

Dr. ssa Anna Talassano
Dr.ssa Jessica Canepa

Ospedale San Paolo P.O Levante
S.C Medicina Interna 1
S.C Nefrologia e Dialisi
Città Savona

**TITOLO RELAZIONE "IL FINE VITA, IL
PUNTO DI VISTA DELL'INFERMIERE"**



IL MALATO TERMINALE

L'aggettivo "terminale" identifica un paziente per il quale il trattamento eziologico non è più attuabile perché inefficace.

Il paziente diviene "inguaribile" ma non "incurabile"





Legge 15 Marzo 2010 n.38

“Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.”

Legge fortemente innovativa, che per la prima volta in Italia tutela e garantisce l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

DPCM 12 Gennaio 2017

“Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)”

Si caratterizzano le cure palliative e la terapia del dolore con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità e intensità assistenziale

Assicura il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità e l'appropriatezza delle cure.

La rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica, riportando le caratteristiche del dolore e della sua evoluzione nel corso del ricovero;

Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore;

Formazione del personale medico e sanitario, individuando specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e terapia del dolore, fino alla creazione di Master Universitari;

La tutela all'art.1 del diritto del cittadino di accedere alle cure palliative ed alla terapia del dolore, dividendo l'accesso in tre reti di assistenza: una per le cure palliative, una per la terapia del dolore ed una per il paziente pediatrico.





Conferenza tra lo Stato le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 25/07/12: «Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accREDITAMENTO delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore».


La Rete Locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale ed integrata che agisce in diversi ambiti:

in ospedale, in hospice, al domicilio, in strutture residenziali e in ambito territoriale definito a livello regionale.



CODICE DEONTOLOGICO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

ARTICOLO 24: « L'infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita; riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale”.

A decorative graphic at the top of the slide consists of numerous red, biconcave disc-shaped objects, resembling red blood cells, scattered across the width of the page. Some are in sharp focus, while others are blurred, creating a sense of depth and movement.

**Conferenza tra lo Stato le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano
25/07/12: «Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per
l'accREDITamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di
cure palliative e della terapia del dolore».**

La Rete Locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale ed integrata
che agisce in diversi ambiti:
in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali

IL PROFILO DELL'INFERMIERE PALLIATIVISTA

“L’infermiere palliativista è colui che risponde alle esigenze di cura delle persone, e delle loro famiglie, affette da patologie ad andamento cronico - evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della guarigione o di un prolungamento significativo della vita».

Per questo, è prevista la sua collocazione in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nella Rete di Cure Palliative». (Core Curriculum dell’Infermiere, 2013)

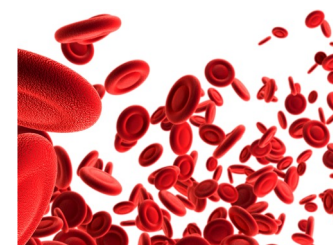


RUOLO DELL'INFERMIERE

L'infermiere ha un ruolo determinante nella fase di accompagnamento, in particolare:

1. Prende in carico il paziente e i suoi familiari come un unico nucleo;
2. Si fa garante dell'appropriatezza dell'assistenza e delle cure;
3. Controlla i sintomi e il comfort del paziente;
4. Fornisce costante supporto informativo ed emozionale;
5. Rimodula gli interventi in base ai nuovi bisogni del malato e al criterio dell'appropriatezza





Le competenze dell'infermiere

- **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 (espressi e non);
- **competenze di lavoro in équipe:** per un approccio integrato alla gestione dei problemi assistenziali.

CURE PALLIATIVE

- Affermano la vita e considerano la morte come un evento naturale
- Non accelerano né ritardano la morte
- Provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri sintomi
- Integrano gli aspetti psicologici, sociali e spirituali dell'assistenza
- Offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia durante la malattia e durante il lutto





In qualsiasi contesto l'Infermiere





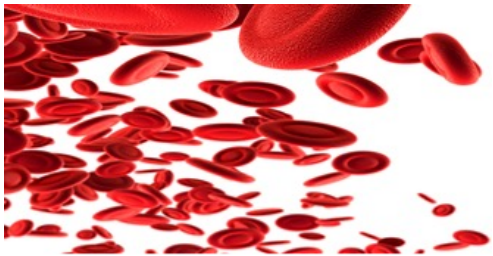
RICORDIAMO CHE....

Per quanto possiamo conoscere le procedure per garantire il benessere del malato e dei suoi familiari, il nostro intervento non può prescindere dal fatto che ciascuno ha un concetto unico e personale di ciò che per lui è bene



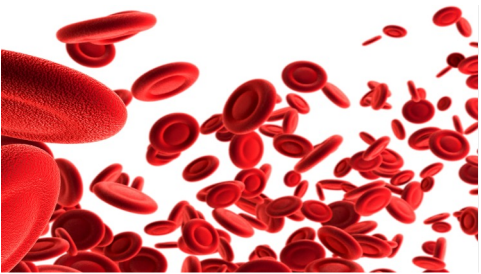
TUTTO FUNZIONA SE ...

- EQUIPE' MULTIPROFESSIONALE
- FAMIGLIA
- PAZIENTE



SETTING DI CURA PALLIATIVA

- ASSISTENZA OSPEDALIERA
- ASSISTENZA RESIDENZIALE IN HOSPICE
- ASSISTENZA DOMICILIARE – CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
- ASSISTENZA IN STRUTTURE RESIDENZIALI – CURE PALLIATIVE



ASSISTENZA OSPEDALIERA

- SETTING più utilizzato
- PAZIENTE E FAMIGLIA sensazione di sicurezza e protezione
- AMBIENTE non adeguato al fine vita



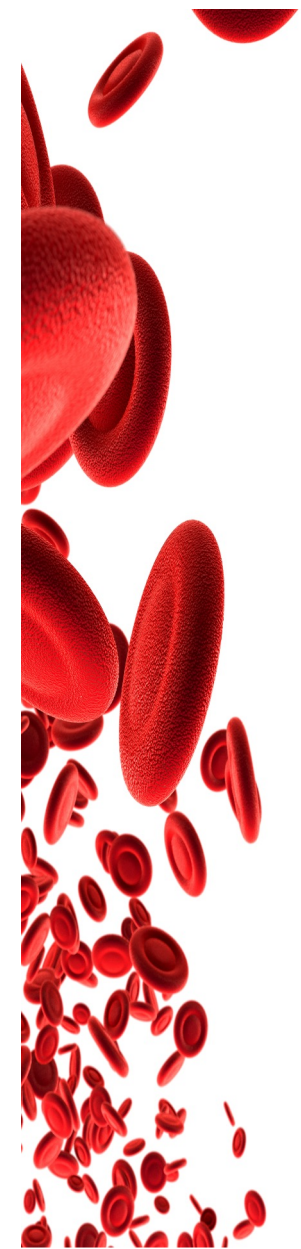
ASSISTENZA RESIDENZIALE IN HOSPICE

- HOSPICE: centro residenziale di cure palliative per malati terminali
- Il paziente in fase terminale di malattia e la sua famiglia possono trovare sollievo per un periodo circoscritto e poi tornare al domicilio o vivere gli ultimi giorni
- Assistenza alla famiglia, supporto al lutto e la necessità di un lavoro MULTIDISCIPLINARE



ASSISTENZA DOMICILIARE – CURE PALLIATIVE

- DOMICILIO setting più idoneo
- FAMIGLIA / CAREGIVER presenti e adeguatamente educati



ASSISTENZA IN STRUTTURE RESIDENZIALI – CURE PALLIATIVE

- PAZIENTE E FAMIGLIA non sostenuta adeguatamente
- AMBIENTE non opportuno



IN AMBITO OSPEDALIERO

L'infermiere deve sviluppare la capacità di favorire l'interazione e l'integrazione tra i diversi professionisti e tra i diversi setting di cura, per influire positivamente sulla continuità assistenziale



INTERVENTI ASSISTENZIALI

- AMBIENTE
- ALIMENTAZIONE ED IDRATAZIONE
- LESIONI DA PRESSIONE
- IGIENE PERSONALE, ELIMINAZIONE URINARIA ED INTESTINALE
- SOMMINISTRAZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA



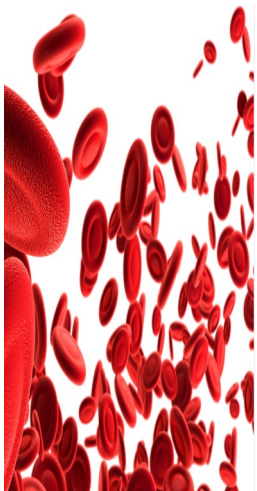
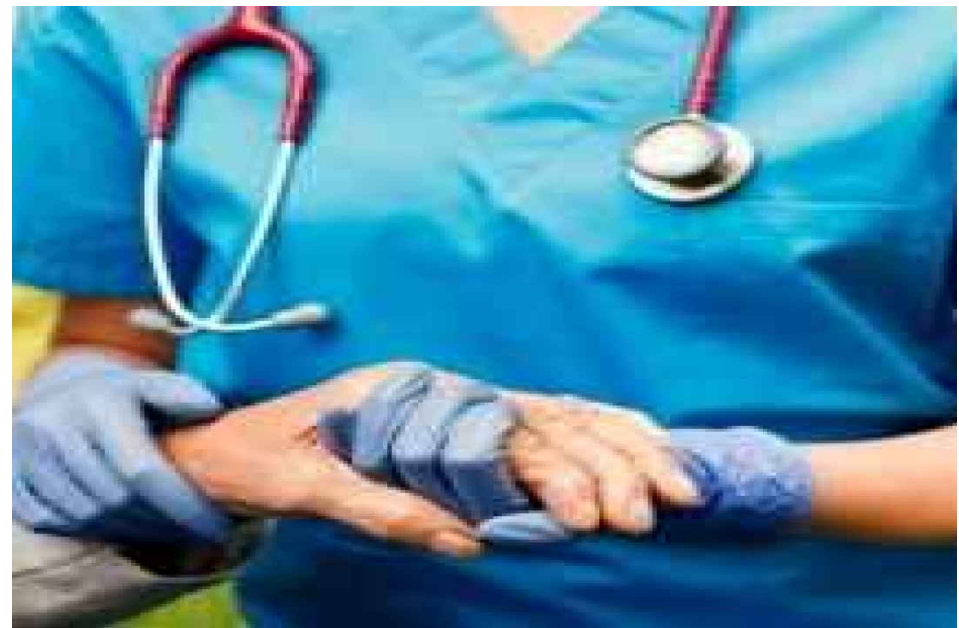
INTERVENTO EDUCATIVO SUL DOLORE

- Pianificazione e gestione della terapia farmacologica (farmaco, dosaggio, orari di assunzione, vie di somministrazione)
- Costante rivalutazione dell'efficacia della terapia



LA TERAPIA NEL MALATO TERMINALE NON DEVE ESSERE
SINTOMATICA MA CONTINUATIVA:

L'OBIETTIVO NON E' FAR PASSARE IL DOLORE MA NON FARLO
VENIRE, NON SI RINCORRE IL DOLORE MA LO SI PREVIENE



DOLORE TOTALE

- Concetto fondamentale delle cure palliative (Cicely Saunders, infermiera, medico e assistente sociale)
- Dolore totale, stato di sofferenza che riguarda :
 - Aspetti fisici
 - Aspetti psichici
 - Aspetti sociali
 - Aspetti spirituali



- Il livello di tollerabilità varia in base:
- Età
- Sesso
- Stato civile
- Cultura e religione
- Condizioni fisiche complessive
- Livello dello stato cognitivo



Il dolore nel paziente oncologico è spesso associato ad altri sintomi di origine somatica:

- Astenia, decubiti, incontinenza
- Tosse, dispnea, insonnia
- Nausea, vomito, diarrea, stipsi, singhiozzo





NON DIMENTICHIAMO

Se per il paziente un dolore viene percepito come importante, per tale dovrà essere trattato anche se ad uno sguardo esterno non trova corrispondenza



Il contatto prolungato e ravvicinato con il malato dà all'infermiere la possibilità di conoscerlo come persona ed osservare cosa porta pena e cosa porta sollievo



SCALE DEL DOLORE



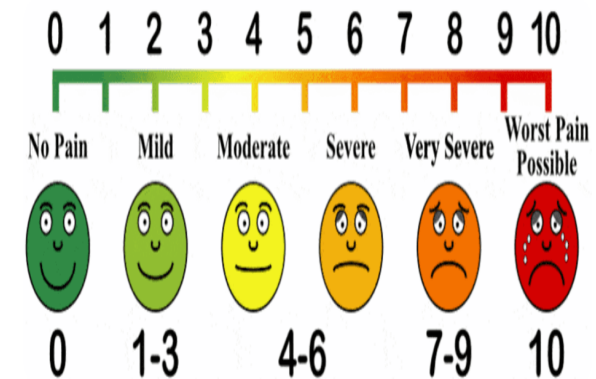
Attraverso l'utilizzo delle scale validate possiamo avere una reale visione della sintomatologia dolorosa del paziente

PAINAD, NRS, VAS, VRS, SCALA DI WONG

FLACC Scale ¹	0	1	2
1 Face	No particular expression or smile.	Occasional grimace or frown, withdrawn, disinterested.	Frequent to constant frown, clenched jaw, quivering chin.
2 Legs	Normal position or relaxed.	Uneasy, restless, tense.	Kicking, or legs drawn up.
3 Activity	Lying quietly, normal position, moves easily.	Squirming, shifting back and forth, tense.	Arched, rigid or jerking.
4 Cry	No crying (awake or asleep).	Moans or whimpers; occasional complaint.	Crying steadily, screams or sobs, frequent complaints.
5 Consolability	Content, relaxed.	Reassured by occasional touching, hugging or being talked to, distractible.	Difficult to console or comfort.

REFERENCES:
1. Pain-FLACC based on Wong D.L., Hochberg-Lester M., Wilson D., Workman M.L., Schwartz P., Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ed 6, St. Louis, 2001, p. 1301 © by Mosby, Inc.
2. From The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children, by S. Merkel and others, 1997, Pediatric Nursing 2(2), p. 230-231. ©1997 by James Co. University of Michigan Medical Center.
3. All other content and design ©Allen Parr Design Group, Ltd. DBA Healthcare Inspirations. All rights reserved.

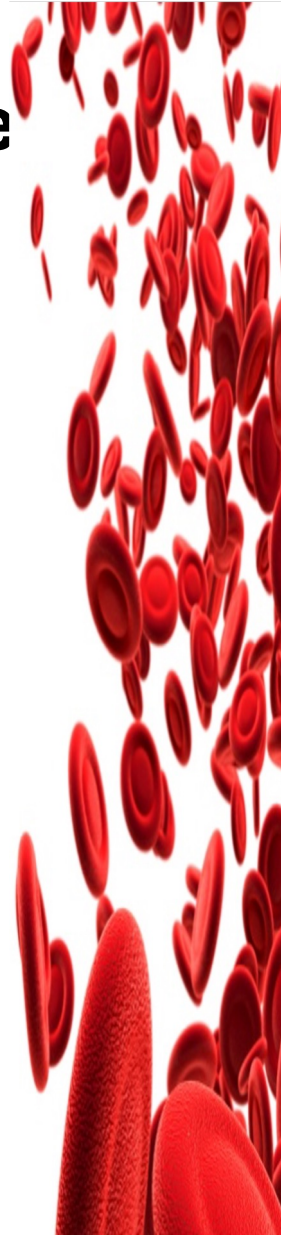
Product ID: PGPA-010
(877) 646-5877
Healthcareinspirations.com/pain



Le terapie farmacologiche sono il fondamento per la gestione del dolore cronico nel malato terminale

- DOLORE CHE PERSISTE O CRESCE: NON OPPIOIDI +/- ADIUVANTI
- DOLORE CHE PERSISTE O CRESCE: OPPIOIDI PER DOLORE LIEVE O MODERATO +/- OPPIOIDI, +/- ADIUVANTI
- LIBERTA' DAL DOLORE: OPPIOIDI PER DOLORE MODERATO O SEVERO +/- NON OPPIOIDI, +/- ADIUVANTI

SCALA ANALGESICA PER STADIAZIONE DEL DOLORE



La scala analgesica a tre gradini redatta nel 1986 dall'OMS prevede l'utilizzo di:

- Farmaci non oppioidi per il trattamento del dolore lieve/moderato
- Farmaci oppioidi distinti per il dolore lieve/moderato e per il dolore moderato/severo
- Farmaci adiuvanti: anticonvulsivanti, corticosteroidi, antidepressivi, ansiolitici
- Farmaci per il trattamento e/o la prevenzione degli effetti collaterali più comuni indotti dalla terapia antalgica





OPPIOIDI

- La MORFINA è il farmaco chiave nella terapia del dolore
- Recenti studi hanno documentato che gli oppiacei possono controllare, nelle persone anziane, anche lo stato di agitazione senza significativi effetti collaterali gravi - (Manfredi PL et al: J. Geriatr. Psychiatry 18, 1700,2003)



MORFINA E NON SOLO...

- CODEINA
- TRAMADOLO
- BUPRENORFINA
- FENTANYL
- OSSICODONE
- METADONE



VIE DI SOMMINISTRAZIONE

- ORALE
- SOTTOCUTANEA (BOLI/ELASTOMERO)
- TRANSDERMICA
- SUBLINGUALE
- ENDOVENOSA (BOLI/INFUSIONE CONTINUA)



FARMACI ADIUVANTI

- EFFETTO ANALGESICO DIRETTO: antidepressivi, anticonvulsivanti, anestetici locali, corticosteroidi, bifosfonati, clonidina, neurolettici, antistaminici, farmaci agenti su NMDA (ketamina)
- EFFETTO ANALGESICO INDIRETTO: antiedemigeni, antispastici, antisecretori, antitussigeni, miorilassanti, ansiolitici, antidepressivi, antibiotici, antiacidi
- AZIONE CONTRASTANTE EFFETTI COLLATERALI: antiemetici, lassativi, psicostimolanti



PIU' CI SI AVVICINA ALLA FINE, MENO CONTENUTI TECNICI SONO RICHIESTI AGLI OPERATORI MA PIU' ABILITA' DI TIPO UMANO, PSICOLOGICO E COMPORTAMENTALE.

PRESTARE MASSIMA ATTENZIONE ALLA SOFFERENZA DELLA FAMIGLIA.





PRESTARE MASSIMA ATTENZIONE ALLA SOFFERENZA DELLA FAMIGLIA

- Paura
- Tristezza
- Rabbia
- Impotenza
- Negazione
- Distacco
- Dolore
- Sensi di colpa



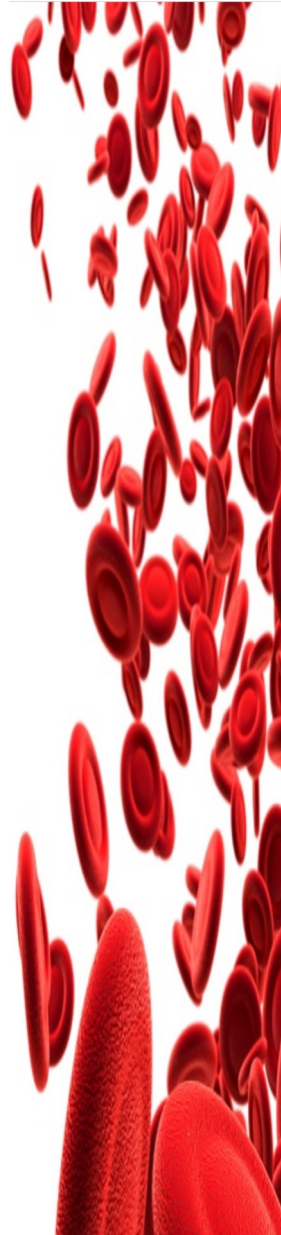
COME AIUTARLI



- Creando un ambiente familiare, tranquillo e sereno
- Informandoli costantemente sulle condizioni cliniche e sui trattamenti attuati al loro caro
- Rassicurandoli sul controllo dei sintomi
- Non colpevolizzarli se non se la sentono di assistere alla morte del loro congiunto
- Rispettando le credenze delle varie fedi
- Sostenendoli a considerare VIVA la persona nel processo del morire e aiutandoli a vivere nel modo migliore per loro la fase del "dirsi addio", rivolgendosi al malato come fosse in grado di capire e non dare nulla per scontato (LA CONSERVAZIONE DELLA COSCIENZA E' PIU' GRANDE DELLA CAPACITA' DI ESPRIMERLA)

LA BUONA MORTE

- Avere in controllo sul processo del morire
- L'assenza di dolore
- Il conforto della religiosità - spiritualità
- Sperimentare benessere emozionale
- Avere il senso di compimento della vita
- Poter scegliere i trattamenti
- Sperimentare dignità nel processo del morire
- Avere la famiglia vicina e poterla salutare
- Qualità della vita durante il processo del morire
- Una buona relazione con i sanitari
- Aspetti culturali, avere animali vicini



“QUANDO CURI UNA MALATTIA PUOI VINCERE O PERDERE.
QUANDO TI PRENDI CURA DI UNA PERSONA PUOI SOLO
VINCERE”

Patch Adams

