



LA BUSSOLA DEI VALORI
DELLA RETE ONCOLOGICA
DEL PIEMONTE
E DELLA VALLE D'AOSTA

LA DIGNITA'

AOSTA, 22 ottobre 2014

Dott.ssa Christine Rollandin





LA BUSSOLA DEI VALORI
DELLA RETE ONCOLOGICA
DEL PIEMONTE
E DELLA VALLE D'AOSTA



LA DIGNITA'

1

ACCOGLIENZA DEI LUOGHI DI
CURA

2

ACCOMPAGNAMENTO NEL FINE
VITA

3

ASCOLTO NEL PERCORSO DI
CURA

4

ATTENZIONE A IDENTIFICARE E
CONTROLLARE I SINTOMI

DIGNITA' DELLA PERSONA		SOGGETTI RESPONSABILI										
13. Accoglienza dei luoghi di cura		A	B	C	D	E	F	H	I	L	M	N
1	Strutturazione organizzativa secondo le indicazioni della rete oncologica e valorizzazione del CAS											
2	Integrazione dell'accoglienza lungo tutta la filiera assistenziale											
3	Formazione e supervisione permanenti del personale (curare chi cura)											
4	Strutturazione logistica ed ambientazioni adeguate											
5	Sviluppo di competenze relazionali integrate											
6	Adozione di uno stile proattivo nella rilevazione e interpretazione dei bisogni dei pazienti e delle famiglie											
7	Cooperazione con le associazioni di volontariato e il terzo settore in generale											

Responsabilità

- A - Assessorato Regionale
- B - Direzioni Generali (DSA)
- C - Direzioni Sanitarie (DMPO)
- D - Direzione Rete Oncologica
- E - Direzione di Struttura (Dip. Sc/ss)

- F - Direzione di Distretto
- H - Responsabili CAS e GIC e operatori amministrativi e sanitari
- I - MMG/PLS
- L - Associazioni volontariato
- M - Servizio sociale ospedaliero e territoriale
- N - Coordinatori infermieristici

DIGNITA' DELLA PERSONA		SOGGETTI RESPONSABILI										
14. Attenzione a identificare e controllare i sintomi - 15. Accompagnamento nel fine vita		A	B	C	D	E	F	H	I	L	M	N
1	Integrare la sintomatologia in un contesto generale di <u>bisogni della persona e della famiglia</u> e <u>presa in carico globale</u>											
2	Favorire la possibilità che la persona sia <u>protagonista</u> nel percorso decisionale attraverso la decodifica dei suoi bisogni											
3	Garantire la confidivisione dell'informazione attraverso strumenti finalizzati (brief, riunioni d'equipe, CAS, GIC)											
4	Monitorare il <u>grado di consapevolezza dell'obiettivo di cura</u> e garantire la condivisione con il paziente attraverso la comunicazione durante le varie fasi di malattia											
5	Assicurare la formazione continua degli operatori											
6	Definire e utilizzare strumenti atti a misurare la qualità della cura											
7	Considerare la pianificazione dei percorsi di fine vita attraverso una forte <u>integrazione con la Rete di cure palliative</u>											

ACCOGLIENZA DEI LUOGHI DI CURA

- **Tempestività nella presa in carico e all'accesso (ruolo del CAS)**
- **Ambientazioni adeguate**
- **Tempo adeguato per ogni visita**
- **Rapporto di fiducia paziente-curante**
- **Informazione fin dal sospetto diagnostico**



ACCOMPAGNAMENTO NEL FINE VITA

- Precoce attivazione delle cure palliative
EARLY PALLIATIVE CARE
SIMULTANEOUS CARE
- Leggere i bisogni reali del paziente
- L'importanza dell'équipe multidisciplinare
- Diversi setting di cura
 - domicilio
 - hospice
 - reparti ospedalieri
- Strutture protette (micro, RSA..)
- Flessibilità del percorso

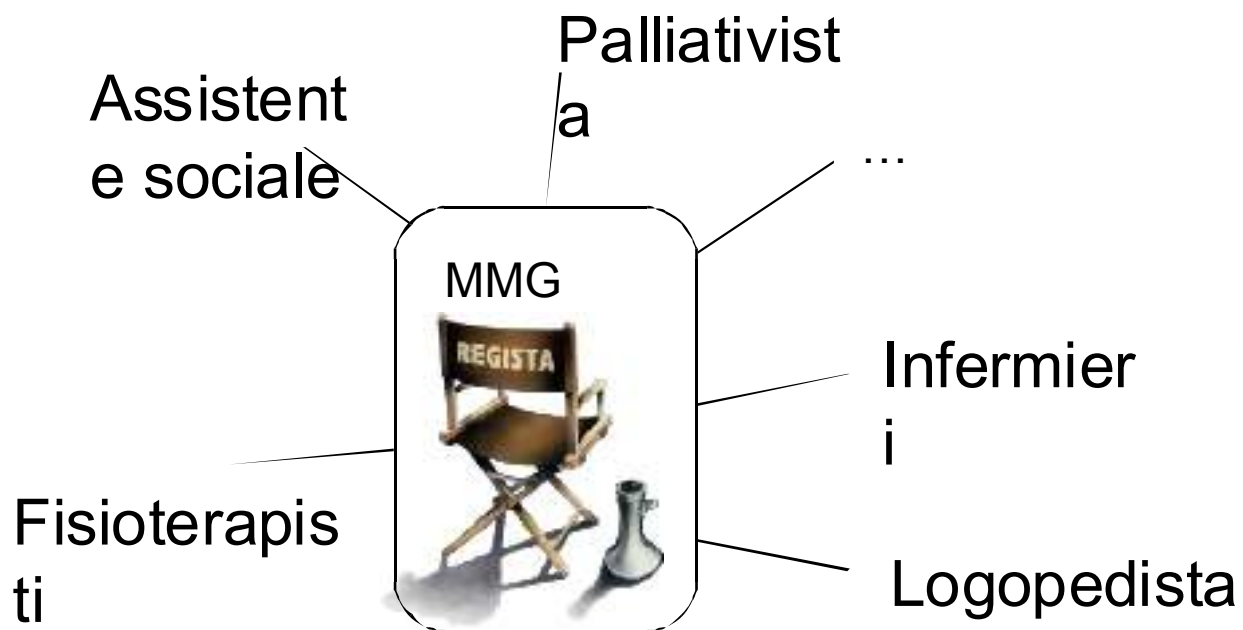
Hospice di Aosta



ASSISTENZA DOMICILIARE

ADI CURE PALLIATIVE

LEGA TUMORI (LILT)





ASCOLTO NEL PERCORSO DI CURA

- Setting adeguato
- Tempo adeguato
- Ascolto di tutte le esigenze del paziente e della sua famiglia
- Rispetto delle scelte del paziente



↓
**MMG: osservatore
privilegiato**

ATTENZIONE A IDENTIFICARE E CONTROLLARE I SINTOMI

- Rilevazione e registrazione dei sintomi
- Importante in tutte fasi del percorso:
 - alla diagnosi: spesso malattia sintomatica
 - durante il trattamento ct-rt
 - durante la malattia avanzata
 - nell'accompagnamento di fine vita
 - nei "guariti"/ lungo-sopravvivenenti

controllo degli effetti iatrogeni



When the cancer patient needs hospital admission: the changing role of medical oncology wards.

Gianmauro Numico, Giulia Courthod, Antonella Cristofano, Antonio Trogu, Alessandra Malossi, Elisabetta Cursio, Mariella Duchi, Fulvia Grasso, Silvia Spinazzé, Susanna Sirotoà, Maria Rosa Alvaro, Anna Stella, Alessandro Mozzicafreddo. S.C. Oncologia, Azienda USL della Valle d'Aosta, Viale Ginevra 3, 11100 Aosta.

L
2

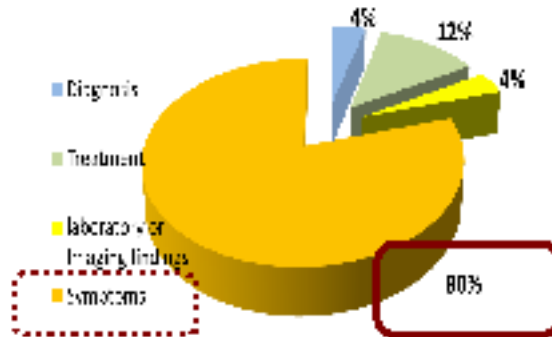
Background and methods

An inpatient medical oncology ward is available in approximately 20% of the oncologic centers in Italy. While it is intended as a specialist ward with the principal aim of supplying chemotherapy and other complex treatments, its current use has not been properly described and seems quite heterogeneous. Due to the full organization of primary care services and the pressure from emergency departments, it is increasingly used for supportive treatments in patients with cancer and associated medical conditions.

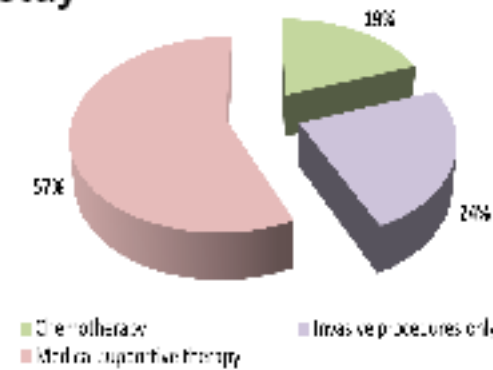
We aimed at describing the admissions to a medical oncology inpatient service within a 2-year period with respect to patients' characteristics, their malignancies, the indication to admission and the main procedures performed during hospital stay.

The medical records of 672 consecutive admissions in the oncological ward of the Aosta Hospital were reviewed. The oncological department has 12 beds and provides assistance both for solid and hematological cancer patients.

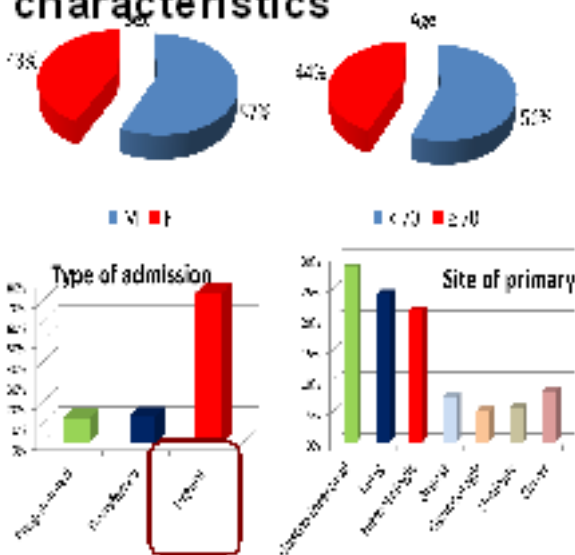
Reason for admission



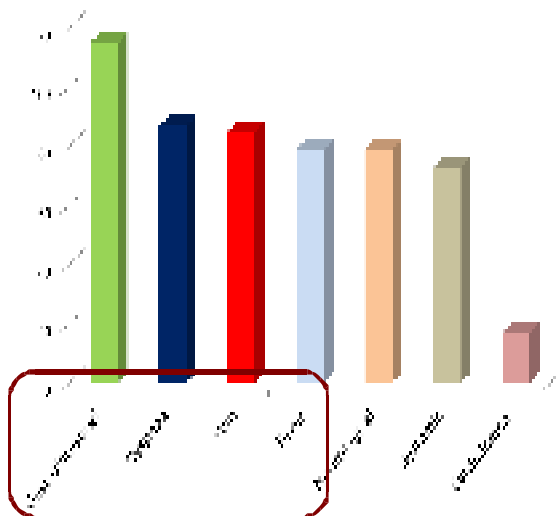
Treatment during hospital stay



Admissions' characteristics



Symptoms at admission



Discussion and

Inpatient care is an important part of the activity of medical oncologists. This retrospective series showed that admissions in a typical oncological ward are predominantly urgent and requested for cancer-related symptoms. Chemotherapy is given in less than one out of five patients while medical supportive therapy is the most frequently performed procedure. Also, taking care of patients at the end of life is increasingly part of the ordinary clinical management.

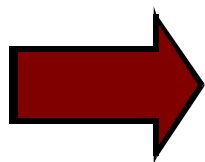
These data suggest that an important shift from the previous intended aims has occurred. While chemotherapy is mostly performed in the ambulatory setting, oncologists are called to improve knowledge and expertise aimed at providing high quality supportive treatment to inpatients. Organizational efforts are to be encouraged accordingly.



dolore...

“GESTIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE”

Formazione
degli operatori



DLG n.38 del 2010: sancisce l'obbligatorietà all'attenzione e ad una corretta gestione della globalità degli aspetti sul dolore e la sofferenza interiore.

dolore...

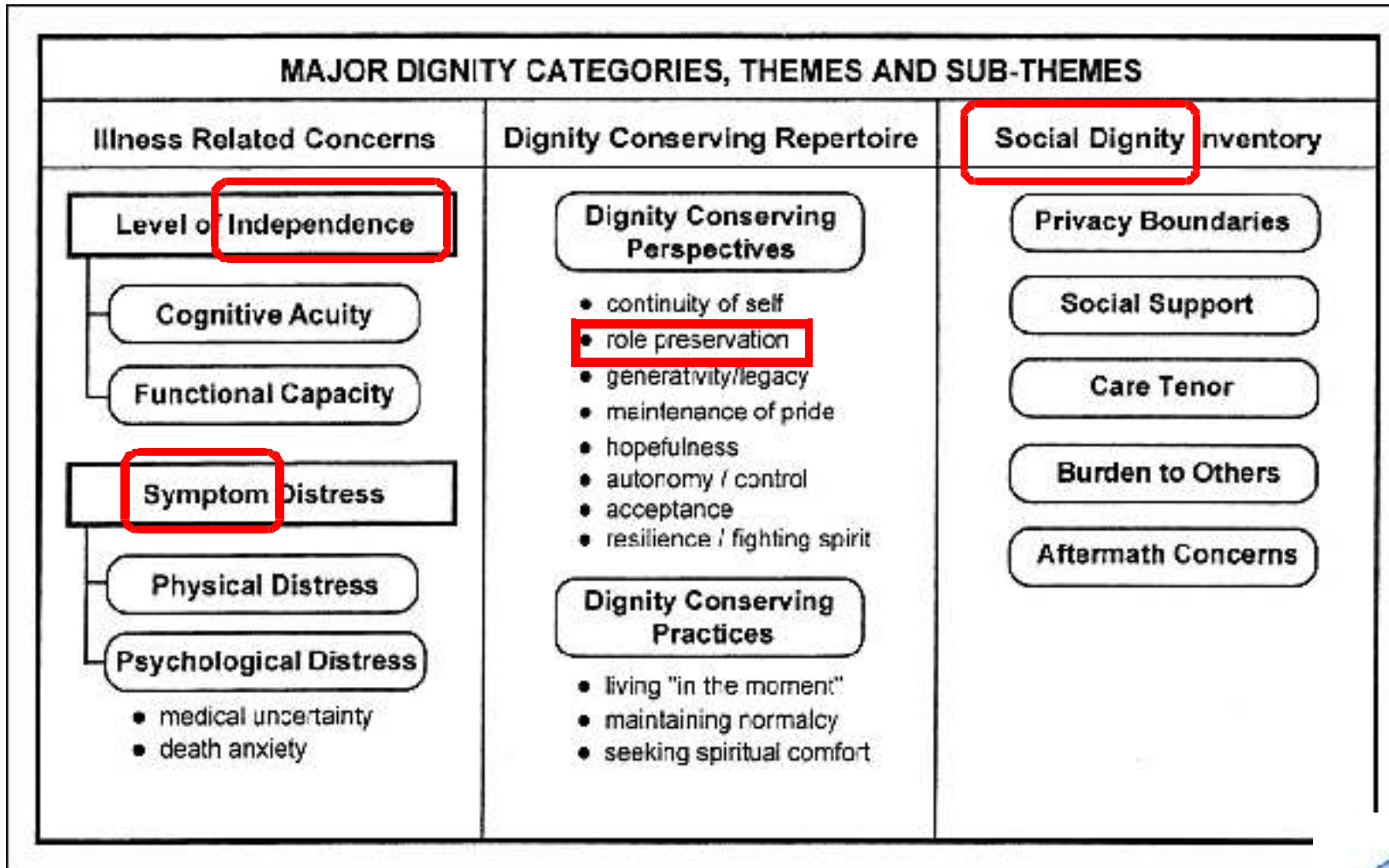
Indicazioni dell'OMS:

- Somministrazione degli analgesici ad orari fissi
 - Somministrazione al bisogno per il dolore incidente (rescue dose)
 - Mantenere l'analgesia per tutto l'arco delle 24h
 - Utilizzare la via di somministrazione meno invasiva
 - Rispettare il dosaggio massimo dei farmaci con effetto tetto
- Trattare tempestivamente gli effetti collaterali

DIGNITY THERAPY DI CHOCHICOV

Il Modello si divide in 3 grandi aree:

- aspetti fisici, legati alla malattia e ai sintomi
- esistenziali/spirituali, basati sulle caratteristiche di personalità del paziente e sulla sua storia di vita
- sociali, legati alla qualità dell'interazione con gli operatori e i familiari/caregivers



Chochinov H M JCO 2004;22:1336-1340





LA BUSSOLA DEI VALORI
DELLA RETE ONCOLOGICA
DEL PIEMONTE
E DELLA VALLE D'AOSTA

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

