



Dr.ssa Antonella Milo

# Le cure palliative e il fine vita



LE COMPETENZE DELL'INFERMIERE IN TUTTE LE FASI DEL PDTA PER PAZIENTI CON TUMORE DELLA PROSTATA

# Le cure palliative: definizione



... cura totale della persona affetta da una malattia non più responsiva alle terapie aventi come scopo la guarigione.

Lo scopo delle cure palliative è quello di ottenere la massima qualità di vita possibile per il paziente e i familiari.


Ventafriida, 1997

# IL PAZIENTE IN CURE PALLIATIVE

## □ REQUISITI DI LEGGE

- Pazienti affetti da malattie progressive e in fase avanzata, in via prioritaria malattie neoplastiche, a rapida evoluzione ed a prognosi infausta, per le quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata
- Aspettativa di vita presunta assai limitata, non superiore ai 4 mesi
- Performance status secondo la scala di Karnofsky uguale o inferiore a 50

D.G.R. n° 15 – 7336 del 14 ottobre 2002

- 
- **Centralità** del malato e possibilità di scelte autonome
  - **Comunicazione** della prognosi e finalità delle cure intese come obiettivi condivisi (se, come, quando, a chi)
  - **Considerazione** degli effetti indesiderati di terapia per ridurre la sofferenza (teoria del doppio effetto)
  - **Utilità/futilità** degli interventi invasivi

# DOVE?



## CASA

- La casa è il posto ideale per i pazienti in cure palliative, l'organizzazione gira intorno al paziente e non viceversa ma non sempre è una soluzione praticabile

## HOSPICE

deve essere la casa per chi non può stare a casa

# L'assistenza a domicilio: requisiti



- ✓ Consenso alle cure domiciliari
- ✓ Indicazione, in pazienti in fase avanzata, al trattamento di tipo palliativo finalizzato al miglioramento della qualità della vita ed al controllo dei sintomi
- ✓ Ambiente abitativo e familiare idoneo
- ✓ Livello di complessità ed intensità delle cure compatibili con l'ambiente domestico
- ✓ Disponibilità della famiglia a collaborare

D.G.R. n° 15 – 7336 del 14 ottobre 2002

# Qualche suggerimento



- ★ Definizione esplicita di un contratto
- ★ Fornire l'opportunità di raccontare la “storia”
- ★ Riconoscere e accettare le diverse emozioni
- ★ Aiutare ad esprimere i sentimenti difficili
- ★ trasferire le competenze
- ★ Fornire l'opportunità di ritagliarsi spazi personali

# ALBERTO



- Alberto è un uomo di circa 77 anni
- Nel 2005 diagnosi di adenocarcinoma della prostata trattato con terapia ormonale.
- Multiple localizzazioni ossee, vertebroplastica
- CHT dal 20-2 al 4-4 2013 sospesa per tossicità
- TAC Maggio 2013 lesione vescica con stenosi meato uretrale e comparsa di lesioni della teca cranica (RT 10 cicli)
- TAC settembre 2013 versamento pleurico
- TAC novembre 2013 peggioramento lesione teca cranica
- Novembre 2013 ricoverato per cefalea e deviazione rima buccale.



# ALBERTO



## □ Copatologie

BPCO

DIABETE

CATARATTA

APNEE NOTTURNE

IPERTENSIONE

CARDIOPATIA ISCHEMICA

OBESITA'

# ALBERTO

---

- 5 dicembre 2013 Alberto viene ricoverato in hospice
- Alberto viene presentato come parzialmente consapevole di diagnosi e non consapevole della prognosi (**consenso INFORMATO????**)
- Spera di migliorare per tornare a casa (**consapevolezza???**)

# ALBERTO

---

- Alberto è vedovo con due figli adulti
- Scrive e recita poesie che distribuisce a tutti
- Vuole assolutamente continuare a muoversi nonostante il rischio di frattura per le mts ossee  
(autonomia v/s beneficenza)
- Adora mangiare

# ALBERTO

---

- Fino al 10 dicembre la situazione è stabile, dolore controllato con Fentanyl 100 TD. Dal 10 febbraio frequenti episodi di BTcP (Breakthrough cancer Pain)
- Alberto rifiuta spesso integrazioni antalgiche per paura di diventare tossicodipendente
- Dal 10 dicembre Alberto inizia a diventare sempre più astenico, andare in bagno diventa un calvario ma rifiuta recisamente sia il posizionamento di un catetere che del pannolone (autonomia/distribuzione risorse)

# Alberto

---

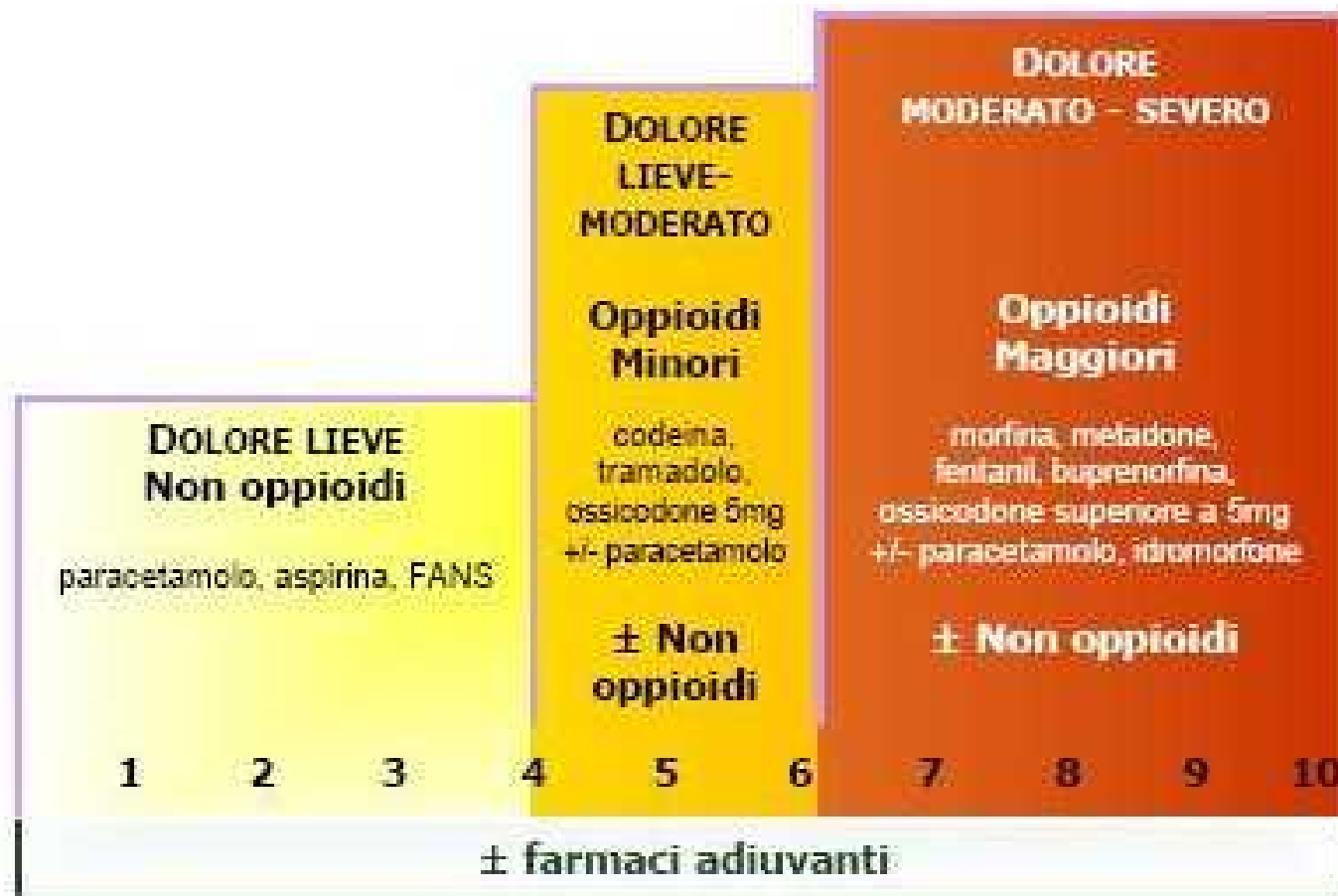
- Il 20 dicembre appare disfagia prima ai liquidi e progressivamente ai solidi, si decide di sospendere l'alimentazione, i parenti temono che Alberto morirà di fame (muore perché non mangia o non mangia perché sta morendo?)

# ALBERTO



- *21 dicembre comparsa di dispnea (ossigeno e morfina)*
- *22 dicembre colloqui con compagna e figli sull'aggravamento.*
- *I parenti imputano il peggioramento alla terapia (sedazione terminale)*
- *Alberto muore il 23 dicembre*

# SCALA OMS



# IL CAPOSTIPITE: LA MORFINA

---

## ..... **FALSI MITI:**

- ❑ Accorcia la vita
- ❑ Determina depressione respiratoria
- ❑ Quando si arriva alla morfina ....allora vuol dire che il paziente è grave!
- ❑ DIPENDENZA
- ❑ TOLLERANZA (cioè per ottenere lo stesso effetto, bisogna aumentare le dosi. Nel pz oncologico è l'avanzare della malattia a far aumentare il dolore, pertanto aumenta il dosaggio degli oppioidi)



# EFFETTI COLLATERALI DEGLI OPPIOIDI

---

- ❑ **STIPSI** (costante, non regredisce nel tempo): uso regolare di lassativi e/o emollienti delle feci, prestare attenzione alle evacuazioni
- ❑ **NAUSEA E VOMITO**: diminuiscono, quando presenti, con i giorni
- ❑ **SEDAZIONE**: sonnolenza durante la prima settimana, poi si instaura la tolleranza. Invitare il pz ad idratarsi di più
- ❑ **MIOCLONO**: meno frequente
- ❑ **PRURITO**

# INVECE ....

---

- Una terapia per gradi e il controllo clinico periodico del paziente impediscono l'insorgenza degli effetti collaterali gravi.
- Viene utilizzata per il controllo della “fame d'aria”, senza pericolo della depressione respiratoria
- Il dolore accorcia la vita e ne peggiora la qualità
- La dose giusta è quella che toglie il dolore

# RICORDA .....

- ❑ IN CURE PALLIATIVE LA VIA PREFERIBILE DI SOMMINISTRAZIONE DI TUTTI I FARMACI É QUELLA **ORALE** (se il pz non può usare tale via, la via parenterale da preferire è la SOTTOCUTANEA)
- ❑ GLI OPPIACEI VANNO SOMMINISTRATI **AD ORARI FISSI**
- ❑ NON SOMMINISTRARE OPPIACEI “AL BISOGNO” IN ASSENZA DI UNA TERAPIA CRONICA CON LO STESSO PRINCIPIO ATTIVO
- ❑ SENSIBILITÀ INDIVIDUALE (IN TERMINI DI EFFICACIA) ED EFFETTI COLLATERALI: PER LE RESCUE DOSES PIÚ CORRETTO UTILIZZARE LO STESSO FARMACO O UNO CON UN SIMILE PROFILO
- ❑ LA RESCUE DOSE CORRISPONDE A CIRCA 1/6 DELLA POSOLOGIA DEL FARMACO ASSUNTA NELLE 24 ORE

# RICORDA ....

- INEFFICACIA DEL TRATTAMENTO: AUMENTARE LA POSOLOGIA GIORNALIERA DEL **30-50%** DI QUELLA PRECEDENTEMENTE ASSUNTA
- GLI OPPIACEI MAGGIORI NON HANNO DOSE TETTO (AD ECCEZIONE, FORSE, DELLA BUPRENORFINA)
- SE UN OPPIACEO MINORE NON È EFFICACE ALLA POSOLOGIA MASSIMA GIORNALIERA, PASSARE AD UN OPPIACEO MAGGIORE
- IN PRESENZA DI UN DOLORE SEVERO (**NRS = 7 → 10**): **SUBITO UN OPPIACEO MAGGIORE**
- NELLA ROTAZIONE DEGLI OPPIACEI LA POSOLOGIA DEL NUOVO FARMACO DEVE ESSERE CALCOLATA TENENDO CONTO DELLE **TABELLE DI EQUIANALGESIA**

# SEDAZIONE PALLIATIVA O TERMINALE

Per sedazione palliativa o terminale la riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici fino alla perdita della coscienza allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo che risulta quindi refrattario



# Task Force EAPC

(Materstvedt, 2003)

	SEDAZIONE	EUTANASIA
INTENZIONE	Alleviare la sofferenza del paziente	Provocare la morte immediata del paziente
PROCEDURA	Uso di farmaci per il controllo dei sintomi	Somministrazione di farmaci letali

# LA PERDITA DI AUTONOMIA



Il paziente ricoverato in un setting di cure palliative sta attraversando un periodo di cambiamenti.

Spesso ha una notevole diminuzione nelle ADL

# Approccio palliativo

**Liverpool Care  
Pathway for the  
Dying Patient  
(LCP)**

Protocolli



Linee Guida

Accreditamento

Dr,ssa Antonella Milo



# A COSA FARE RIFERIMENTO



- PRINCIPI DI BIOETICA
- EBN – EBM
- LINEE GUIDA
- VALUTAZIONE CLINICA
- CODICE DEONTOLOGICO
- LEGISLAZIONE VIGENTE IN MATERIA DI CURE PALLIATIVE E DI ESERCIZIO PROFESSIONALE

# PRINCIPI DI BIOETICA



- BENEFICENZA
- NON MALEFICENZA
- AUTONOMIA
- GIUSTIZIA DISTRIBUTIVA

# LIVERPOOL CARE PATHWAY

- LCP è un percorso di cura integrato che è stato sviluppato nel Regno Unito per trasferire il modello di hospice come prassi verso i morenti negli ultimi giorni e ore di vita
- Le LCP guide i professionisti sanitari nel fornire cure evidence-based per i pazienti morenti e alle loro famiglie a prescindere dal luogo di cura o di diagnosi.

□

## **Che cosa è un percorso di cura?**

- Un percorso di cura è un documento sulla base di prove che sostituisce tutti gli altri documenti e viene utilizzato dai professionisti della salute per fornire 'best practice' per i pazienti nelle loro ultime ore / giorni di vita. I percorsi di cura hanno obiettivi specifici di cura
- per guidare i professionisti della salute, ma anche per
- consentire la cura per essere adattato al singolo individuo
- per garantire il massimo comfort e controllo dei sintomi per ogni paziente.

# INFORMAZIONE ≠ CONSAPEVOLEZZA



PAZIENTE  
INFORMATO

PAZIENTE  
CONSAPEVOLE



# INFORMAZIONE

# CONSAPEVOLEZZA



- Livello cognitivo

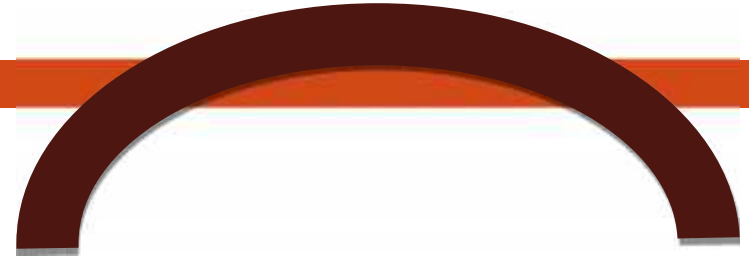


- Livello cognitivo

- Livello emotivo

L'informazione

è un  
evento



La consapevolezza  
è un  
processo

# CONSAPEVOLEZZA

---

La consapevolezza implica che il paziente elabori le informazioni ricevute.

Il vissuto emotivo è **COERENTE** con l'informazione ricevuta.

- ❖ È un processo dinamico
- ❖ Può non essere stabile



Consapevolezza  
fluttuante

Informazione SENZA consapevolezza



Consapevolezza SENZA informazione



# OBIETTIVO

---

**FAVORIRE L'ADATTAMENTO  
DEL PAZIENTE E DELLA FAMIGLIA  
ALLA MALATTIA**

**AGEVOLARE LA CONSAPEVOLEZZA È UNO  
STRUMENTO PER FAVORIRE  
L'ADATTAMENTO,  
MA .....**

**PUÒ ESSERCI UN  
ADATTAMENTO  
EFFICACE ANCHE  
NELL'  
INCONSAPEVOLEZZA**



**Strumento relazionale**  
**Il modello dei sei scalini**  
**(modificato da Buckman , 1992)**



- 1. Preparare il colloquio*
- 2. Capire quanto il paziente già sa*
- 3. Capire cosa il paziente vuole sapere*
- 4. Condividere le informazioni*
- 5. Tenere conto delle emozioni*
- 6. Pianificare il procedere*

# Il paziente attraversa diverse fasi (Kubler- Ross)

rifiuto

collera

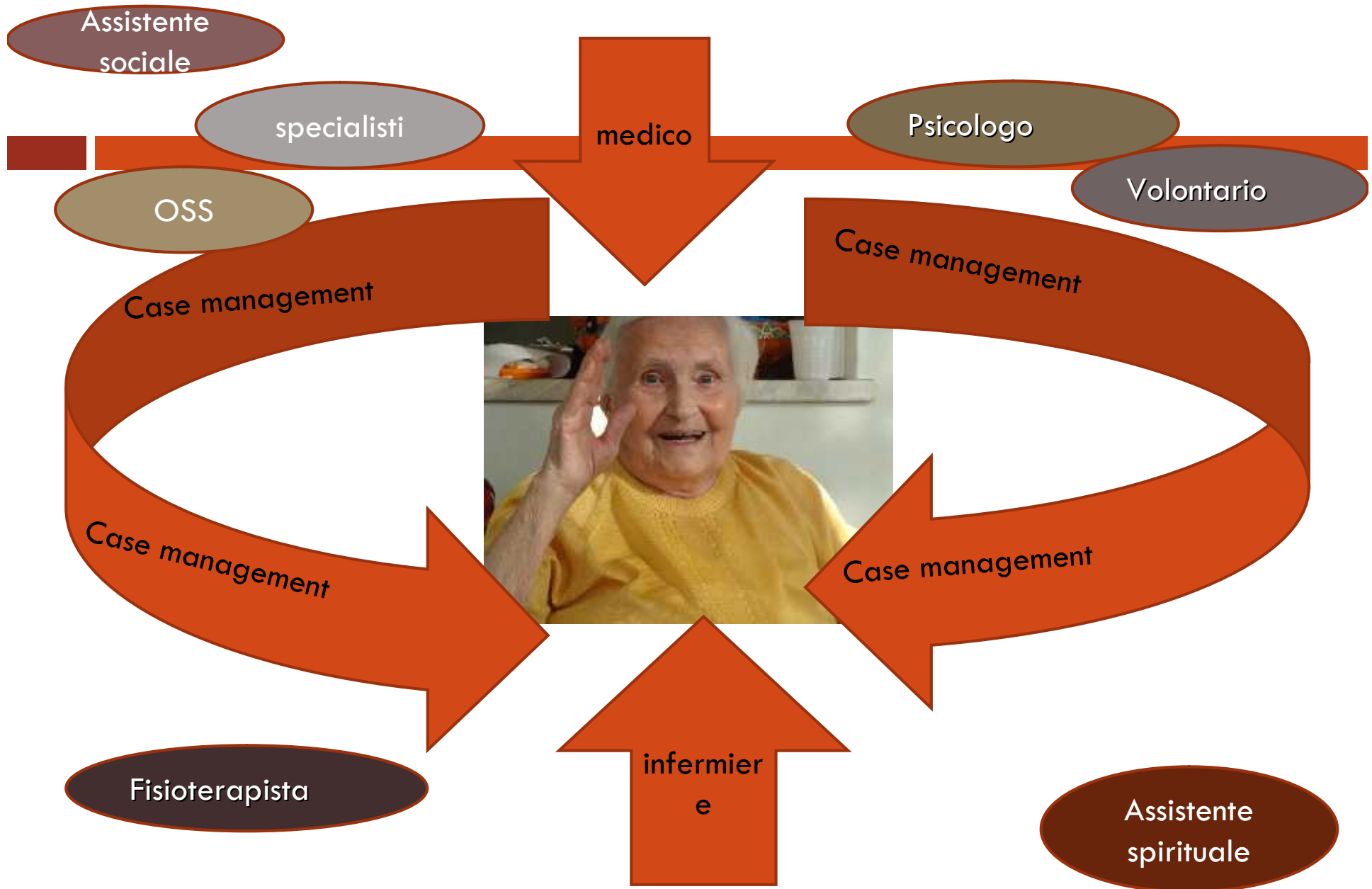
compromesso

depressione

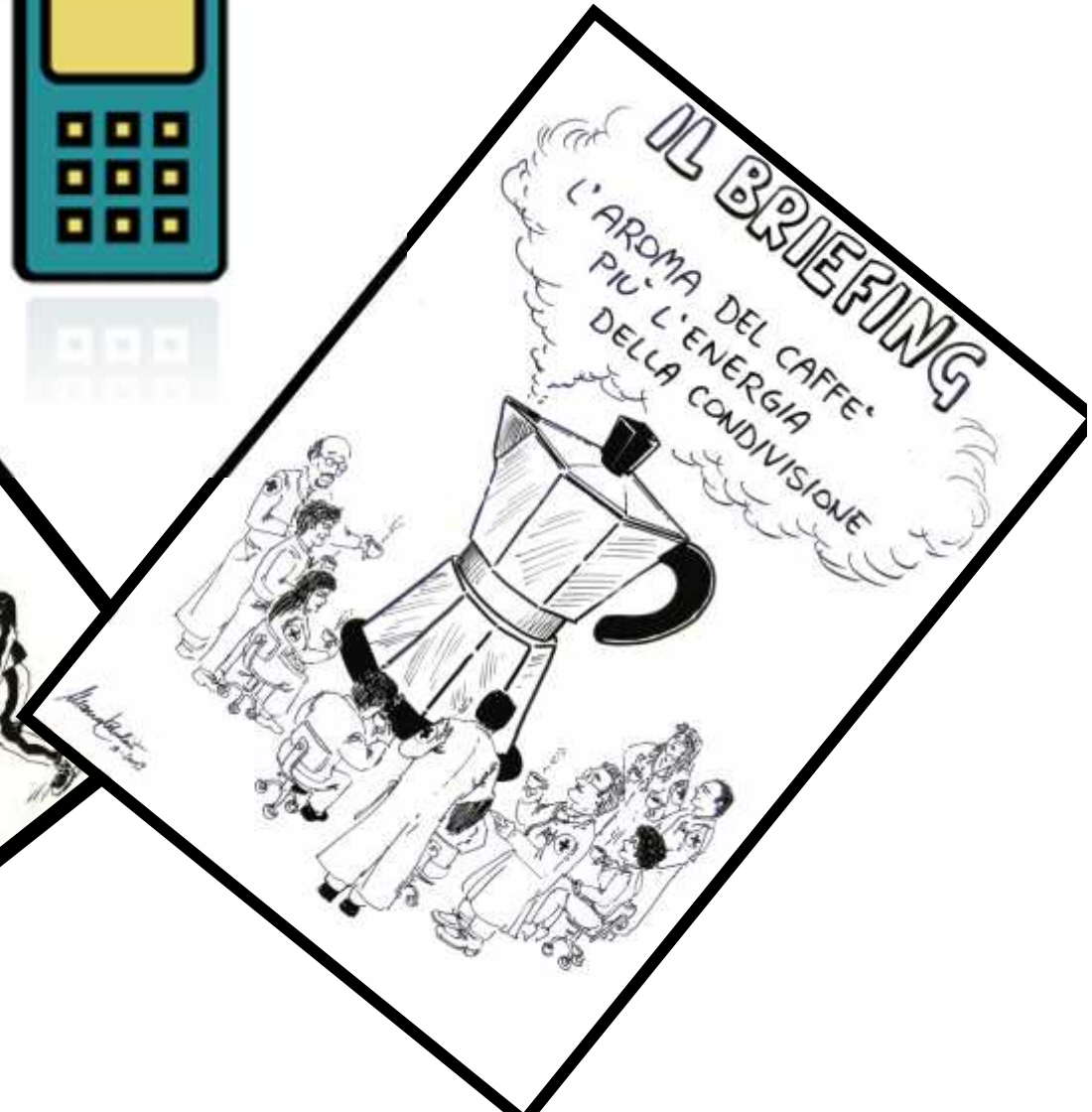
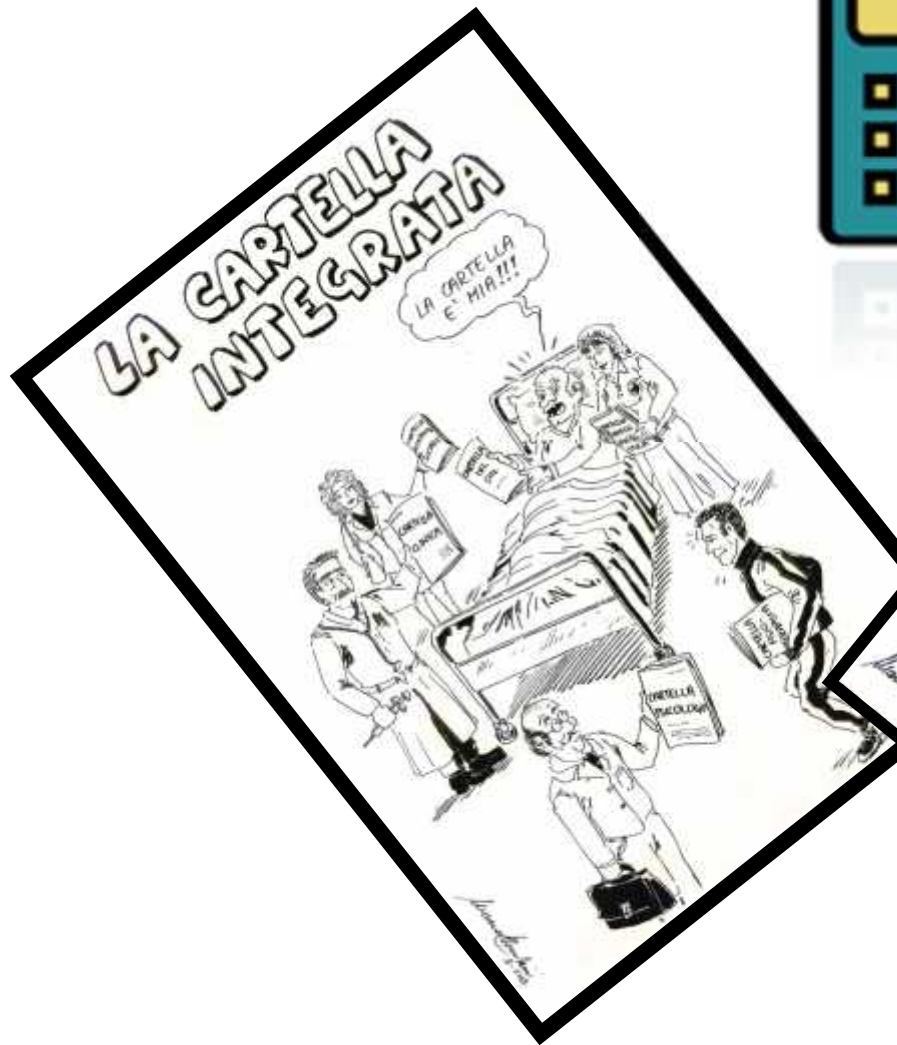
accettazione

Qualsiasi sia la fase è fondamentale  
mantenere una forma di speranza.





# Strumenti di integrazione





Grazie  
dell'attenzione