

Convegno
La cura alla fine della vita
Brescia 20 febbraio 2010



QUALI CURE ALLA FINE DELLA VITA?

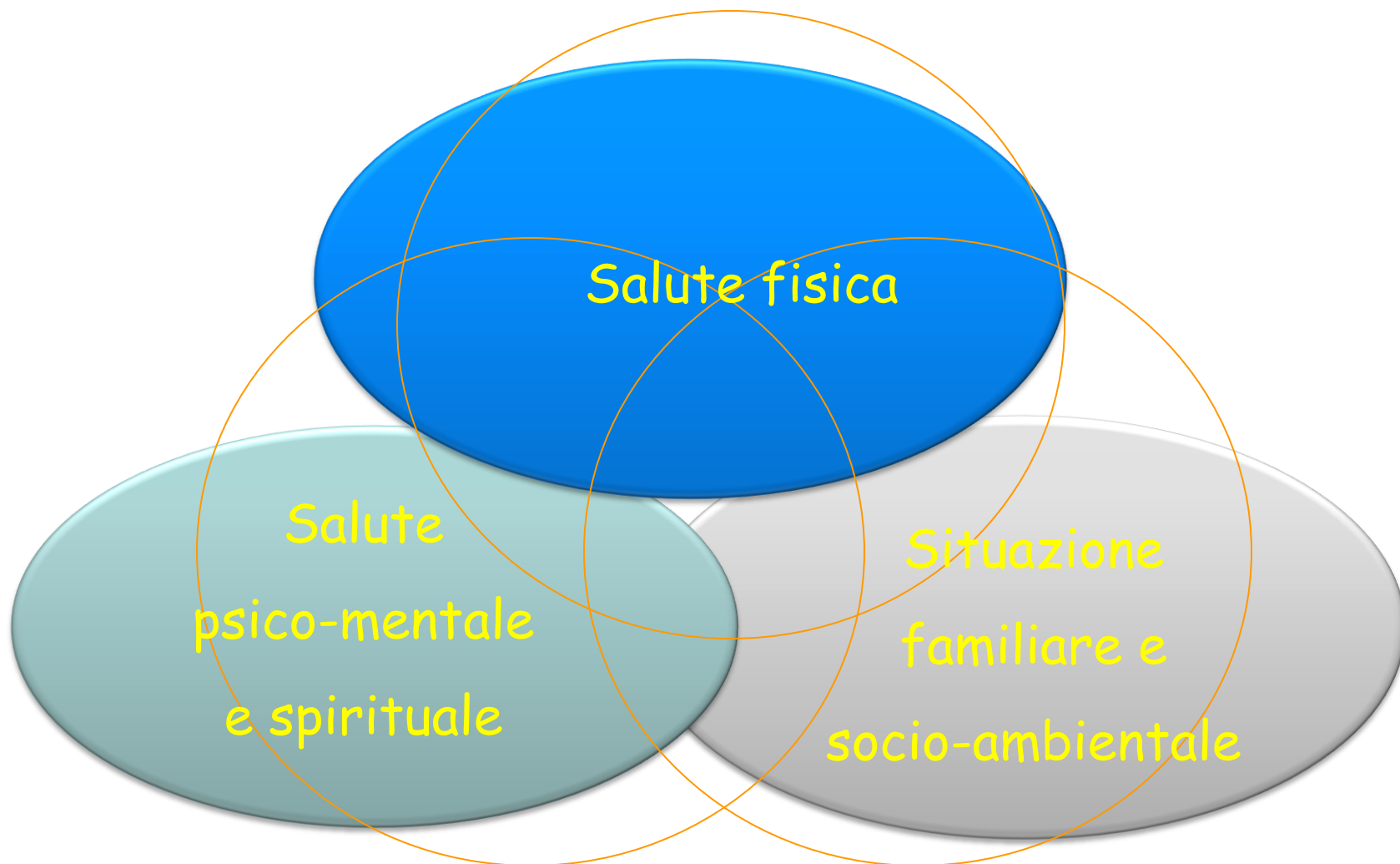
Flavia Caretta

Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche

Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma



QUALI CURE ALLA FINE DELLA VITA?



L'accompagnamento nella fase terminale

- ✓ **Cosa sta avvenendo al corpo** dipende dalle patologie
- ✓ **Cosa sta avvenendo emotivamente** dipende dall'accettazione interiore e dai sentimenti (collera, rimorsi, sconforto, calma, rassegnazione)
- ✓ **Cosa sta avvenendo spiritualmente** dipende dalle domande, dal senso della situazione
- ✓ **Cosa sta avvenendo religiosamente** dipende dalle convinzioni di fede

Prospettiva del paziente

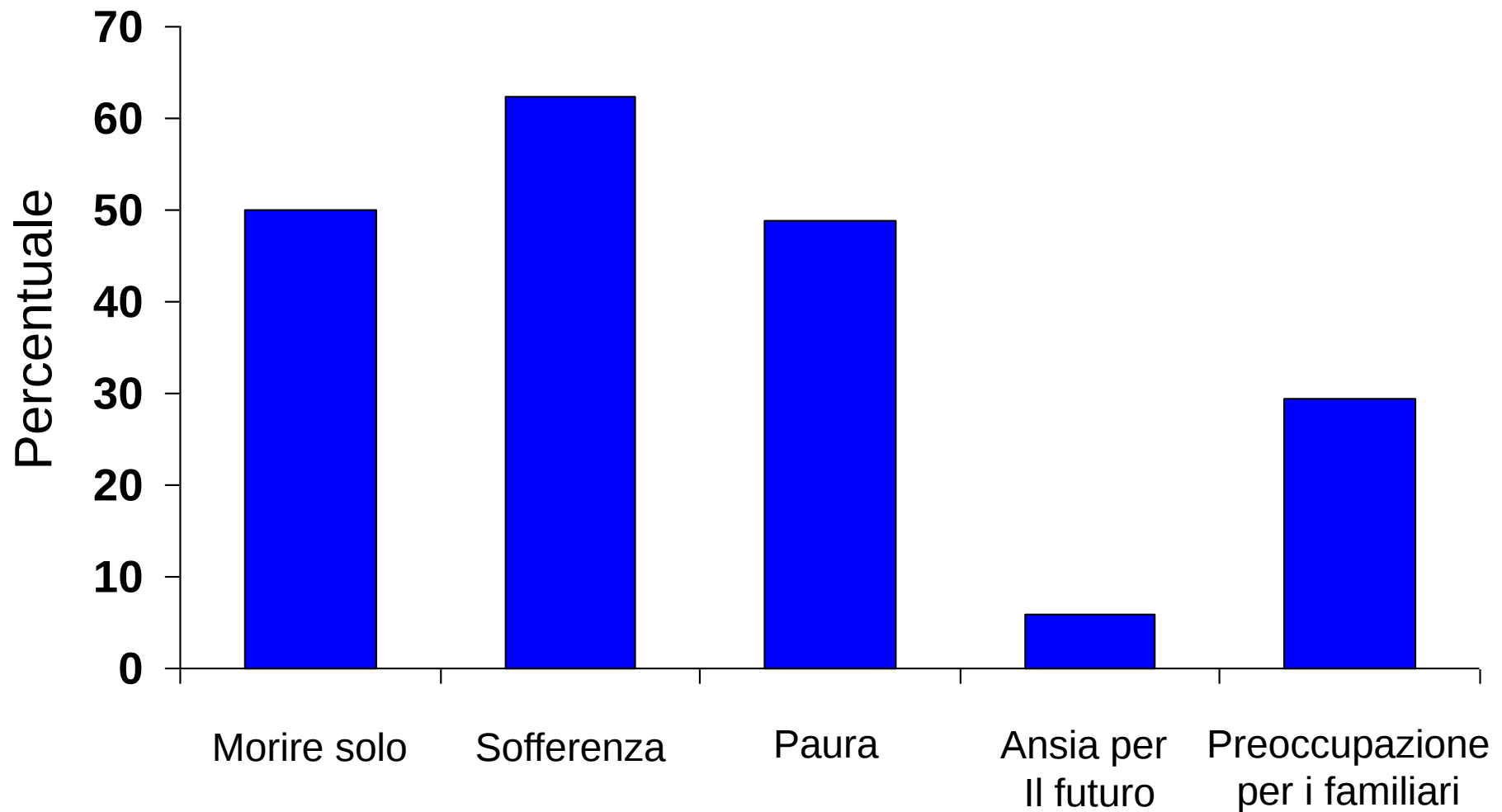
Dove si muore?

**L'esperienza attuale della morte
spesso non corrisponde
ai desideri delle persone**

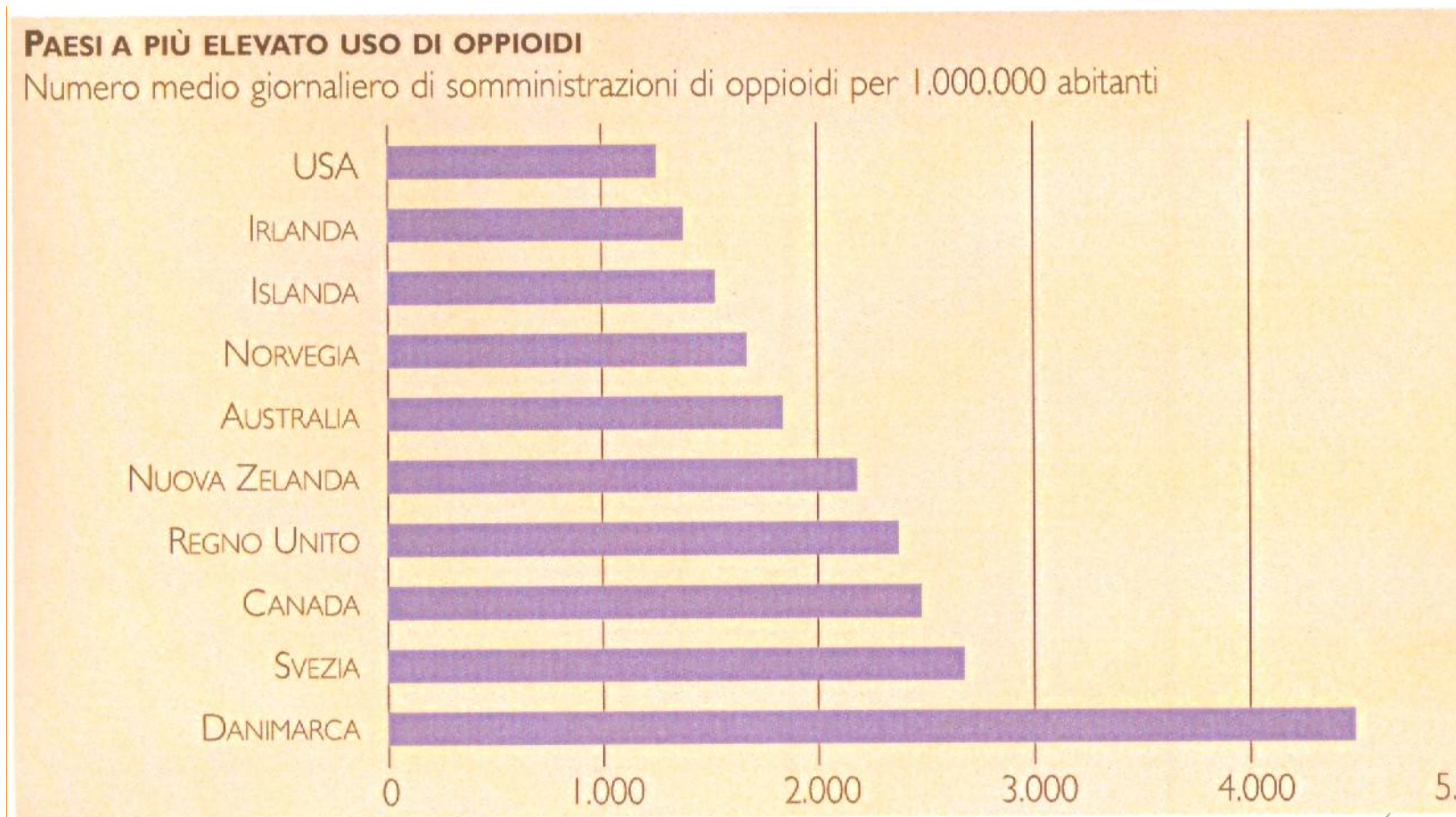
I luoghi del morire

	Luogo del decesso %	Luogo desiderato %
Casa di residenza	55,7	91,5
Altra casa	2,2	2,0
Ospedale	34,6	4,9
Hospice	0,7	0,2
RSA	6,5	1,4
Ambulanza	0,4	-

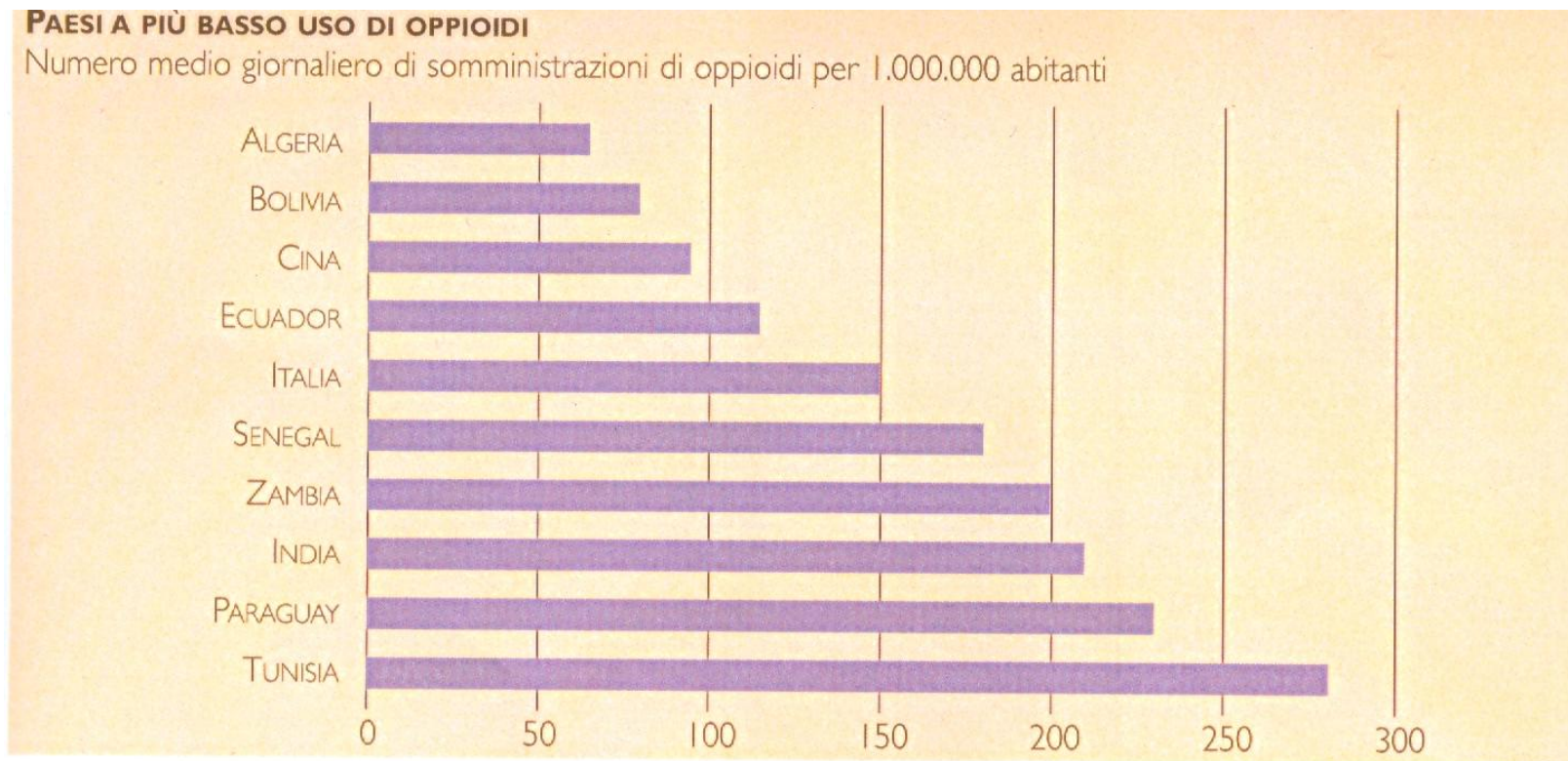
Preoccupazioni della persona nella fase terminale



La terapia del dolore



La terapia del dolore



Terapia del dolore in Italia

Cresce il consumo di oppioidi:

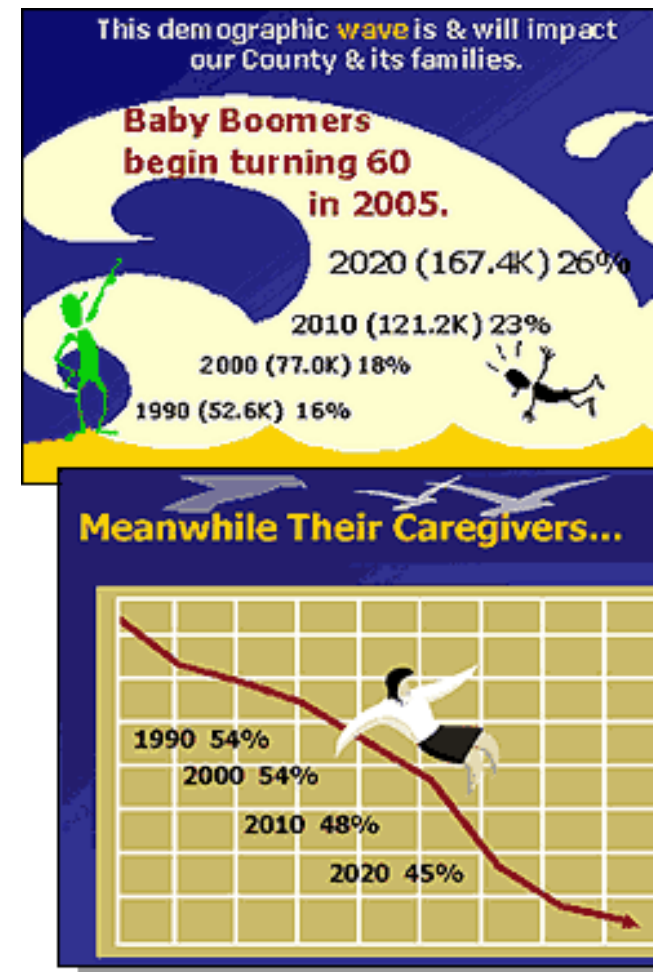
+23,83% nel 2008

**Italia ancora agli ultimi posti in Europa
nell'uso degli oppioidi**

QUALI CURE ALLA FINE DELLA VITA?

Attenzione a pazienti
oncologici e neurologici.
E la generazione dei
baby boomers?

Nurs Ethics, 2006 Mar;13(2):130-46.



**American Geriatrics Society
American Academy of Hospice and Palliative Medicine
American Medical Directors Association
National Hospice and Palliative Care Organization**

Access to high quality end-of-life care in nursing home

**Il 25% degli ospiti con dolore neoplastico
non riceve farmaci antidolorifici**

Health Policy Advisor, June 2006



Dolore

VIENE VALUTATO SISTEMATICAMENTE	22.2%
ESISTE UN SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE	17.2%
STRUTTURA COLLEGATA A UNITÀ DI TERAPIA DEL DOLORE	24.2%
COLLEGATA A UN HOSPICE	16.3%
VIENE TRATTATO DAL GERIATRA	62.6%
VIENE TRATTATO DA UN MEDICO DI MEDICINA GENERALE	67.7%
IL PERSONALE HA RICEVUTO UNA FORMAZIONE	54.5%

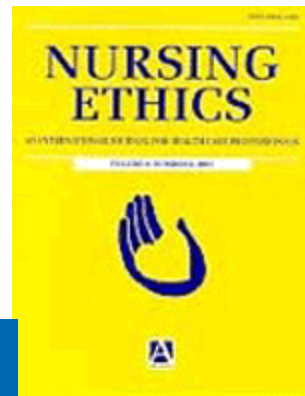
Dati relativi a 130 strutture residenziali per anziani non autosufficienti in Italia



Prospettiva del paziente

Fattori che ostacolano la possibilità di dare un significato alla situazione di vita

- **Perdite a livello fisico ed emotivo**
- **Dipendenza da altri**
- **Scarsa conoscenza e rispetto per:**
 - **differenze culturali**
 - **credenze religiose**
- **Mancanza di interazioni significative**
- **Dialogo non adeguato con gli operatori**



Ruolo dei familiari

Legame fondamentale

- ✓ con il mondo esterno**
- ✓ con la sua biografia personale**
- ✓ con i suoi valori.**

J Hospice Palliative Nursing 2007;9(3)

QUALI CURE ALLA FINE DELLA VITA?

“Anche sul versante della regolamentazione del lavoro, si riconoscono dei diritti specifici ai familiari al momento di una nascita;

in maniera analoga, e specialmente in certe circostanze, diritti simili dovrebbero essere riconosciuti ai parenti stretti al momento della malattia terminale di un loro congiunto”.

Benedetto XVI, Congresso "Accanto al malato inguaribile e al morente: orientamenti etici ed operativi", XIV Assemblea Generale Pontificia Accademia per la Vita 25/2/2008

Prospettiva degli operatori

QUALI CURE ALLA FINE DELLA VITA?

Se ci si limita ad una visione medico-sanitaria, si sarà tentati di mantenere o addirittura di elevare il livello dei trattamenti clinici.

Ma se si cerca di comprendere “il morire” le vere priorità sono altrove.

MORTE



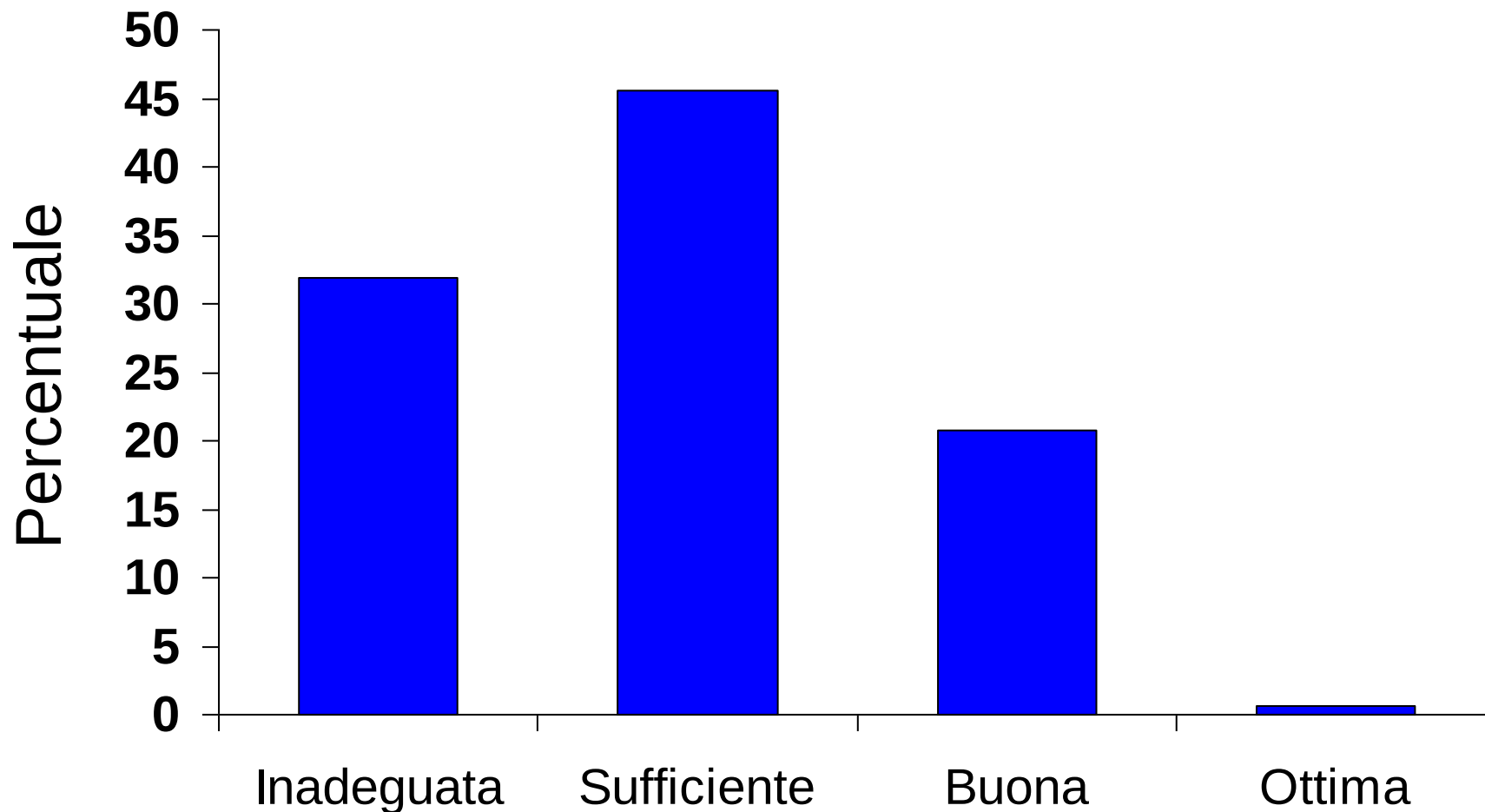
INSUCCESSO PROFESSIONALE

ASSISTENZA AL MORENTE



IMPEGNO PRIVO DI QUALIFICAZIONI

Preparazione dei medici per affrontare la morte dei pazienti



Cure di fine vita

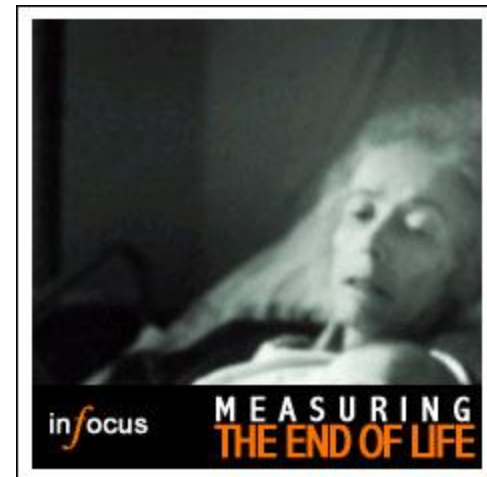
Criticità

FORMAZIONE IN AMBITO ACCADEMICO:

Il curriculum universitario sulle cure di fine vita dovrebbe essere molto più che un semplice insegnamento sugli aspetti clinici-assistenziali

ASPETTI CRITICI

- *Terapia del dolore*
- *Quesiti etici*
- *Formazione*



LA GESTIONE DEL DOLORE

**Una valutazione ed una gestione
efficace del dolore richiede
un approccio interdisciplinare
per un trattamento dei sintomi
fisici, psicologici, sociali e spirituali.**

Fine vita Criticità

Le ricerche evidenziano tuttora una scarsa qualità assistenziale per:

- **Formazione scadente degli operatori**
- **Comunicazione inadeguata con il paziente**

Fine vita Criticità

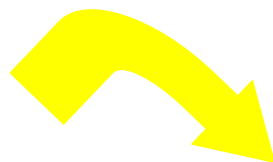
La scarsa qualità delle cure di fine vita è in parte da attribuire alle **carenze nell'ambito delle abilità comunicative del medico.**

2005:8(2);291-299



La comunicazione nella terminalità

DICHIARAZIONI ANTICIPATE



strategia dominante per migliorare le cure di fine vita negli ultimi 20 anni

sorte soprattutto per supplire alla mancanza di comunicazione.



La comunicazione nella terminalità

Discussione attuale
sulle dichiarazioni anticipate,
perché non sembrano aver risolto
il problema di una comunicazione adeguata.

La comunicazione nella terminalità

- ✱ Anche se le dichiarazioni anticipate sembrano aumentare la possibilità che vengano rispettati i desideri espressi dal paziente,
- ✱ in realtà la percentuale di compliance con tali desideri risulta essere scarsa.



La comunicazione nella terminalità

Per prevenire terapie aggressive alla fine della vita si richiede:

- ✿ una comunicazione attiva tra medico, infermiere, paziente e familiari
- ✿ l'elaborazione di strategie efficaci per fornire informazioni corrette e adeguate sulle preferenze di cura, già in tempi precedenti la terminalità.

Negli ultimi giorni di vita,
l'approccio convenzionale del
“provare a fare qualcosa per il paziente”,
dovrebbe spostarsi
dall'aspetto tecnologico
a quello relazionale

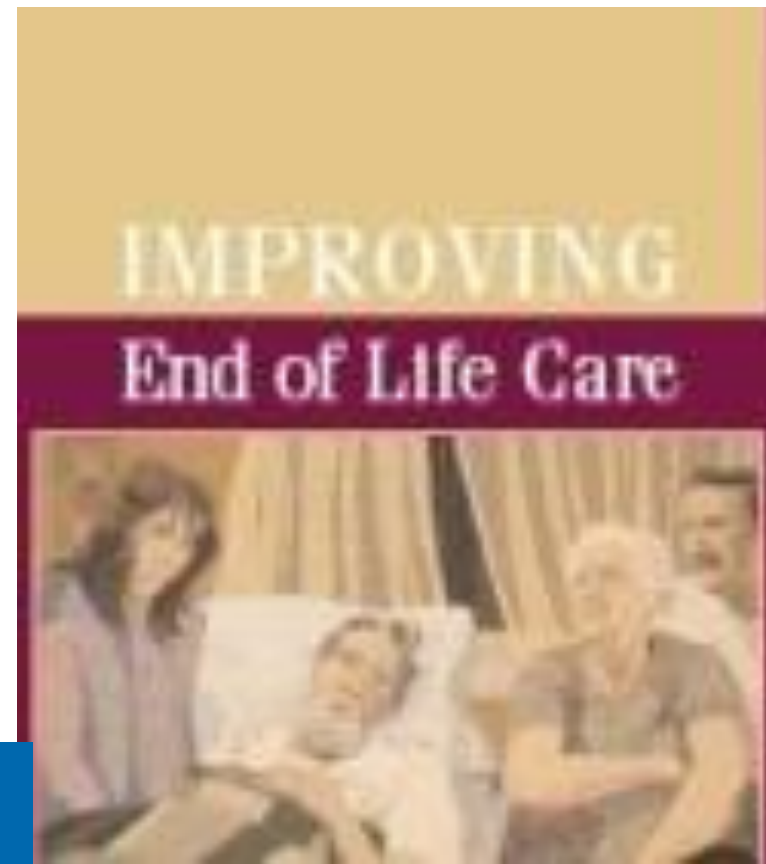
QUALI CURE ALLA FINE DELLA VITA?

- ✿ La comunicazione è spesso la componente principale della gestione del paziente nelle patologie croniche e nelle cure palliative.
- ✿ **A volte è tutto quanto si può offrire al paziente.**
- ✿ A confronto con la maggior parte dei farmaci, le abilità nella comunicazione hanno indubbiamente un'efficacia palliativa - **spesso riducono significativamente i sintomi** -
- ✿ un ampio indice terapeutico - **il sovradosaggio è raro** -
- ✿ e il problema più comune nella pratica è un dosaggio sub-ottimale.

L'etica del quotidiano

Per migliorare la qualità
del fine vita
occorre concentrarsi
sul quotidiano piuttosto
che sui momenti estremi.

R. Kane, Hasting Center
Report, 2005;35(6): S37-S41



Importanza dell'integrazione della cura spirituale nell'équipe multidisciplinare

**Equipe di cura (medico, infermiere,
operatore pastorale) con attenzione
alla dimensione spirituale:**

- **Miglioramento della qualità di vita**
- **Riduzione del rischio di terapie aggressive**

**Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With
Medical Care and Quality of Life Near Death 2010;28(3):445-452**

**Center Psycho-Oncology Palliative Care Research, Boston,
MA**

Il processo assistenziale

**Non si risolve in un protocollo
da scomporre in procedure.**

**Vi è implicata una dimensione
umana**

imprevedibile, non standardizzabile,

**da giocare dentro
la relazione personale,
reciprocamente.**

QUALI CURE ALLA FINE DELLA VITA?



Un'assistenza corretta richiede un'équipe allargata che comprenda il paziente, i familiari, gli operatori sanitari e pastorali che insieme agiscono per il raggiungimento di un comune obiettivo terapeutico.

“Una vita che sta terminando non è meno preziosa di una vita che sta iniziando.
E’ per questa ragione che la persona che sta morendo merita il massimo rispetto e le cure più amorevoli”.

***GIOVANNI PAOLO II - VII CONGRESSO INTERNAZIONALE DI
ONCOLOGIA GINECOLOGICA 30/09/1999***