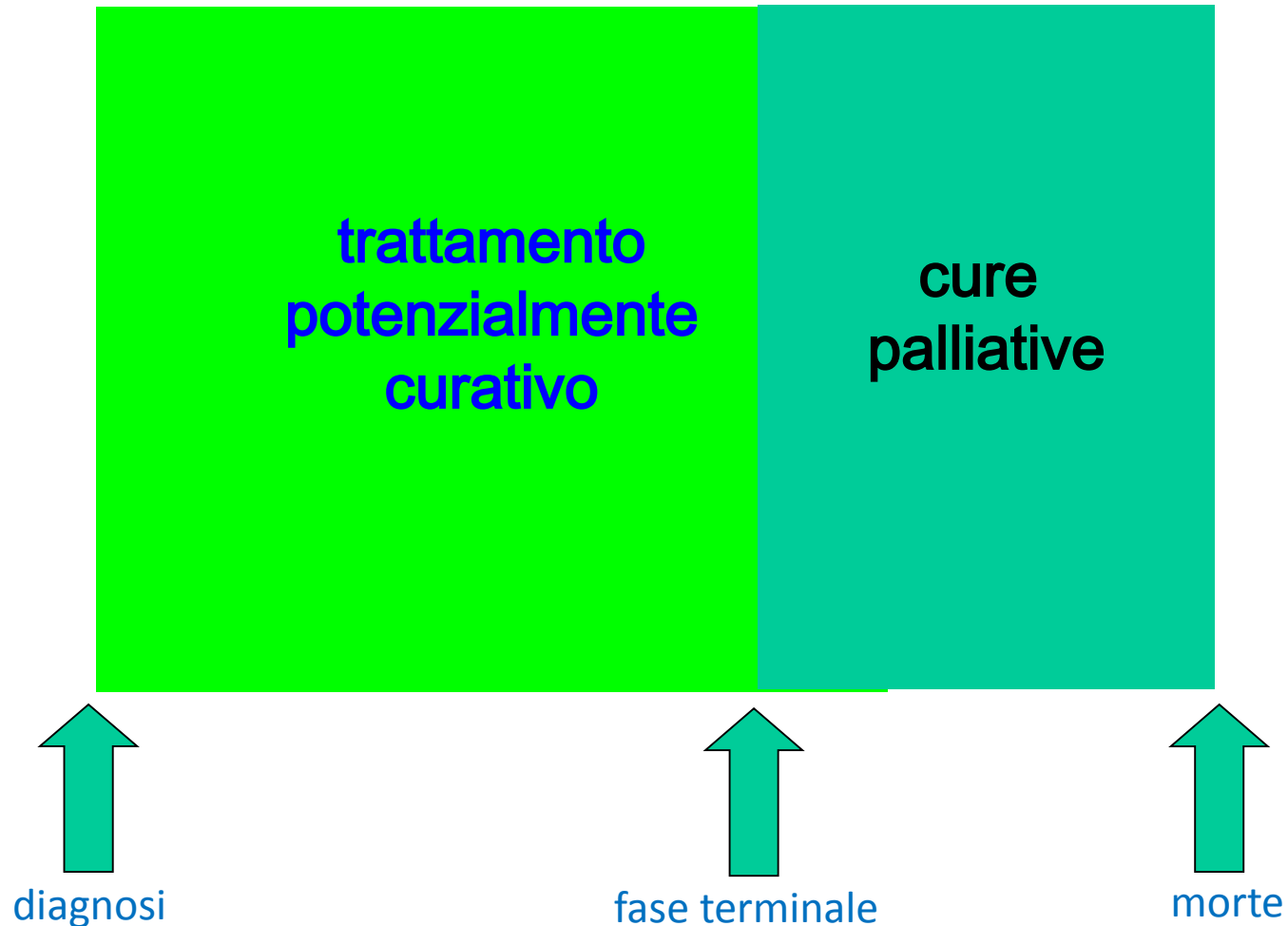
WHO, 2002

Le cure palliative

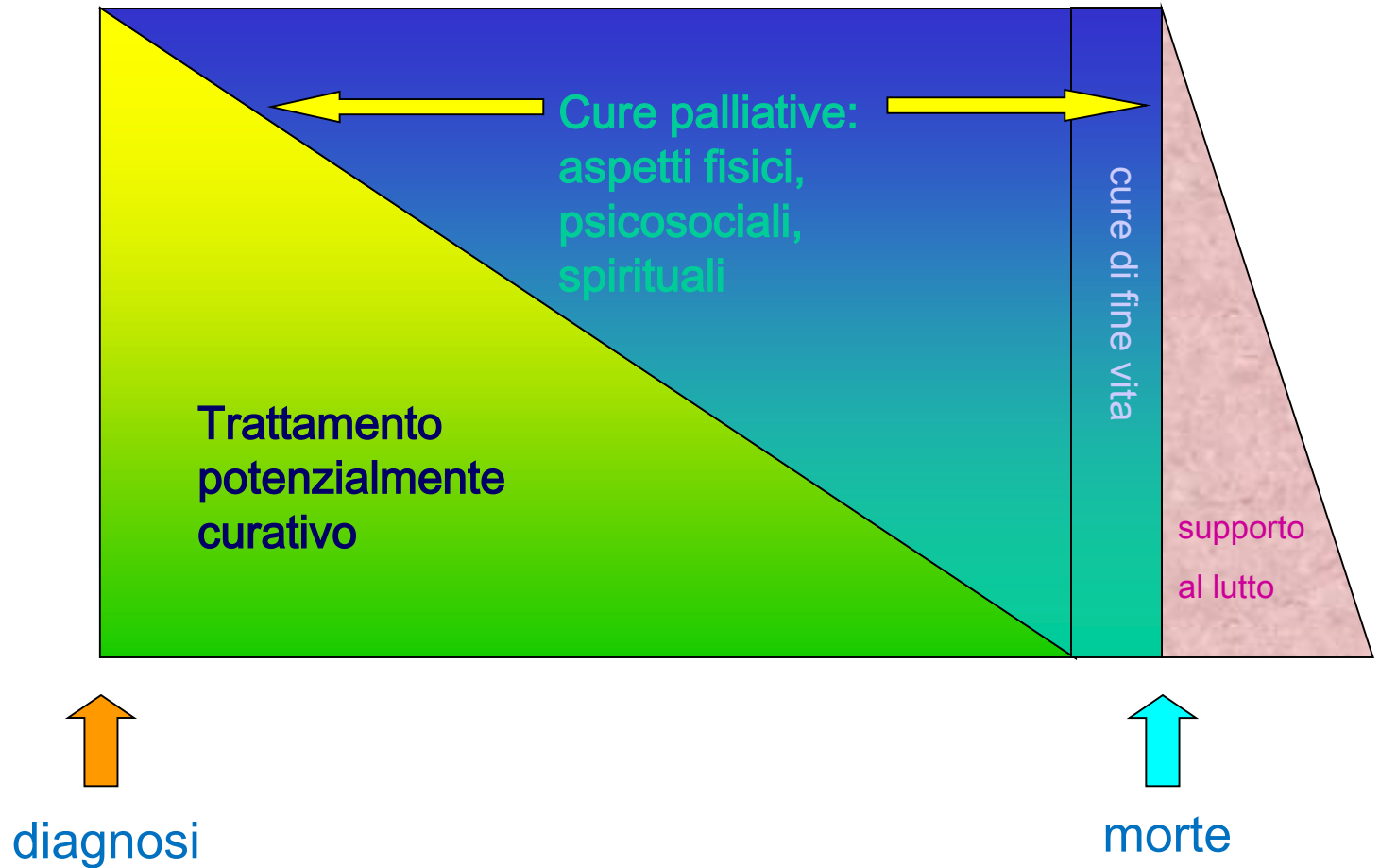
sono applicabili precocemente nel decorso della malattia, in integrazione ad altri trattamenti mirati al prolungamento della vita, ..., e comprendono anche quegli approfondimenti diagnostici finalizzati a una maggiore comprensione e gestione di quadri clinici che causano sofferenza.

WHO, 2002

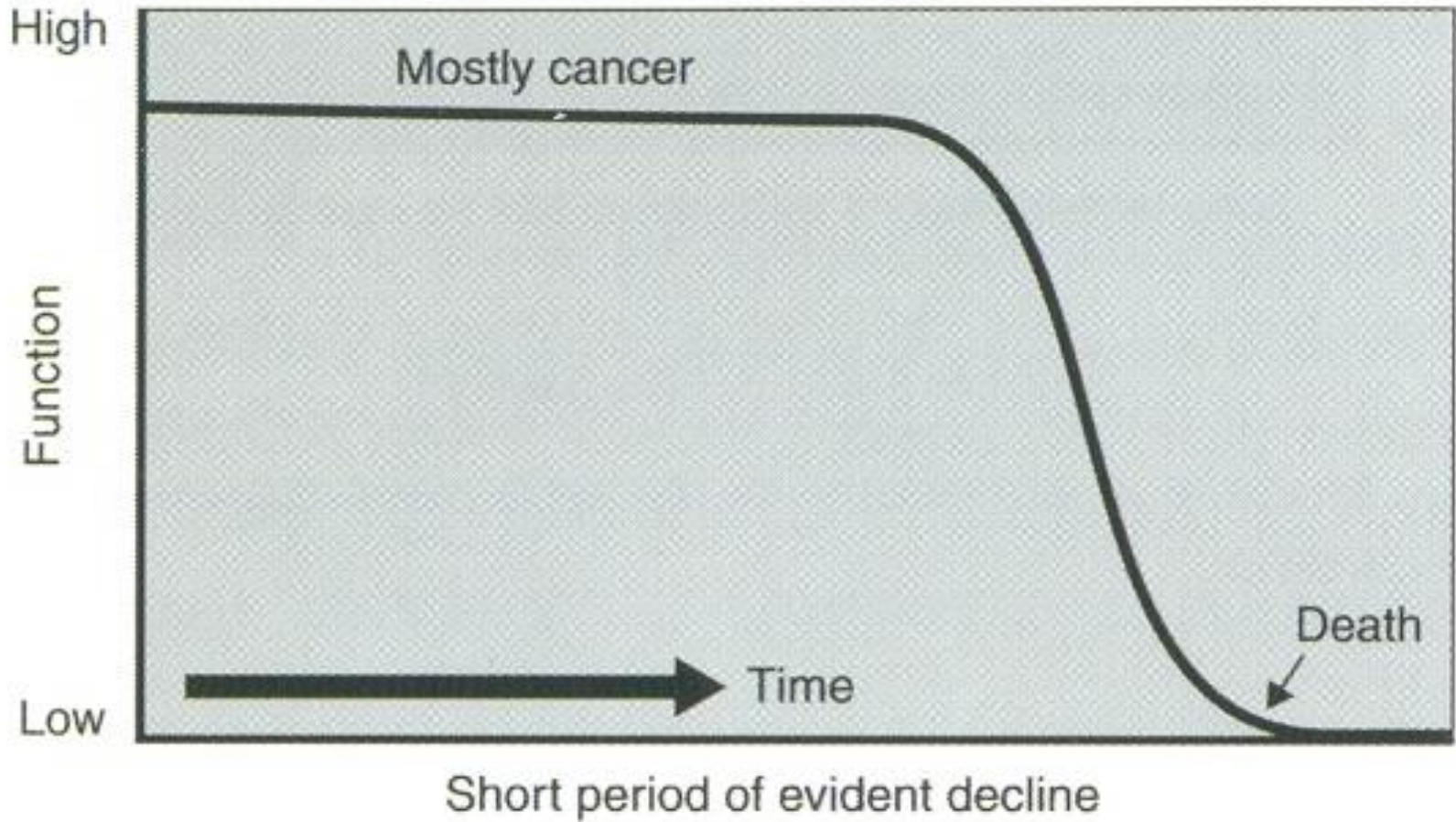
Cure Palliative: approccio tradizionale



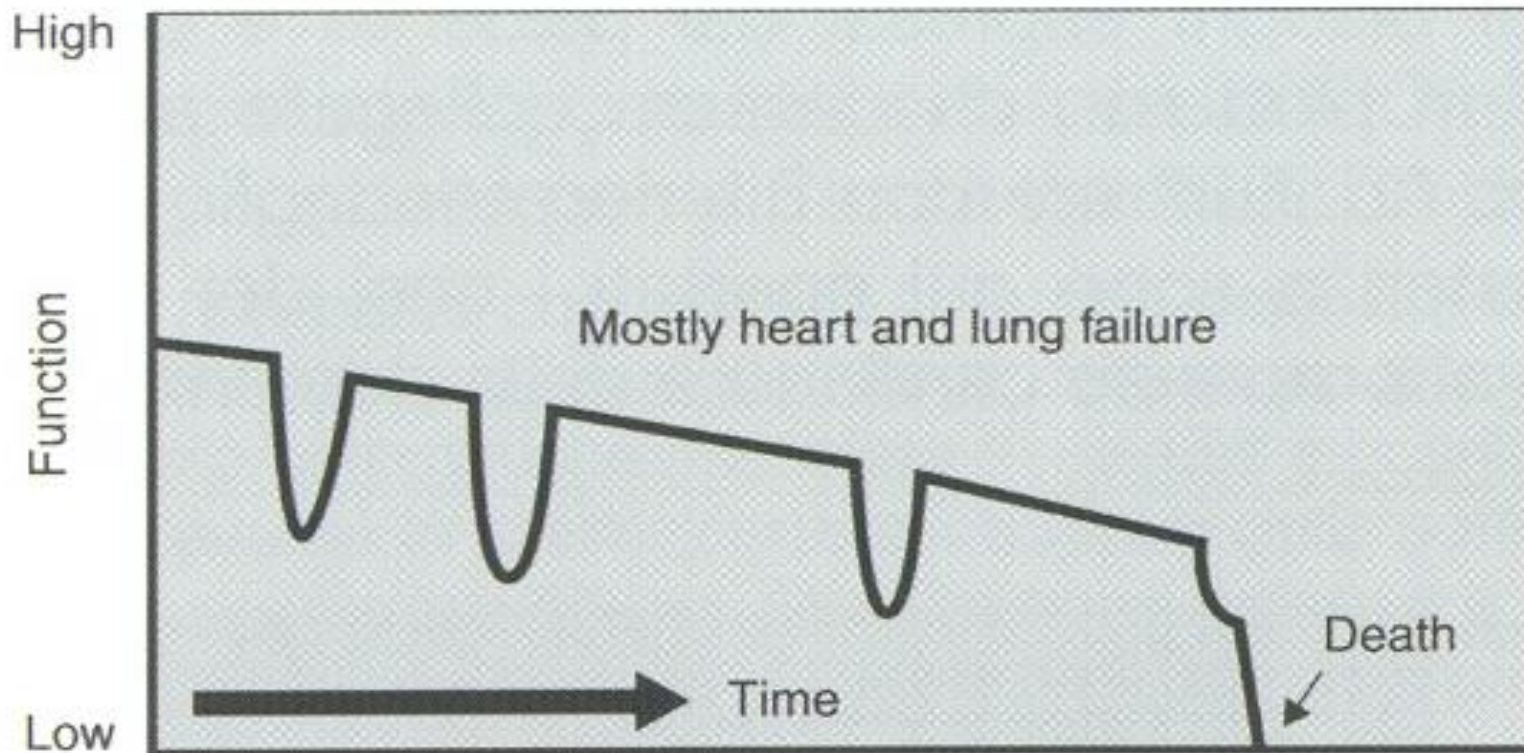
Cure palliative: approccio innovativo



Traiettorie delle patologie croniche evolutive

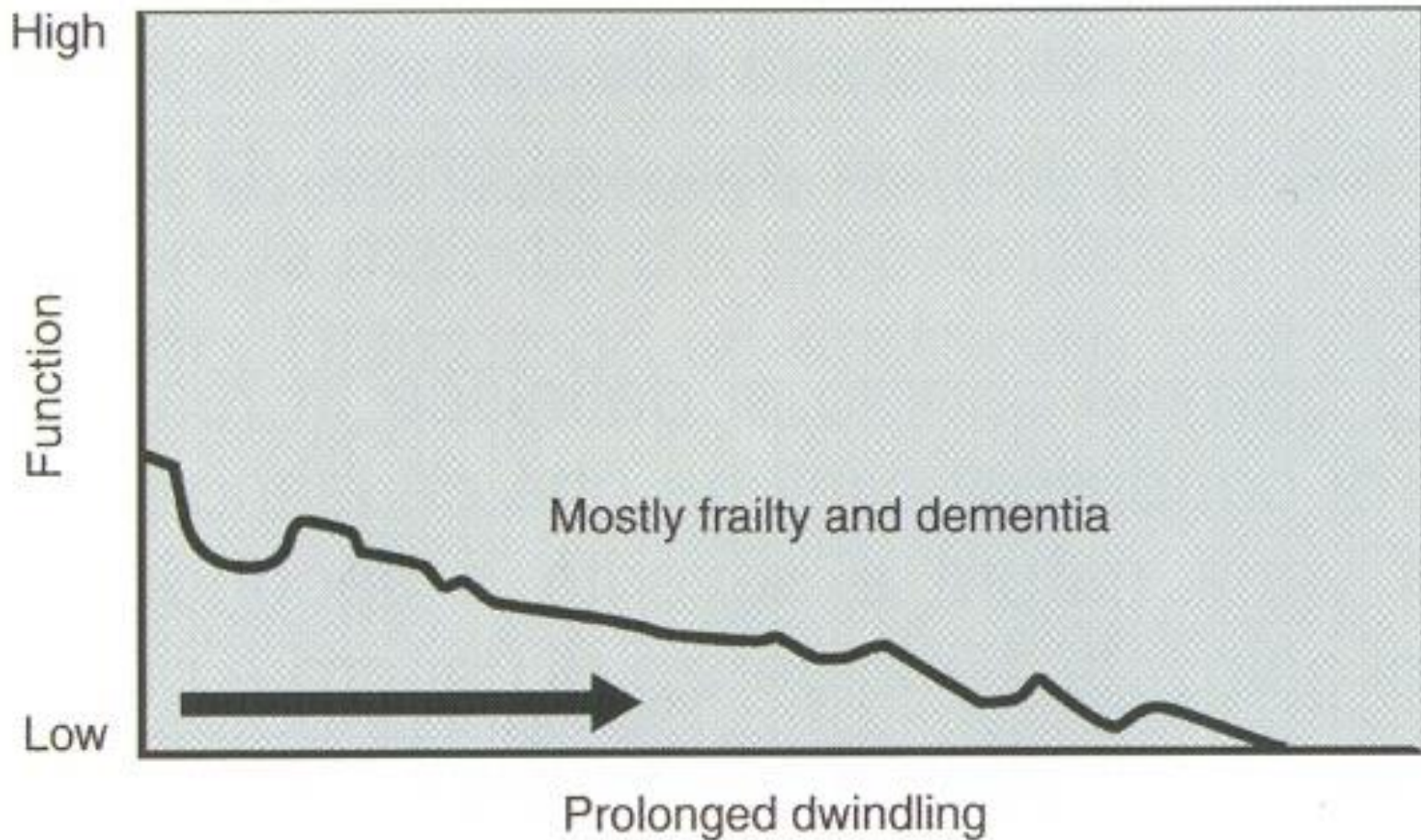


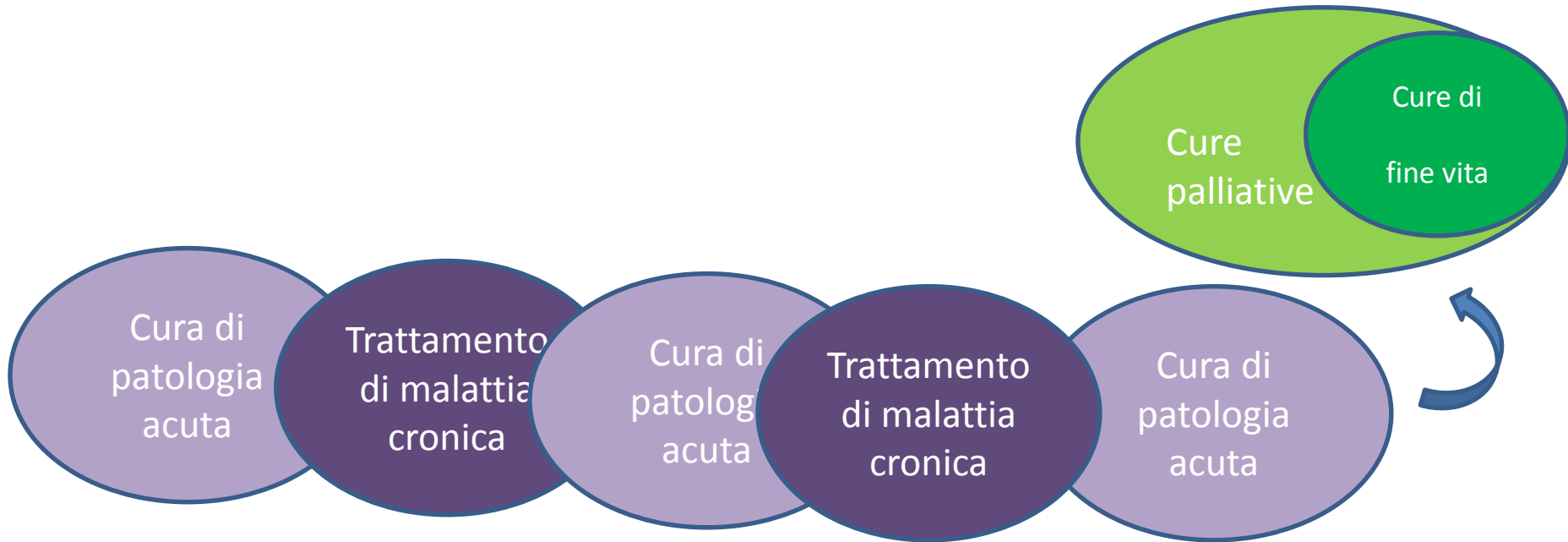
Traiettorie delle patologie croniche evolutive

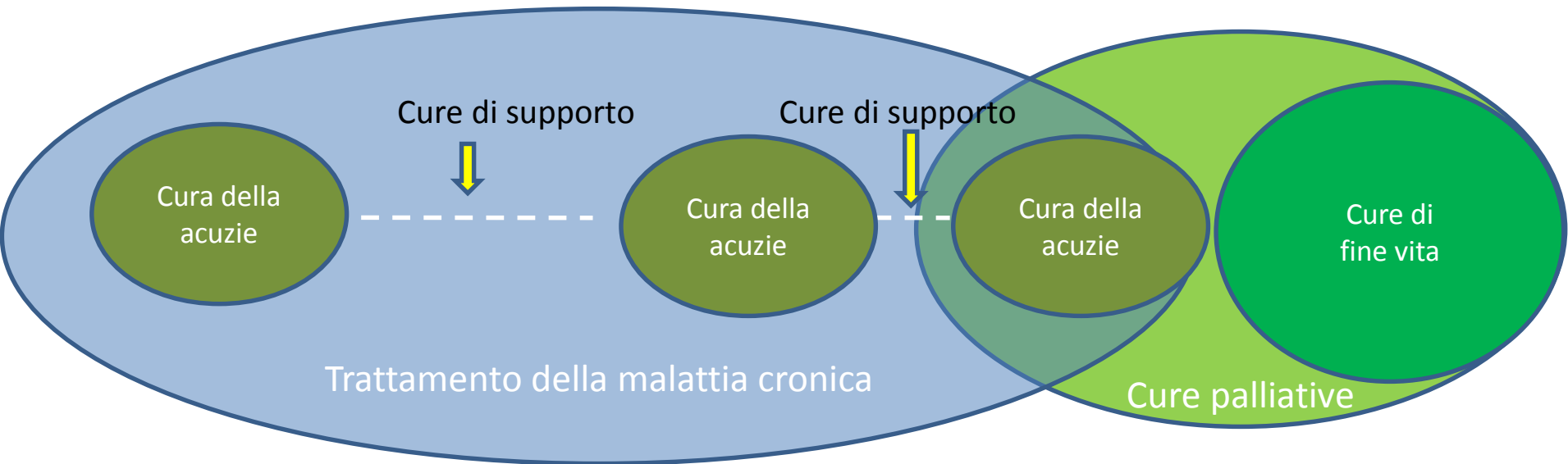


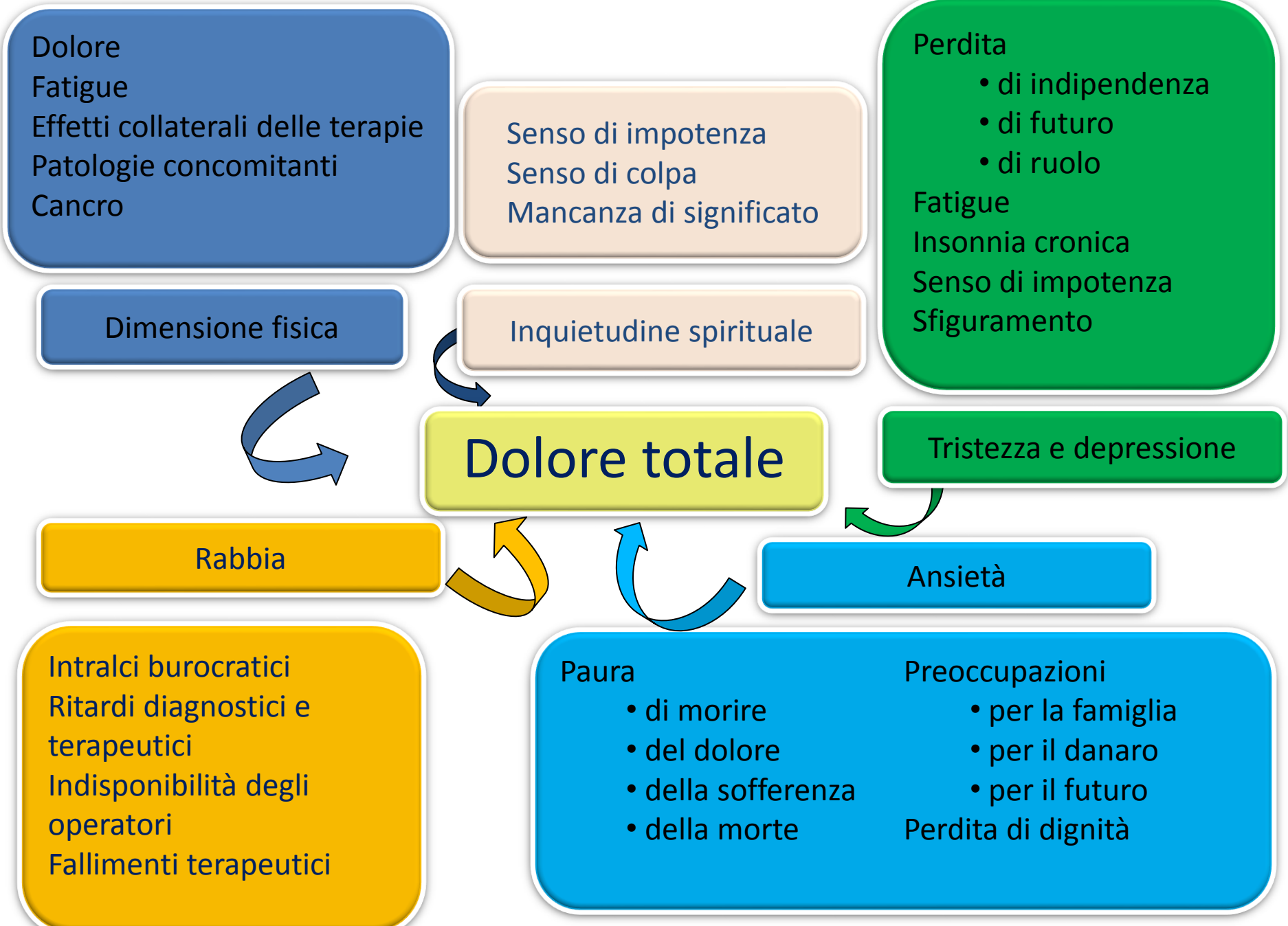
Long-term limitations with intermittent serious episodes

Traiettorie delle patologie croniche evolutive



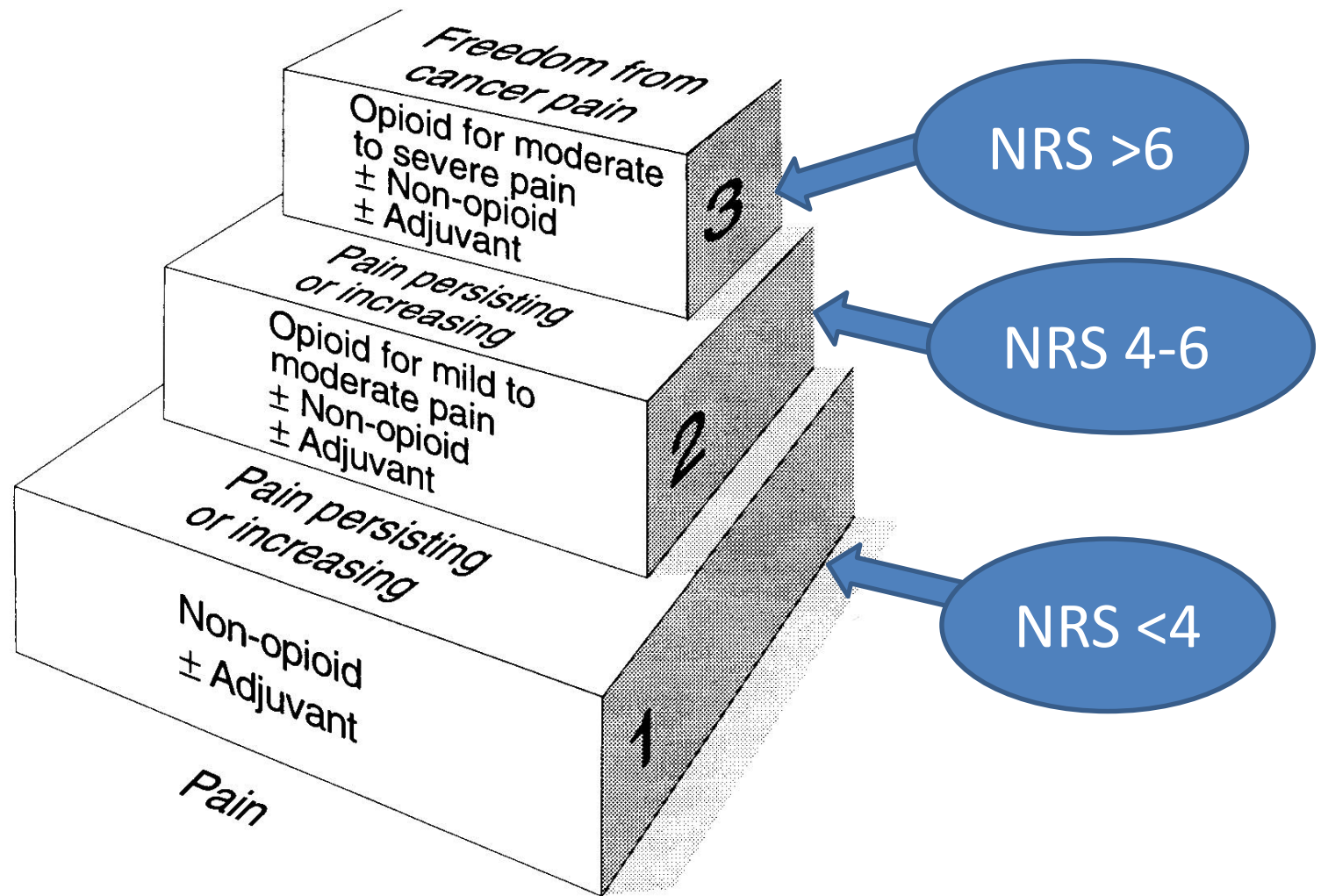






TERAPIA DEL DOLORE DA CANCRO

SCHEMA OMS (*modificato*)



IL DOLORE CRONICO
USO DEI FARMACI ANALGESICI
CRITERI DI BASE

□ *utilizzare la via orale*

(o la via transdermica, in ogni caso la meno invasiva)

□ *ad orari fissi*

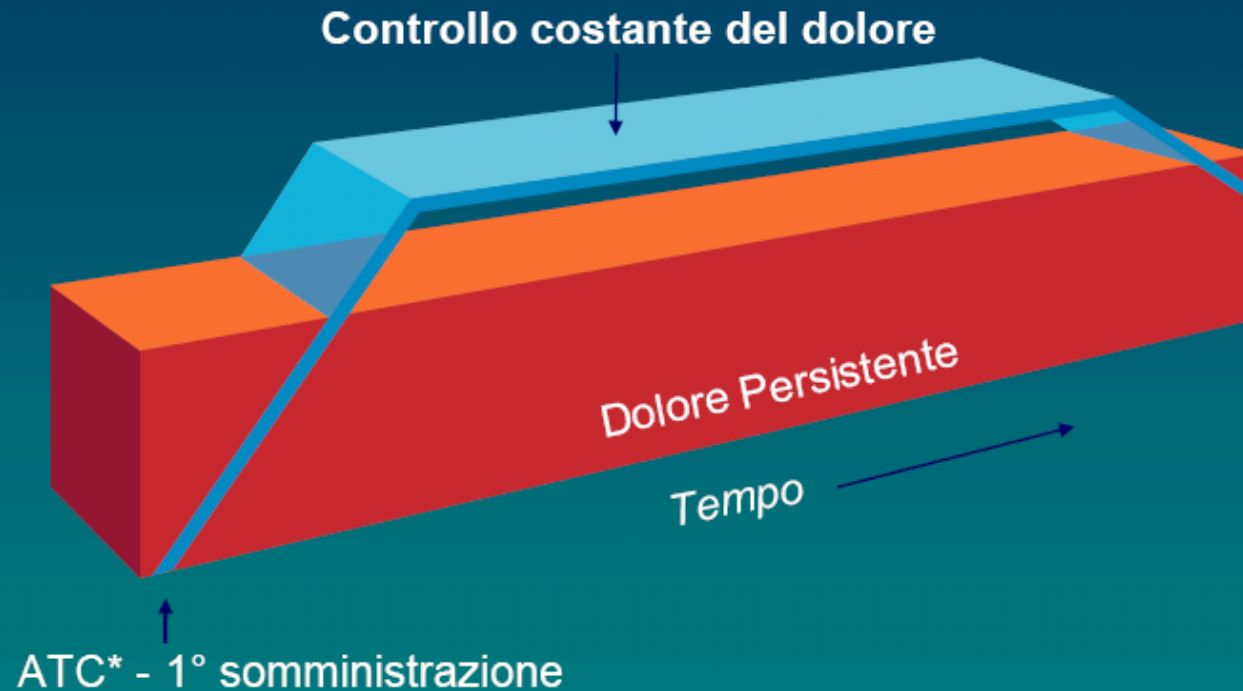
□ *in sequenza ???*

□ *individualizzare il trattamento*

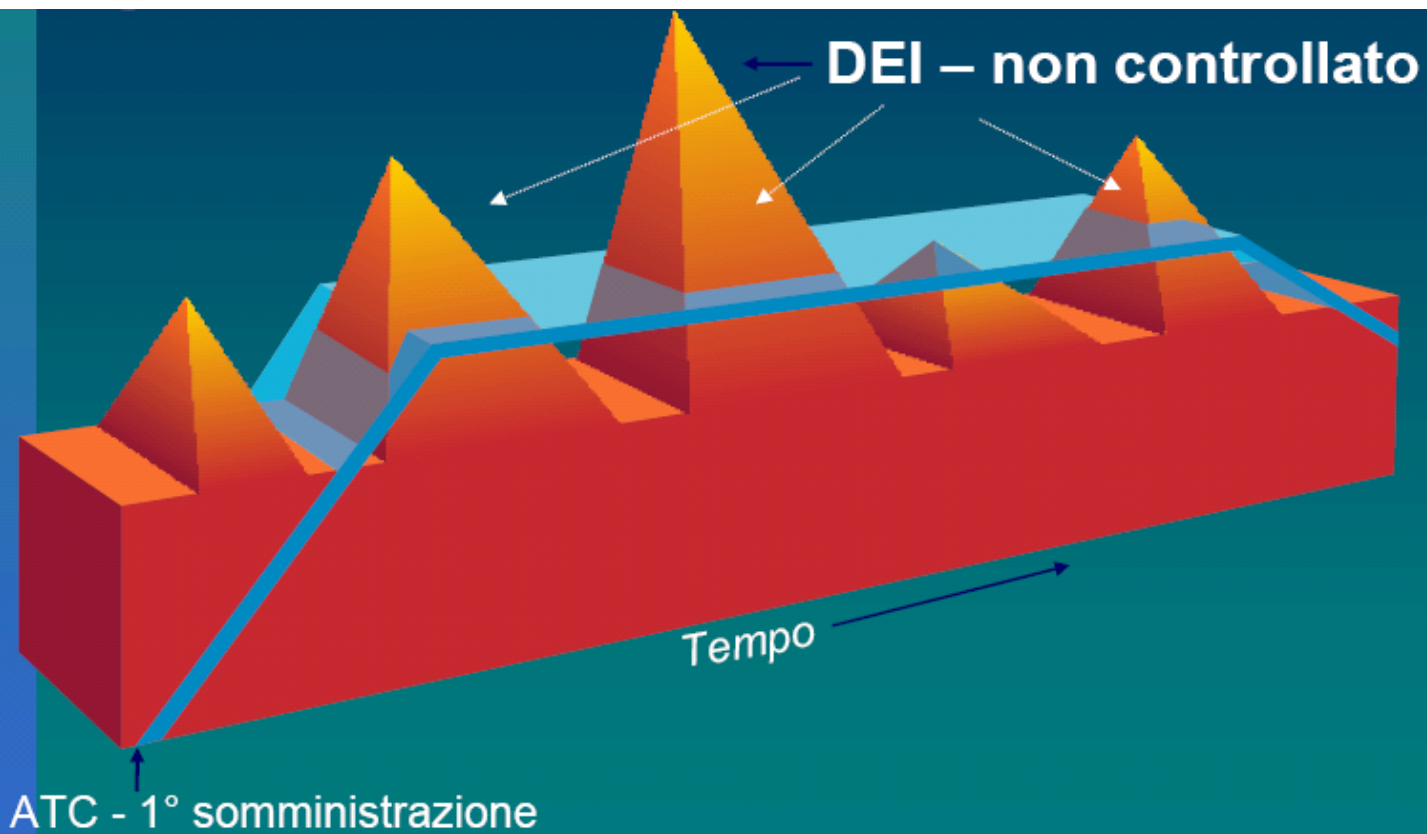
□ *attenzione ai dettagli (compliance del paziente, effetti collaterali, ecc.)*

WHO 1996 mod.

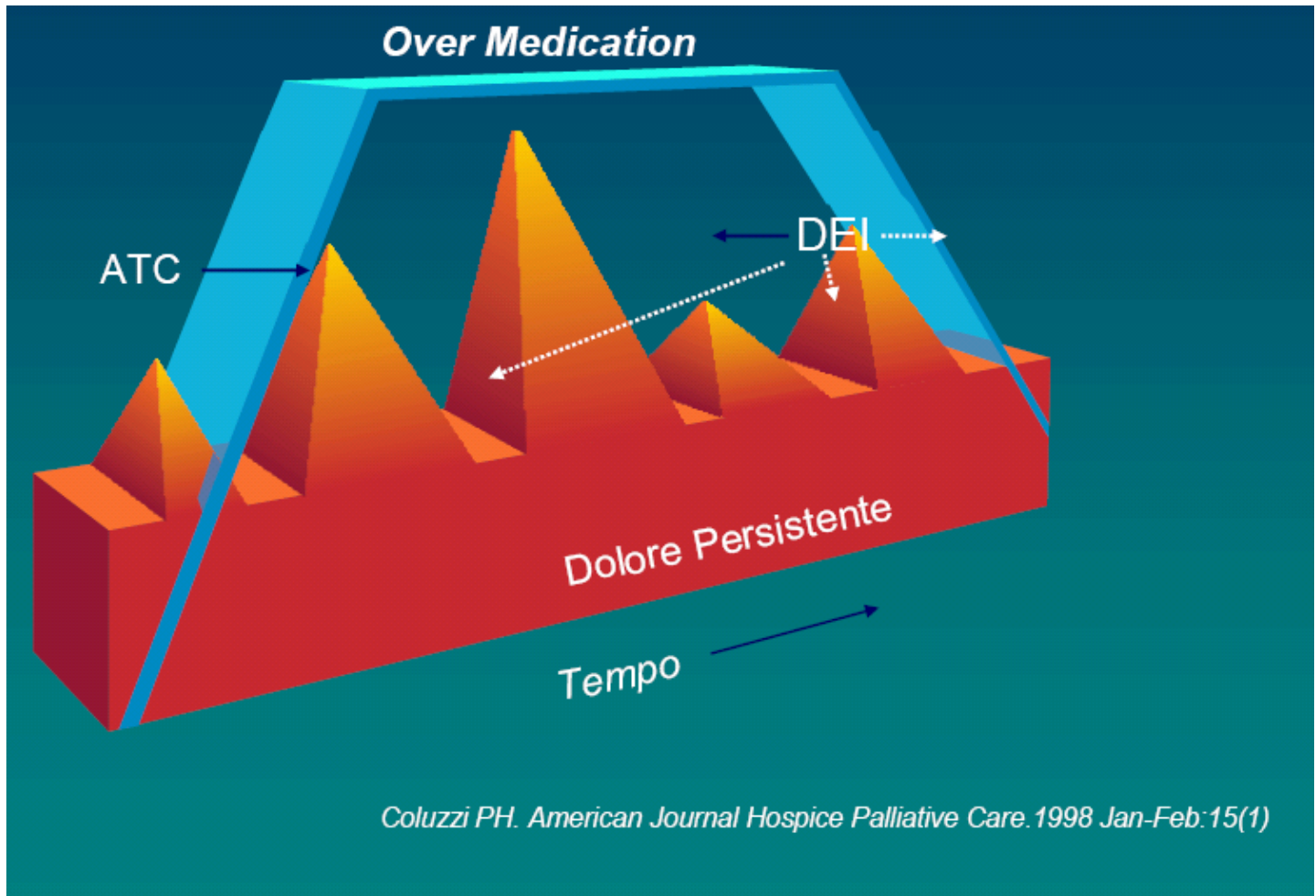
Dose fissa a orari fissi (ATC*)



*ATC = Around The Clock Medication

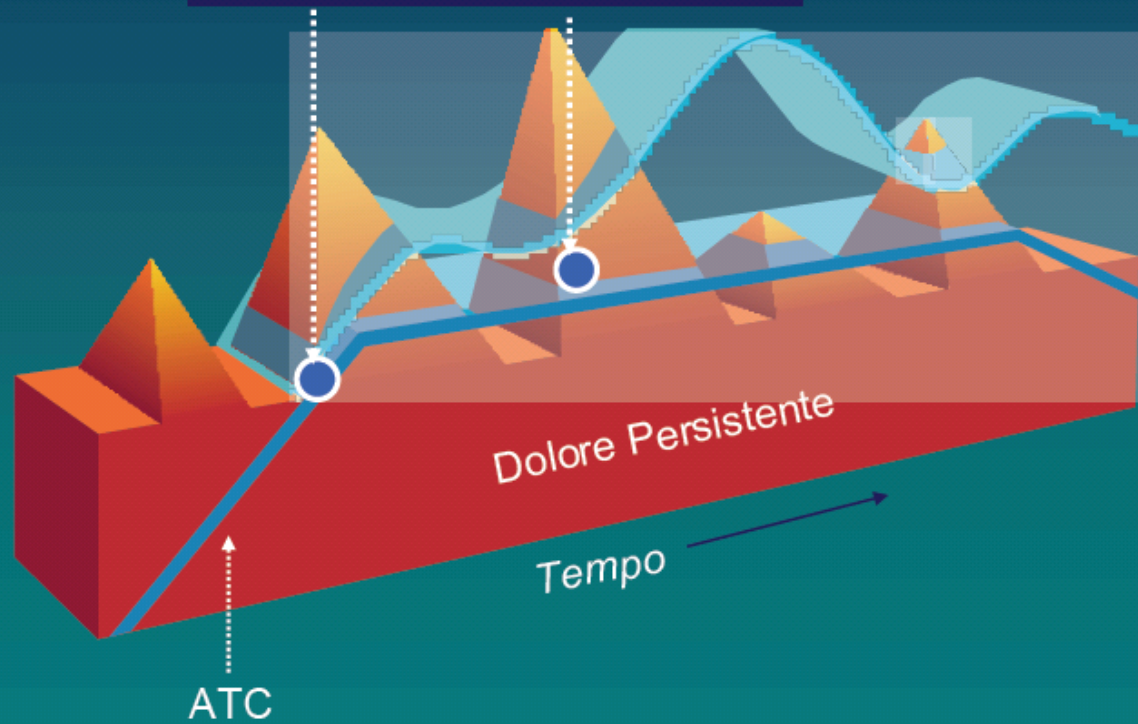


Coluzzi PH. American Journal Hospice Palliative Care. 1998 Jan-Feb:15(1)



Coluzzi PH. American Journal Hospice Palliative Care. 1998 Jan-Feb:15(1)

Oppioidi a pronto rilascio per os



Coluzzi PH. American Journal Hospice Palliative Care. 1998 Jan-Feb:15(1)

Dolore cronico

criteri di orientamento terapeutico

- attesa di vita
- qualità di vita residua
- diagnosi eziopatogenetica accurata
- efficacia di precedenti terapie

Dolore cronico

criteri di orientamento terapeutico

analgesico adeguato

- rispetto alla quantità del dolore
- rispetto alla qualità del dolore

Dolore cronico

criteri di orientamento terapeutico

dosi adeguate

- non ignorare l'effetto tetto (ceiling effect)
- conoscere la posologia corretta dei farmaci per il dolore cronico

Dolore cronico

criteri di orientamento terapeutico

effetto tetto

- condizione farmacologica per la quale numerosi farmaci (tra i quali tutti i FANS, la codeina, la buprenorfina) hanno un dosaggio giornaliero sopra il quale non aumenta l'efficacia ma solo gli effetti collaterali.
- l'effetto tetto stabilisce il dosaggio massimo di questi farmaci che non è opportuno superare.

Dolore cronico

criteri di orientamento terapeutico

- via di somministrazione razionale
- privilegiare la via orale o comunque la meno invasiva in considerazione della cronicità della terapia e della compliance del paziente

Dolore cronico

criteri di orientamento terapeutico

orari fissi di somministrazione

- il dolore cronico, per definizione, persiste: va prevenuto , non inseguito al momento della sua ricomparsa
- per questo è necessario conoscere la farmacocinetica e la farmacodinamica del farmaco impiegato

Dolore cronico

criteri di orientamento terapeutico

profilassi degli effetti collaterali

- prescrivendo una terapia cronica se ne devono prevedere anche gli effetti collaterali (ad esempio la stipsi causata dall'uso di narcotici)

Cure di fine vita: gli ultimi giorni

*Quando non c'è più nulla da fare
tutto resta da fare ...*

Cure di fine vita: gli ultimi giorni

Dobbiamo considerare la

- diversità di storia naturale della malattia che porta a morte
- diversità di percorsi terapeutici
- diversità di percorsi esistenziali

Cure di fine vita: gli ultimi giorni

- cura efficace dei sintomi
- relazione umana significativa con il malato (quando possibile) e la famiglia (sempre)
- valutazione attenta della futilità terapeutica

Cure di fine vita: gli ultimi giorni criteri clinici orientativi

- allettamento prolungato o totale
- astenia profonda
- episodi di disorientamento temporo-spaziale o allucinazioni
- sonnolenza prolungata
- evidente rifiuto di cibo e liquidi
- difficoltà ad assumere la terapia per os.

Cure di fine vita: gli ultimi giorni

il trattamento dei malati terminali ha caratteristiche attive come frutto di un attento equilibrio tra costi umani e benefici attesi

Cure di fine vita: gli ultimi giorni

- esiste una grande varietà di bisogni che si possono sintetizzare in
 - bisogni relazionali
 - bisogni fisici
 - bisogni spirituali

Bisogni relazionali

per il malato

- potersi esprimere ed essere ascoltato


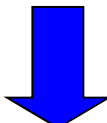
per i familiari

- potersi esprimere ed essere ascoltati
- ricevere consigli adeguati e poter partecipare alle cure

Bisogni fisici

- trattamento di
 - dolore
 - sintomi respiratori
 - dispnea
 - rantolo terminale
 - sintomi gastrointestinali
 - sintomi neuropsichici

Bisogni fisici

- dolore
 - mantenimento di una terapia analgesica
 - adeguamento del dosaggio  o 
 - variazione delle caratteristiche del dolore
 - eventuale variazione delle vie di somministrazione

Sintomi respiratori

- dispnea
 - quando possibile ed appropriato trattare le cause
 - utilizzare mezzi farmacologici e non
- rantolo
 - trattare e spiegare ai familiari la situazione

Sintomi gastrointestinali

- disfagia
 - cambiare via di somministrazione dei farmaci
 - alimentazione “simbolica”
- nausea e vomito
 - terapia farmacologica
- occlusione intestinale
 - terapia farmacologica
 - se inevitabile sondino nasogastrico

Sintomi neuropsichiatrici

- delirium
 - trattamento farmacologico

altri sintomi

- emorragie
- ritenzione o incontinenza urinaria

Bisogni spirituali

- rispettare fino alla fine la dimensione spirituale della persona morente
- rispettare la sua religiosità o la sua non religiosità

Cure di fine vita: gli ultimi giorni

non esiste una sola strada per una morte corretta, ma mille storie personali che, per molte strade, conducono alla fine della vita

Il modello organizzativo Cure Palliative: cosa prevede

per tutta l'ASL

favorire l'utilizzo ottimale, equo, integrato di tutti i Servizi dedicati alle cure palliative, sia sanitari sia socio-sanitari ed il loro raccordo con le UO per acuti

PRINCIPALI OBIETTIVI:

- individuazione precoce di pazienti con bisogno di Cure Palliative, garantendo valutazione ed intervento multidimensionale
- accompagnamento di pazienti e familiari nella continuità di cura
- gestione anche della fase del lutto

per le DGD 1 e 2

sperimentare nell'ADI servizi/prestazioni aggiuntive, grazie a risorse economiche dedicate (fondo Berlucchi) attraverso l'impiego di:

- psicologi (2 operatori)
- MCA (con turno dedicato)
- strumentazione (PC, Webcam)
- formazione specifica

PRINCIPALI OBIETTIVI:

- potenziamento della capacità di intercettazione del bisogno
- valutazione e presa in carico più appropriata anche dei bisogni psicologici di malato, famiglia e operatori

Modello organizzativo della Rete delle Cure Palliative dell'ASL di Brescia

Documento

Approvato in seno al Comitato del Dipartimento Interaziendale Cure Palliative del 17/09/2013

Recepito con Decreto dell'ASL di Brescia n. 505 del 17 ottobre 2013

Modello organizzativo della Rete delle Cure Palliative dell'ASL di Brescia

Obiettivi

- appropriatezza e tempestività di intervento
- continuità dell'assistenza
- riduzione dell'improprio utilizzo dei servizi
- controllo delle situazioni di urgenza

Modello organizzativo della Rete delle Cure Palliative dell'ASL di Brescia

Il documento descrive

- i Servizi esistenti
- i meccanismi fondamentali di integrazione tra i diversi attori sanitari e socio-sanitari
- gli strumenti disponibili

Modello organizzativo della Rete delle Cure Palliative dell'ASL di Brescia

Finalità

... garantire, per ogni malato con necessità di cure palliative, interventi tempestivi, appropriati, continuativi, di qualità, caratterizzati da un approccio olistico che tenga conto globalmente delle dimensioni:

- clinica
- assistenziale
- relazionale
- etica

Modello organizzativo della Rete delle Cure Palliative dell'ASL di Brescia

Il documento è composto dalle seguenti parti:

- **Servizi esistenti**
- **Percorsi del malato in Cure Palliative**
- **Criteri di eleggibilità per le Cure Palliative**
- **Scheda di segnalazione all'UCAM**
- **Scheda di segnalazione a Strutture dedicate**
- **Scheda di conclusione**
- **Indicatori e sistema informativo per le Cure Palliative**

Servizi esistenti

SERVIZI DI CURE PALLIATIVE DEDICATI

ADI – Cure Palliative

*(www.aslbrescia.it > **Cittadini** > **Anziani e non autosufficienti** > **Ass. domiciliare integrata - UCAM e CeAD** > **Enti accreditati per l'assistenza domiciliare**)*

Ass. Specialistica Territoriale Cure Palliative (STCP - già ODCP - Ospedalizzazione Domiciliare)

Hospice Residenziali

Hospice delle Unità Operative Cure Palliative (**UOCP**)

Quadro attuale erogatori di cure domiciliari integrate (ADI)

**Tot. Enti erogatori
ADI.doc**

N. 29
compreso ASL

**Tot. Enti erogatori
anche
di ADI Cure Palliative**

N. 15
compreso ASL

**Tot. Enti erogatori
Solo di Cure Palliative**

N. 1

Servizi coinvolti nelle cure palliative non dedicati

UCAM distrettuali (con il coinvolgimento di MMG/PDF)

Medici di Medicina Generale (MMG)

Pediatratri di Famiglia (PDF)

Medici di Continuità Assistenziale (MCA)

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Residenze Sanitario Assistenziali (RSA)

Residenze Sanitario assistenziali per Disabili (RSD)

Consulenze specialistiche domiciliari (psicologo, fisiatra, geriatra, altri specialisti)

Assistenza protesica e integrativa

(fornitura di presidi, ausili, dispositivi, pompe infusione, ventilazione e nutrizione artificiale, dietetici)

Attività ambulatoriali

(oncologia, radioterapia, terapia del dolore, medicina, chirurgia, specialità mirate)

UO di ricovero ospedaliero (oncologia, radioterapia, medicina, chirurgia)

La rete nella sua varietà di opzioni sanitaria e socio-sanitaria, dedicata e non dedicata

MCA

UCAM – MMG/PDF

ADI
Cure Palliative

ADI

Il malato
e la famiglia

Hospice
residenziali
Rete socio-sanitaria

UOCP
Hospice rete sanitaria

STCP
Assistenza specialistica
territoriale Cure Palliative

RSA – RSD
U.O. ospedaliera

Lo scenario attuale dell'Assistenza Domiciliare Integrata

I RUOLI DELL'ASL

Ente erogatore



Sede accreditata: DGD 1, con attività erogativa anche nelle altre 5 DGD (sedi territoriali secondarie)

LIVELLI DI ATTIVITA' DELL'ASL

- solo valutazione
- prestazionale
- ADI + ADI cure Palliative

- Ente di governo della rete
- Valutazione multidisciplinare



- Dipartimento ASSI: pianificazione, programmazione, indicazioni, procedure, ecc.
- UCAM: valutazione paziente, definizione ed attivazione profilo Voucher, attivazione ente scelto da paziente e/o la sua famiglia:
 - per le Cure Palliative: attivazione ADI entro 24 ore
 - per l'ADI entro 72 ore
- Condivisione di strategie operative, strumenti, procedure con gli Enti erogatori per singola DGD