

Dr. Ssa Maria Torti

ASL2 savonese
Direttore f.f.
S.C. Cure palliative e Terapia del Dolore
Città Savona

**Il fine vita ,il punto di vista del
medico.**



16* EDIZIONE

**INCONTRI
PRATICI
DI
EMATOLOGIA**

**SAVONA
12-13 Novembre 2024**

Terminalita' e/o Fine Vita

Prognosi di vita limitata nel tempo che si basa sulla presenza più o meno contemporanea di criteri di ordine **terapeutico** (assenza, esaurimento o inopportunità di trattamenti specifici volti al rallentamento della malattia), **sintomatico** (presenza di sintomi invalidanti con una progressiva riduzione del performance-status) ed **evolutivo temporale/prognostico** (sopravvivenza stimata limitata nel tempo). Sul piano clinico si considerano quindi pazienti terminali (o morenti) le persone malate di ogni età, i cui segni clinici siano irreversibili e, nonostante il trattamento medico, conducano alla morte in tempi prevedibilmente brevi.

Bibliografia:

- WHO, Definition of Palliative Care, 1998

Eutanasia/ suicidio assistito/ fine vita

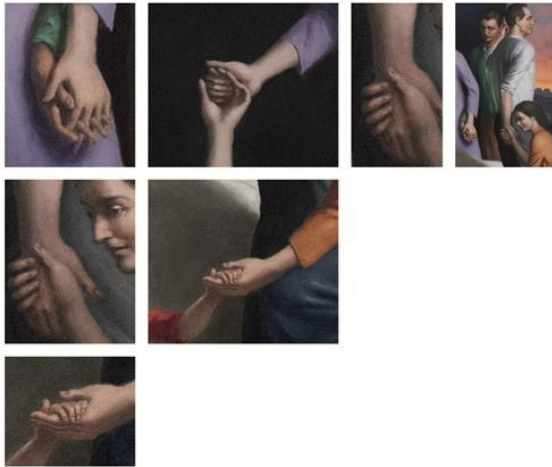
- Nel dibattito sul fine vita, è essenziale partire dal distinguere alcuni concetti spesso confusi: l'eutanasia, il suicidio assistito e il fine vita inteso in senso generale.
- Mentre l'**eutanasia** coinvolge un atto intenzionale che pone fine alla vita del o della paziente (è il medico a somministrare il farmaco), il **suicidio assistito** prevede che il o la paziente assuma da solo il farmaco.
- Il concetto di **fine vita** in senso generale, invece, si concentra anche sull'assistenza e il sostegno forniti ai pazienti terminali o gravemente malati per garantire una morte dignitosa e confortevole, e in questo contesto si inseriscono anche la sedazione palliativa e le altre cure palliative. È sempre bene ricordare che di qualunque argomento si parli, il o la paziente deve essere al centro: tutte le pratiche, infatti, richiedono la volontà libera e consapevole della persona.(vidas)

Eutanasia

- Interruzione della sofferenza per una grave malattia mediante la morte di una
- persona consenziente.
- Intenzione: interrompere le sofferenze procurando la morte.
- Metodo: uso di farmaci a dosi e/o con associazioni che sono tossiche,
- procedura rapida.
- Risultato: morte

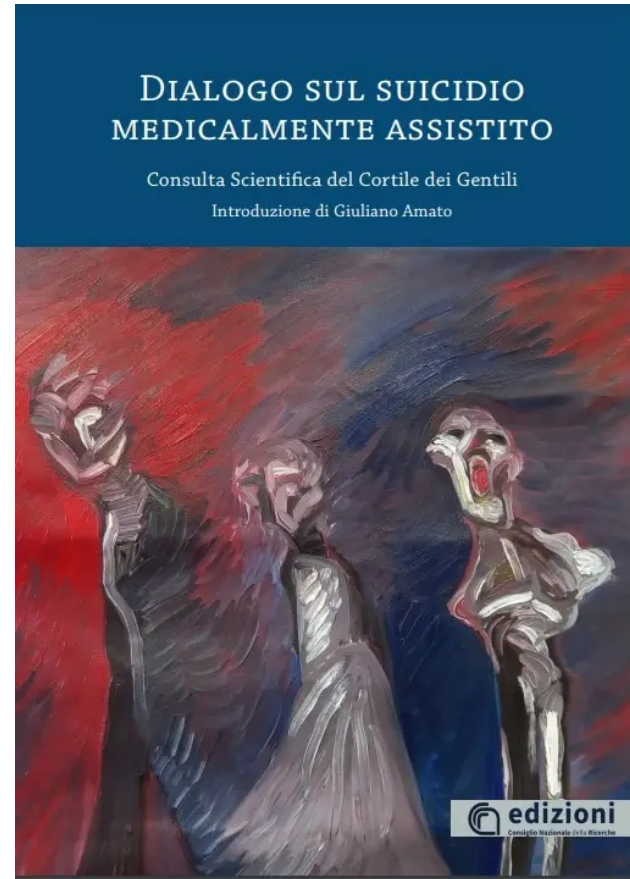
HUMANA COMMUNITAS
PONTIFICAL ACADEMY FOR LIFE

PICCOLO LESSICO DEL FINE-VITA



INTRODUZIONE DI VINCENZO PAGLIA

 **LIBRERIA
EDITRICE
VATICANA**





Cosa dobbiamo sapere

- 1) il paziente è in grado di autodeterminarsi
- 2) è stata fatta una comunicazione chiara da parte del curante su diagnosi e prognosi
- 3) è stata fatta una pianificazione condivisa delle cure
- 4) dove vuole terminare la sua vita
- 5) rimodulazione delle terapie e degli interventi
- 6) qualora il paziente non fosse in grado di determinarsi chiedere se ha lasciato delle disposizioni scritte od orali circa le decisioni sul suo fine vita

I luoghi della cura



Domicilio

- Deve esserci la presenza di una persona di riferimento (care giver) che tiene le fila di tutto assecondando ragionevolmente le richieste del paziente
- Il passo più importante è aver dato al care giver e al paziente tutte le informazioni su cosa si può e su cosa non si può fare a casa e sulla disponibilità in presenza o telefonicamente dell'èquipe di Cure Palliative
- E' necessaria la creazione di una rete tra CP ,ADI ,MMG , OSPEDALE





Hospice

- Sostituisce il domicilio
- Presenza di personale medico e sanitario h24
- Prestazioni altamente specialistiche
- Legge n°38 2010 ,legge 25 marzo 2012 (criteri di accreditamento della rete di C.P.),dm 77: da 8 a 10 posti ogni 100.000 abitanti
- Appropriatazza dei ricoveri
- O.d.V. e Casa di Paolo

Criteri per accedervi

- Relazione di un medico palliativista che valuti ,per quanto possibile, una prognosi(temporalità),il fabbisogno assistenziale , la presenza di una rete familiare -amicale
- Ricovero di terminalità
- Ricovero di sollievo
- Lista di attesa





Ospedale

- Poco funzionale per il paziente ,per i parenti/ amici ,per il reparto
- Appropriatazza dei ricoveri
- Poco intimo(necessità di congedarsi dagli affetti e dalle proprie cose con i propri tempi)
- A volte inevitabile(famiglia non adeguata ,famiglia con conflitti ,paura e)tc..

La sedazione palliativa

È un atto terapeutico che utilizza la riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di 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 stesso, che risulta, quindi, refrattario.

- Intenzione: dare sollievo ad una sofferenza insopportabile.
- Metodo: uso di farmaci sedativi, procedura che si svolge nel tempo, aggiustamenti di dose
- Risultato: riduzione/abolizione del sintomo refrattario, sollievo dalla sofferenza.

La sedazione palliativa

- Quando proporla al paziente(sintomi refrattari)
- Cosa spiegare ai familiari
- Le modificazioni fisiche in un processo di morte spaventano(respiro,colore della cute...)
- Rimodulazione delle procedure e delle terapie

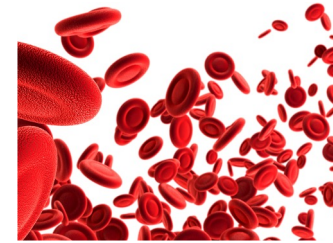
La sedazione palliativa

Può essere effettuata con elastomero ,pompa siringa ,pompa infusione ,boli refratti ad orario.

- Vie di somministrazione ,sottocutanea ,endovenosa
- Farmaci utilizzati: ipnotico-sedativo(midazolam,delorazepam)
antidolorifico (morfina ,ossicodone)
antisecretivo n-butilbromuro di joscina

Il sintomo refrattario

Il sintomo refrattario è un sintomo che non è controllato in modo adeguato, malgrado sforzi tesi a identificare un trattamento che sia tollerabile, efficace, praticato da un esperto e che non comprometta lo stato di coscienza” SICP



Le competenze dell'équipe

Per quanto riguarda le competenze che i componenti dell'équipe deve necessariamente avere, quando si parla di cure palliative, queste sono:

- **competenze etiche:** comprensione delle situazioni cliniche difficili dell'assistenza, sensibilità e attenzione, in modo globale, tollerante e mai giudicante;
- **competenze cliniche:** valutazione e trattamento dei sintomi della fase avanzata di malattia in ogni patologia evolutiva, nel rispetto della proporzionalità e della rimodulazione delle cure;
- **competenze comunicative e relazionali:** finalizzate a un'assistenza rispettosa dell'unicità, della dignità e della volontà del paziente;
- **competenze psicosociali:** assistenza attenta ed efficace rivolta alla globalità dei bisogni (espresi e non);
- **competenze di lavoro in équipe:** per un approccio integrato alla gestione dei problemi assistenziali.

Le domande che ci fanno paura

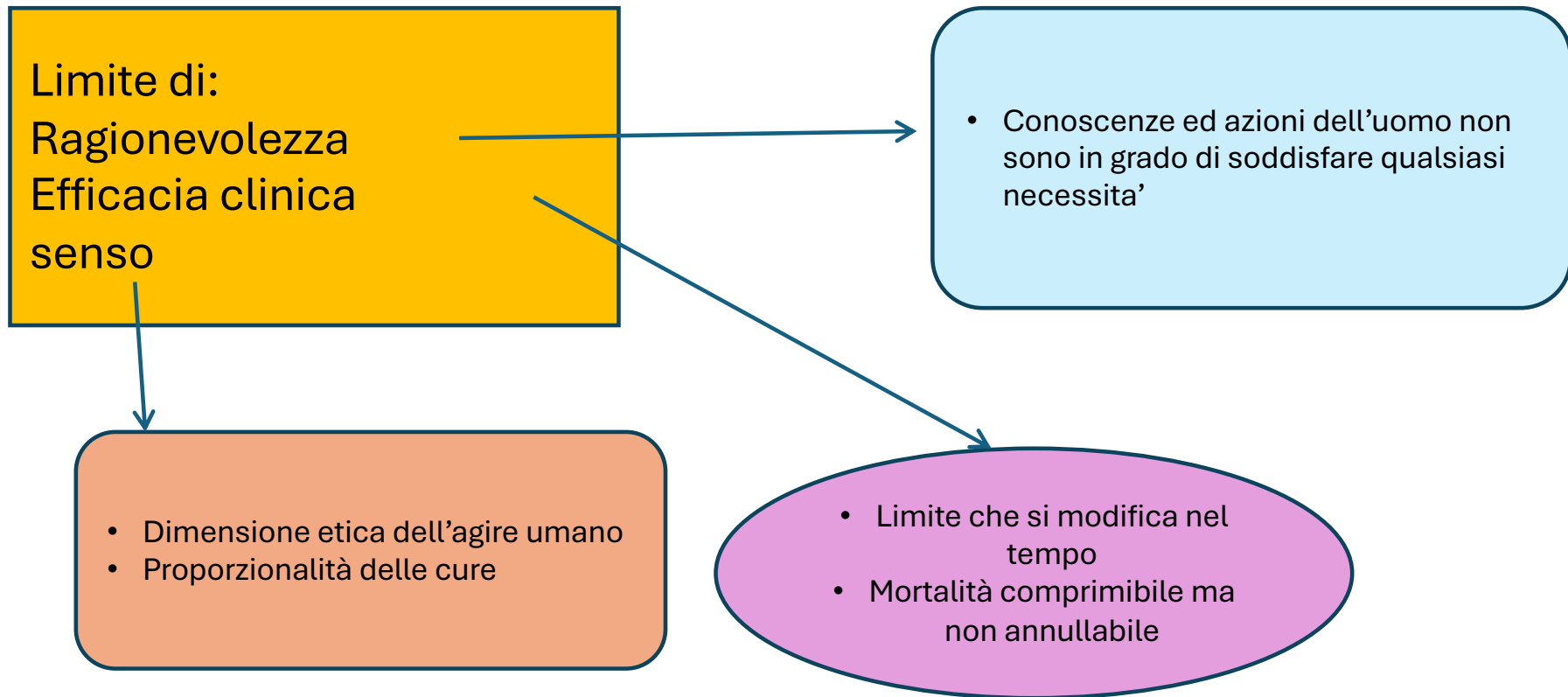
Dottore :

- Perché sto sempre peggio?
- Perché non guarisco?
- Che cosa ho?
- Tornerò a camminare?
- Quando potrò andare a lavorare?
- Morirò?

«The paradox is that
while medicine seem to offer infinite possibilities
The practice of medicine is governed by limits...»

Kevin W. Wildes, S.J., is a professor at Saint Joseph's University,
Philadelphia.

Limiti



• Dr. Alberto Giannini

grazie



**Visita il nostro sito internet:
www.odvsonosempreio.it**

**ODV SONO
SEMPRE IO
via Naselli Feo 3
17100 Savona
Tel:0198336621**

Mail:

sonosempreiodv@gmail.com

**Codice IBAN:IT78
E030 3210 6000
1000 0873 357**