

Caravaggio
30 giugno 2011

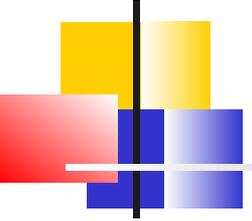


Cure palliative e dolore

(nuova filosofia?)

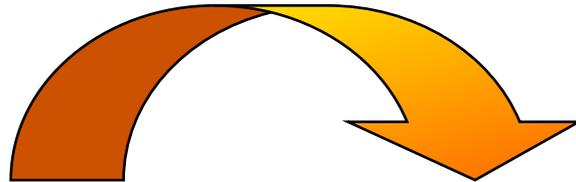
Marco Cremonesi
U.O. di Oncologia Medica-Treviglio



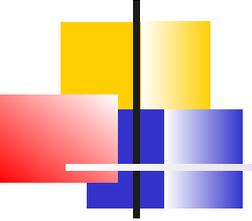


Scopo della Medicina

Diagnosi e cura

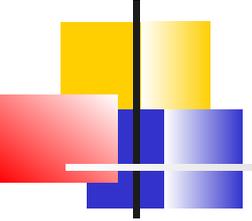


Guarigione = Immortalità?



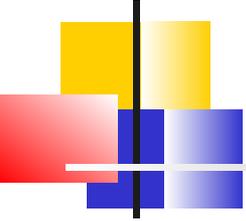
Pero'

- Le malattie possono diventare croniche
- Riducono la qualità di vita
- Portano a morte



Nella fase terminale

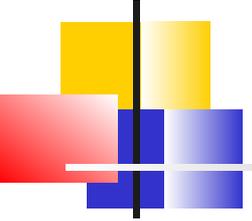
- Si perde identità corporea
- Si perde il ruolo sociale
- Si perde lo status economico
- Si perde l'equilibrio psico-fisico
- Viene coinvolta la sfera spirituale
- Non si soddisfano più i bisogni primari



Dolore totale

- **Sofferenza fisica**
- **Sofferenza psichica**
- **Sofferenza sociale**
- **Sofferenza spirituale**

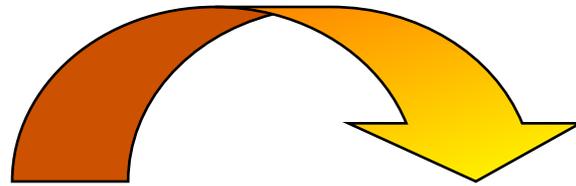
Cosa sono le cure palliative?



Cura del paziente affetto da malattie evolutive e non guaribili, attraverso il controllo dei suoi sintomi e delle alterazioni psico-fisiche, e non **della malattia** che ne è la causa

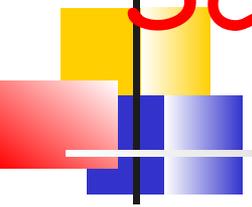
Definizione

Palliativo non significa **INUTILE**



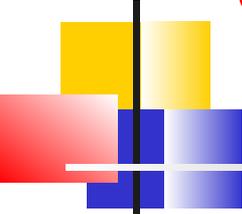
Deriva dal latino

PALLIUM = Mantello, **PROTEZIONE**



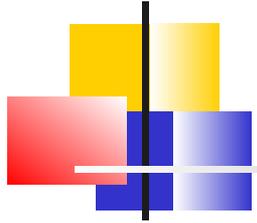
Scopo delle Cure Palliative

- **Affermare la vita** e considerare la morte come un evento naturale
- Non accelerare, né ritardare la morte
- Provvedere al **sollievo del dolore e degli altri sintomi**



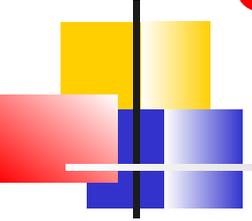
Scopo delle Cure Palliative

- Integrare gli aspetti psicologici, sociali e spirituali dell'assistenza
- Aiutare la famiglia del paziente durante la malattia e durante il lutto



“ La medicina delle cure palliative è e rimane un servizio alla salute.

Non dunque una medicina per morente e per aiutare a morire, ma **una medicina per l'uomo, che rimane un vivente fino alla morte** .”



Scopo delle Cure Palliative

- Assicurare un'assistenza continua e globale al paziente ed alla sua famiglia

Nuovo approccio culturale e filosofico



*Quando non li
puoi guarire*

*li puoi
accompagnare*

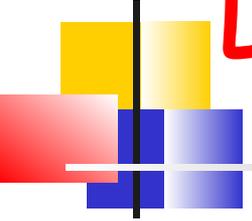
Storia

1967 apre il S. Christopher Hospital (Primo Hospice)



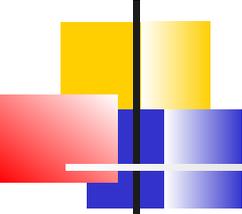
Cicely Saunders

(1918-2005)



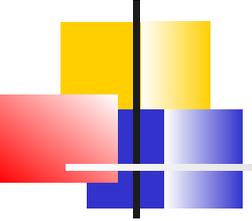
Le cure palliative in Italia

- 1986 nasce la **SICP**
(**S**ocietà **I**taliana di **C**ure **P**alliative)
- **FCP** (**F**ederazione **C**ure **P**alliative) raggruppa tutte le associazioni no profit attive nelle cure palliative



Storia in Italia

- Sono soprattutto territoriali
- Sostenute dal volontariato puro
- Non vi è ancora una scuola di specialità
- Non vi sono ancora leggi adeguate
- Vi sono solo raccomandazioni.
- Sono un obiettivo strategico nella programmazione sanitaria nazionale e regionale

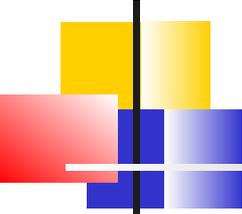


Storia in Italia 2010

Rete delle Cure Palliative

- **300** Unità di cure palliative
- **160** Hospice (Saranno 250 fra 5 anni)
- **180** associazione no profit (112 autonome, le altre di sostegno)

60% al nord



Per chi?

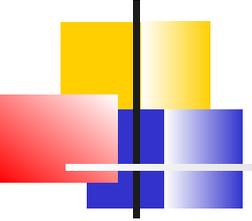
- **300.000** malati terminali in Italia/anno
- Non solo oncologici, anche AIDS,, Sclerosi laterale amiotrofica, Cirrosi, Alzheimer, Ictus, Cardiomiopatia.

Ma.... 98% oncologici

DOVE

- Ricovero ordinario
- Day hospital
- Ambulatorio
- **Casa propria**
- **Hospice**





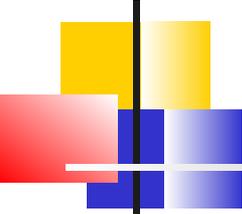
Dove: Casa

Il malato che non è più in grado di accedere all'ospedale ha il **diritto** di essere ancora seguito **al proprio domicilio** al fine di ricevere la **migliore terapia di supporto**



**ASSISTENZA DOMICILIARE
INTEGRATA**

Assistenza Domiciliare Integrata



IDEALE

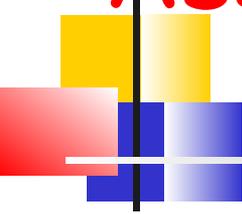
- Attivazione in 24 ore con tutti i presidi
- Infermiera specializzata reperibile 24^h /24^h
- Medico palliatore reperibile 24^h /24^h
- Assistenza psicologica, religiosa, burocratica ecc.
- Passaggio e collaborazione con l'Oncologia di riferimento
- Collaborazione con il Medico di Assistenza Primaria

Assistenza Domiciliare Integrata

Come funziona

- Può essere suggerita dal medico specialista o dal reparto di ricovero ma l'attivazione **passa attraverso il Medico di Assistenza Primaria**
- Può essere attivata dietro indicazione del Medico di Assistenza Primaria

Assistenza Domiciliare Integrata

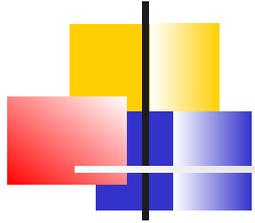


Come funziona

Il sistema del voucher

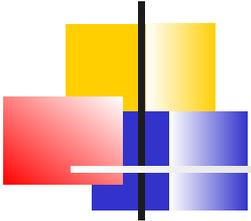


Che cosa è un Voucher?



- E' un titolo erogato dall' A.S.L. spendibile presso organizzazioni accreditate per acquistare prestazioni domiciliari infermieristico-assistenziali, riabilitative, medico specialistiche e di aiuto infermieristico
- Esso viene consegnato al cittadino insieme ad un **elenco da cui scegliere l'organizzazione da cui farsi assistere.**

Assistenza Domiciliare Integrata



Come funziona

- I tempi e l'organizzazione del sistema ospedaliero non sempre permettono il “passaggio in cura” dall'equipe specialistica ospedaliera a quella territoriale

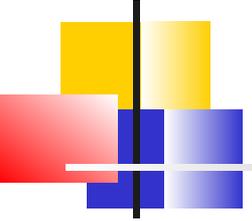
Assistenza Domiciliare Integrata

Come funziona

- Il rischio è che il malato si sente abbandonato dal suo Oncologo per andare a morire

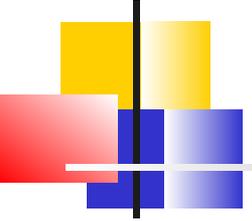


Assistenza Domiciliare Integrata



Come funziona

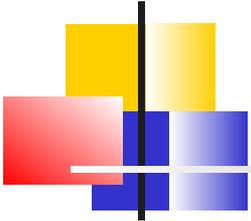
- Le altre figure di sostegno (riabilitatore, psicologo ecc.) non sempre fanno parte integrante dell'equipe



Assistenza Domiciliare

- I bisogni del paziente a domicilio sono di natura diversa
- Non necessariamente sono solo di competenza medica
- Il lavoro è quindi di **Equipe**

Assistenza Domiciliare: Equipe



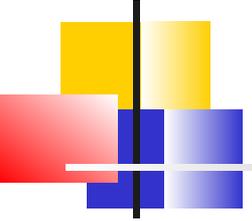
Due Gruppi

Unità mobile

- Familiare leader
- Medico domiciliare
- **Infermiere**
- Volontario

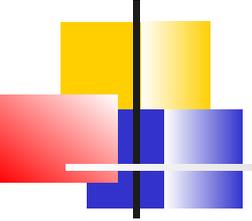
Unità di raccordo

- Psicologo
- Assistente sociale
- Assistente spirituale



Assistenza Domiciliare

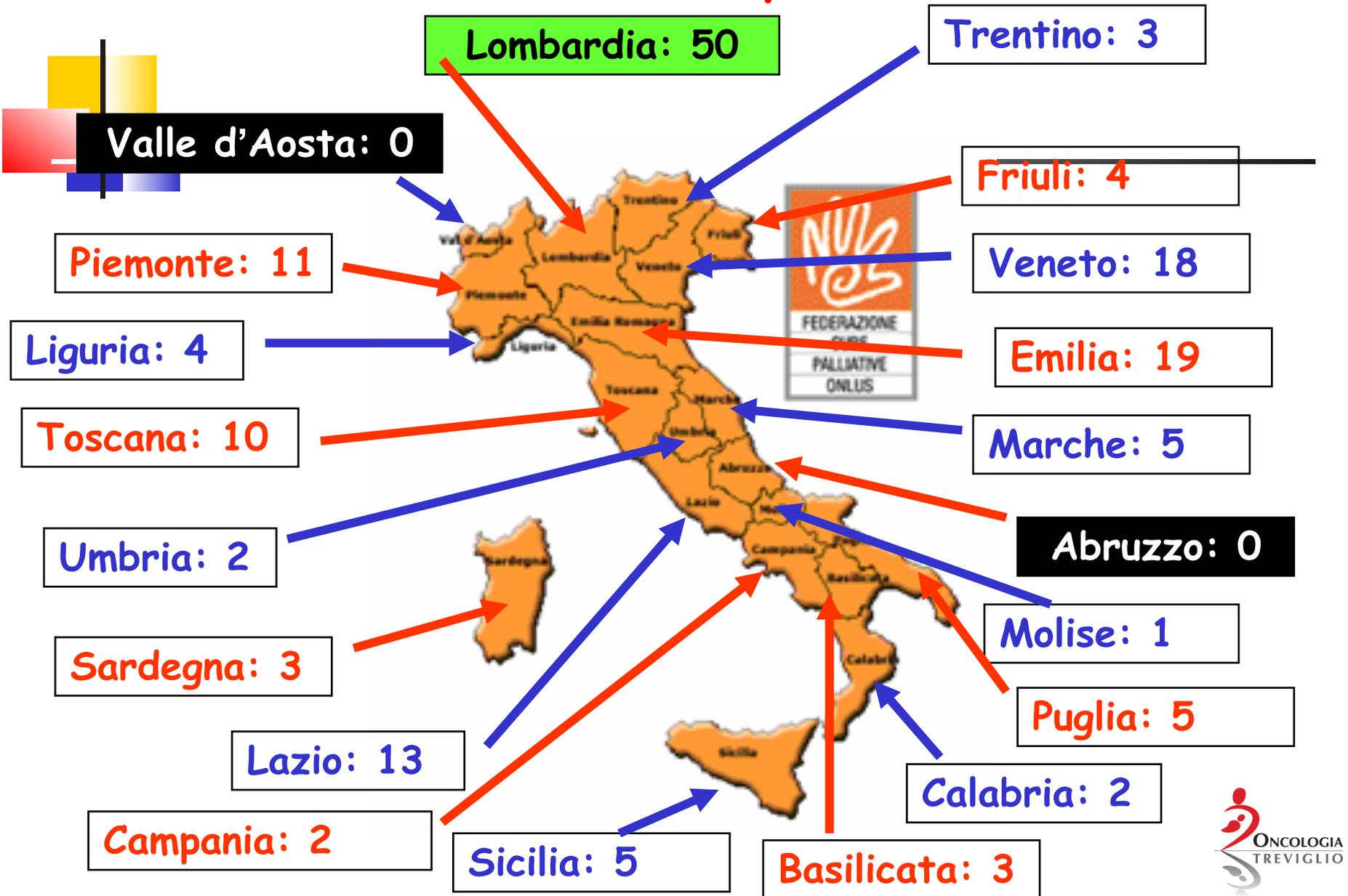
- La casa può diventare il luogo di cura più idoneo per il paziente e la famiglia
- I familiari vivono in prima persona un momento ed una esperienza carica di significato senza delegarla a altre strutture
- **Se realizzata in modo improprio produce essa stessa sofferenza**



Dove: Hospice

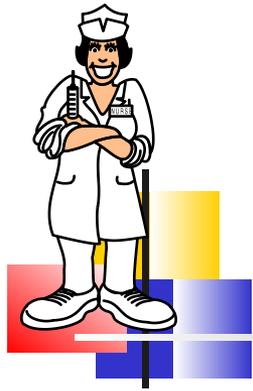
- Struttura ospedaliera minimalista, attrezzata più come **casa** che come ospedale, che ha il solo scopo di **accompagnare** con dignità alla morte

Dove: Hospice



Hospice

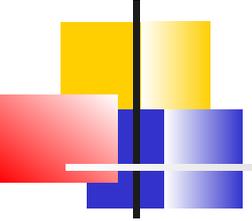
- La **presenza dei familiari** e la loro collaborazione è considerata **centrale per le cure al malato**
- **Non esistono orari di accesso**
- **I familiari vengono aiutati** nella fase di elaborazione del lutto



Hospice

I tempi sono stabiliti dal malato

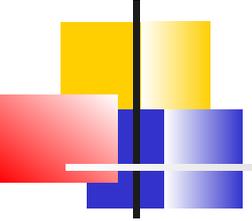




Hospice

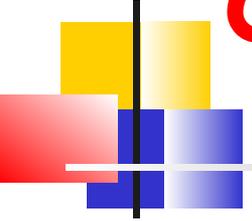
Quando è necessario?

- ✓ Quando manca una adeguata ADI
- ✓ Quando i familiari non hanno sufficienti risorse psicologiche
- ✓ In presenza di situazioni sociali disagiate



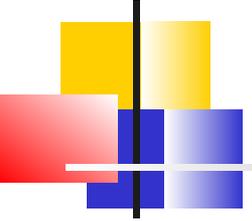
Hospice problemi?

- In Italia sono carenti numericamente
- Esiste ancora la famiglia
- Rende non naturale la sofferenza



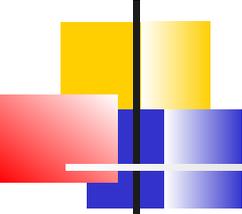
Cure Palliative=Cure globali

- **Per il paziente:** controllo dei sintomi e del suo stato psicofisico
- **Per la famiglia:** sostegno psicologico



Problemi per la famiglia

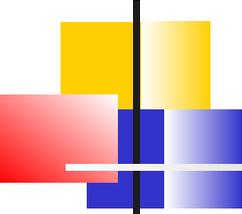
- Problemi affettivi e personali (**paura della morte**)
- Problemi di comunicazione (**rassegnazione o rifiuto**)
- Problemi organizzativi e di gestione (**Spazi adeguati e risorse economiche**)



Problemi per il paziente

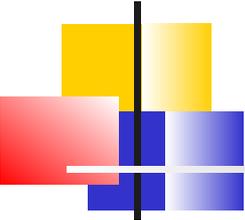
Problemi psicologici, connessi ai problemi fisici:

- Perdita ruolo professionale ed economico
- Perdita di ruolo in ambito familiare
- Declino delle capacità intellettuali
- Paura di **non controllo del dolore**
- Paura di morire
- Sentirsi di peso

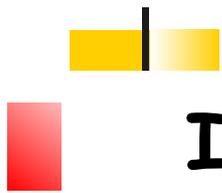


Sintomi

- Dispnea
- Tosse
- Singhiozzo
- Alitosi
- Cavo orale
- Nausea e vomito
- Anoressia
- Flatulenza
- Stipsi
- Ostruzione intestinale
- Ascite
- Prurito
- Linfedema
- Ulcere
- Fistole
- **DOLORE**



PARLIAMO di DOLORE



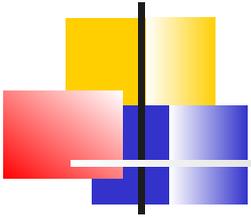
Il dolore è “**Un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole**, o comunque descritta come tale.

Il dolore è sempre soggettivo

Sicuramente si accompagna ad una **componente fisica**, ma ha anche carattere spiacevole, e perciò, ad una **carica emozionale**”.



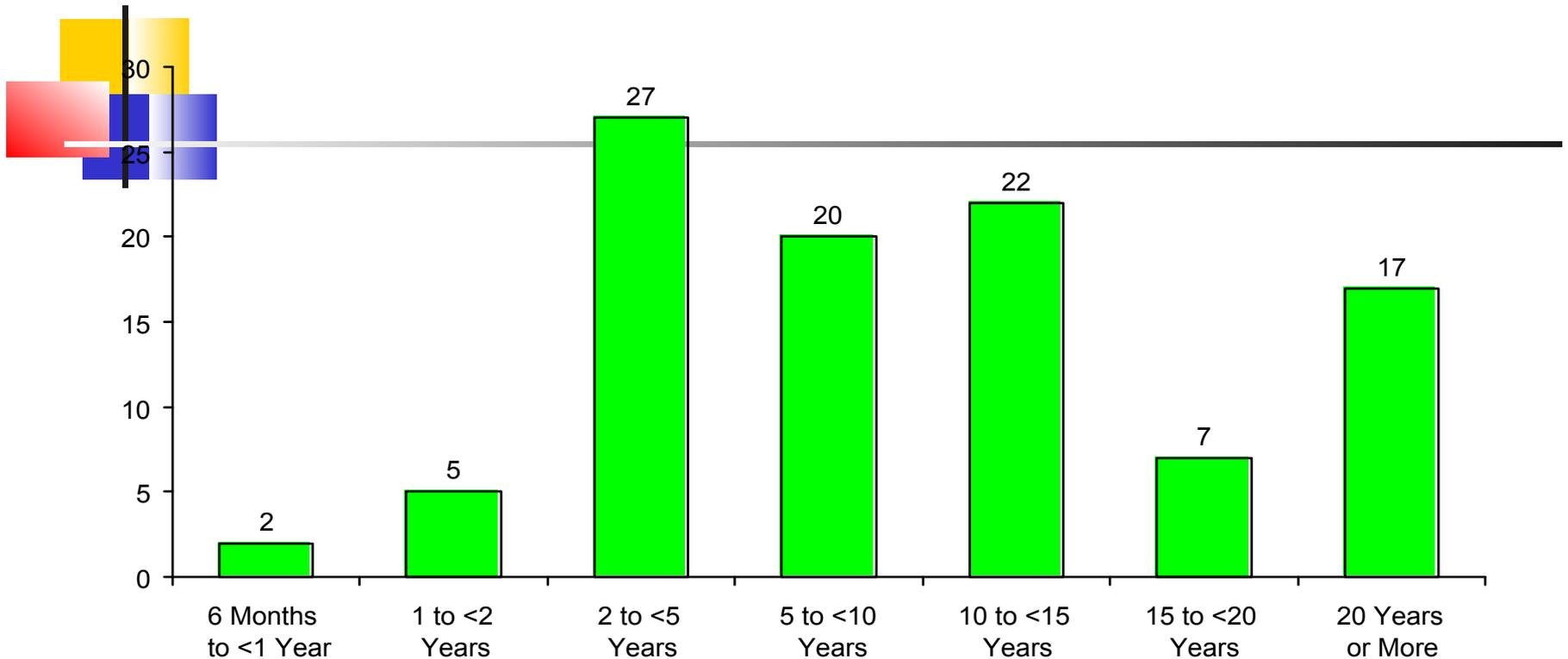
Diamo i numeri



- ✓ Il **dolore cronico** colpisce circa **1/5 degli adulti** in Europa = 19% (75 milioni di persone)
- ✓ La **maggior prevalenza** si ha in **Norvegia, Polonia ed Italia** (> uno su quattro)
- ✓ La più bassa è in Spagna ma sempre maggiore di uno su dieci (11%)
- ✓ **Un Italiano su quattro soffre di dolore cronico (circa 15 milioni)**

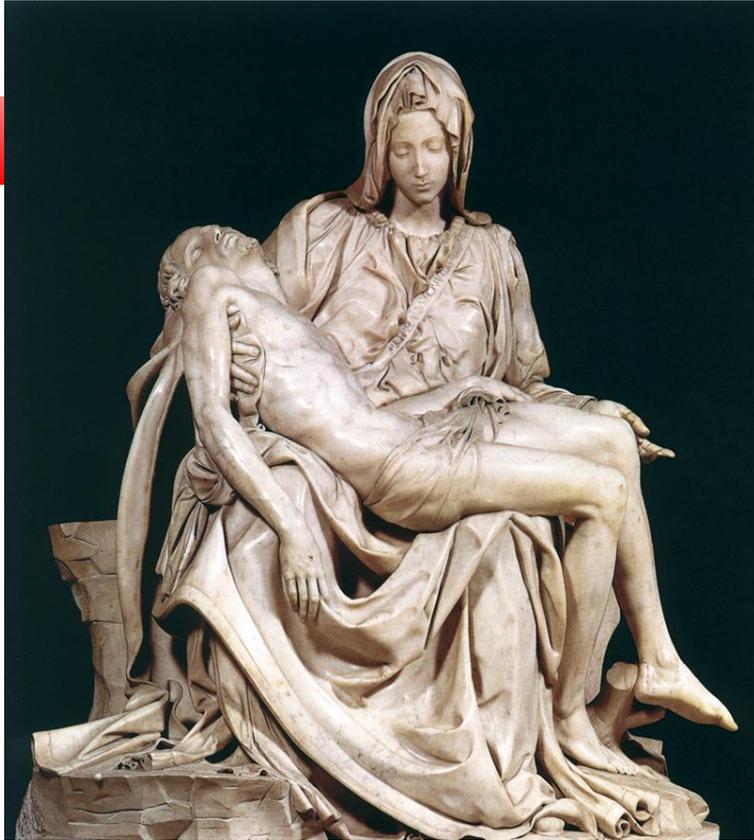
“Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment” Breivik H et al., Eur J Pain;10(4):287-333, 2006

Durata del dolore cronico



Il 46% lamenta dolore da più di 10 anni

“Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment” Breivik H et al., Eur J Pain;10(4):287-333, 2006



~~Il dolore da cancro~~

è

un dolore particolare
al di fuori da ogni
definizione minimalista

DOLORE TOTALE

Perdita della posizione sociale

Perdita del ruolo nella famiglia

Mancato guadagno

Senso di abbandono

Astenia cronica e insonnia

Fallimento terapeutico

Alterazione dell'aspetto fisico

Ritardo nella diagnosi

Effetti collaterali delle terapie

Assenza degli amici

Co-patologie

Difficoltà burocratiche

Ansia

Cancro

Perdita di dignità

Problemi finanziari

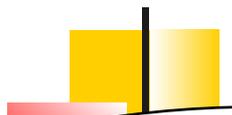
Rabbia

Depressione

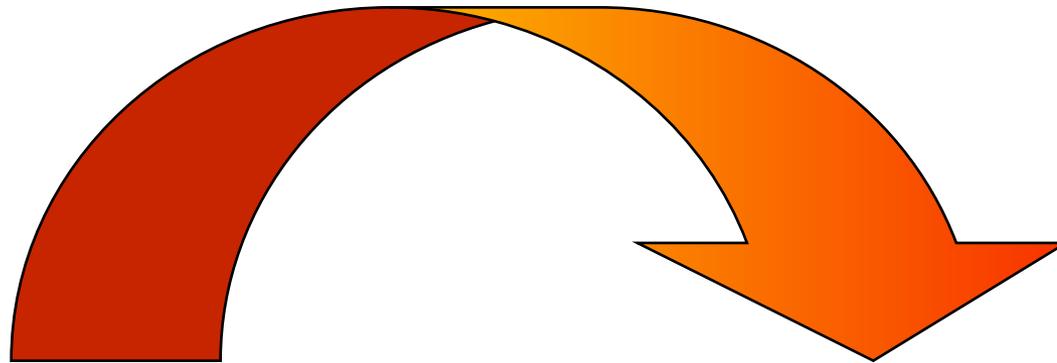
Sorgente somatica

Paura dell'ospedale

Paura del dolore e della morte

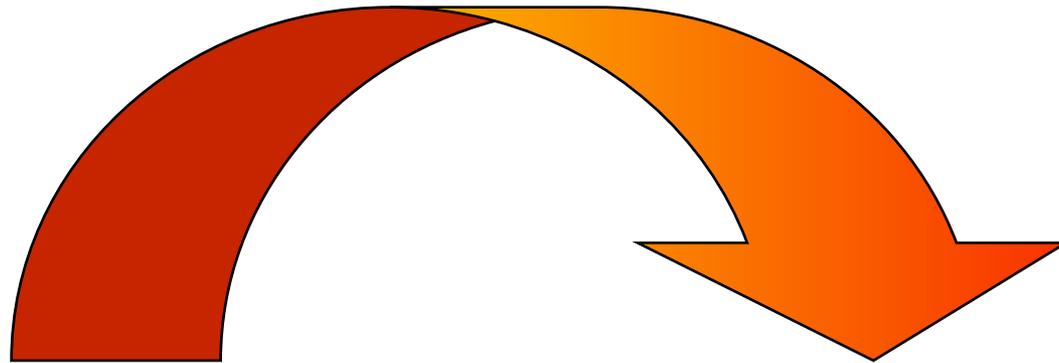


**Definito il tipo di dolore,
valutata la sua intensità**

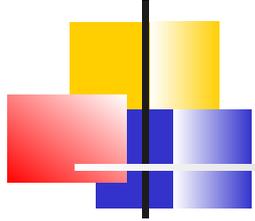


Scelta del trattamento

Definito il tipo di dolore
Valutata la sua intensità
Scelto il farmaco



Impostazione del trattamento

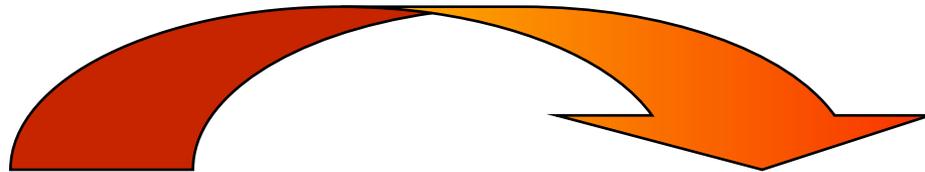


Definito il tipo di dolore

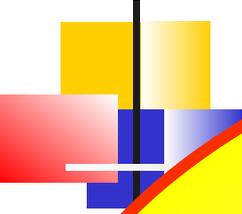
Valutata la sua intensità

Scelto il farmaco

Impostato il trattamento



**Prevenzione degli effetti
collaterali**

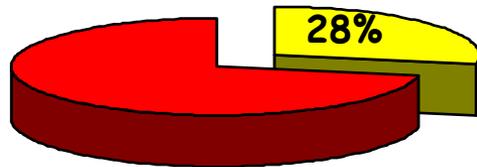


Rivalutazione sistematica della terapia impostata



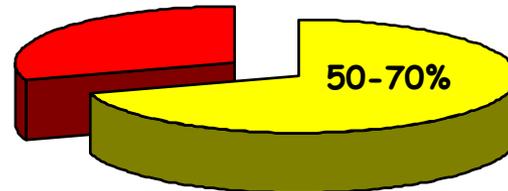
Epidemiologia del dolore in corso di patologia neoplastica

Alla diagnosi

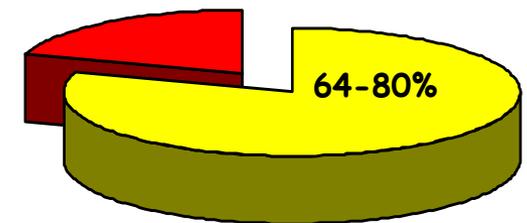


 Dolore

In corso di trattamento antitumorale



Malattia avanzata



Epidemiologia del dolore in corso di patologia neoplastica



Sulla base di quanto riportato dai familiari dei pazienti deceduti per cancro, si stima che nella fase terminale della malattia

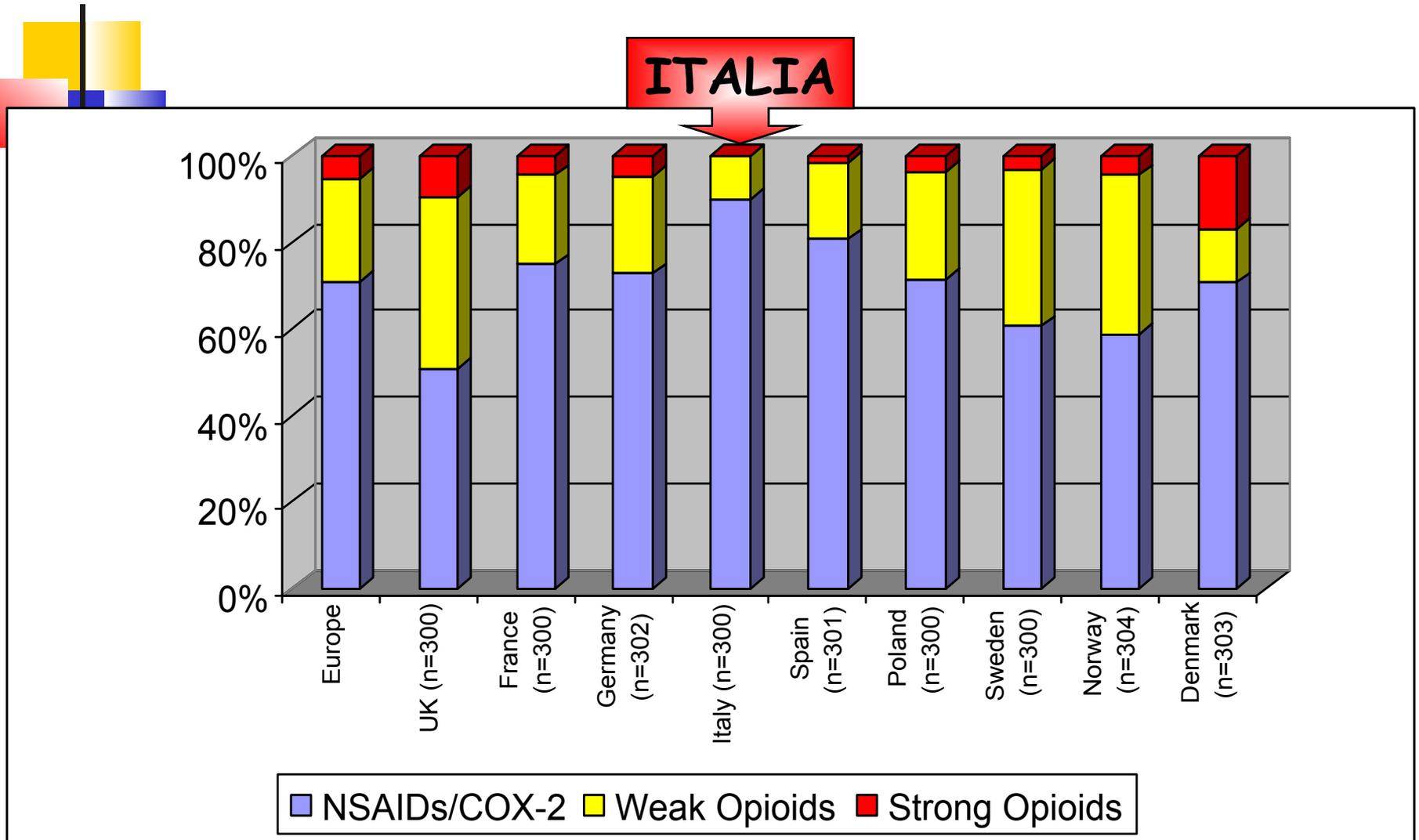
✓ **82.3%** dei pazienti abbia dolore

✓ **61.0%** dei pazienti abbia un dolore molto o moltissimo disturbante

Masochisti???

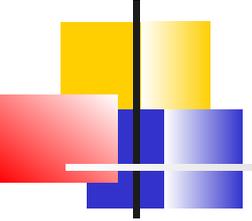


Il trattamento del dolore cronico

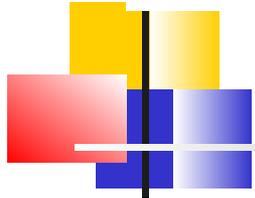


“Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment” Breivik H et al., Eur J Pain;10(4):287-333, 2006

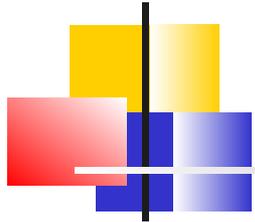
Motivi del basso consumo di oppioidi

- 
-
- Pregiudizi culturali
 - Scarsa educazione del medico
 - Scarsa conoscenza da parte dei cittadini e dei pazienti della possibilità di trattare adeguatamente il dolore (sia nella fase acuta che in quella cronica);
 - ~~Presenza di “difficoltà” prescrittiva~~

Diversi miti da sfatare....



Le paure del medico



MORFINA e DEPRESSIONE RESPIRATORIA

Conclusions: Morphine appears effective for cancer dyspnea, and it does not compromise respiratory function at the dose level used.

La morfina non compromette la capacità respiratoria nel paziente oncologico

Le paure del paziente

- Morfina = Terminalità
- Dolore = Peggioramento della malattia

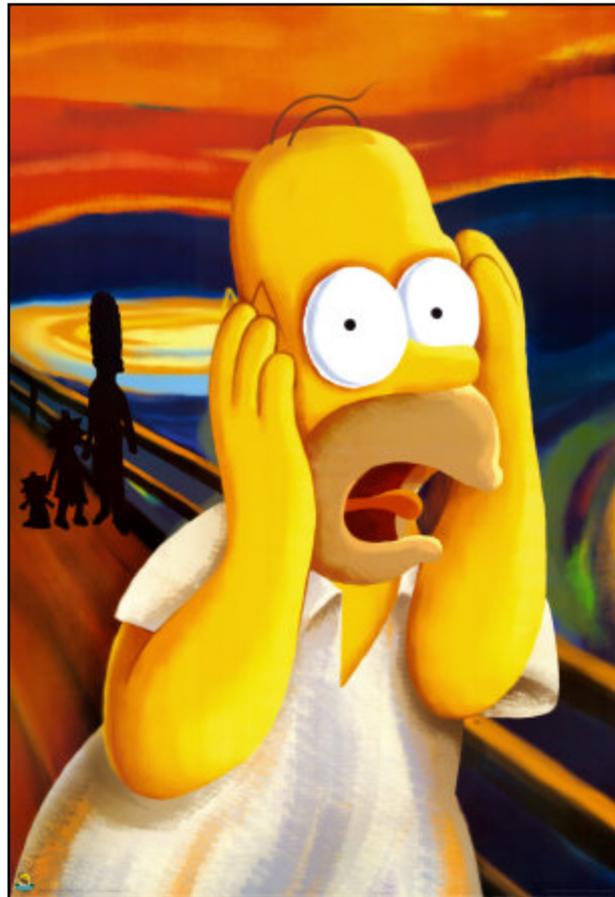
Il paziente tende a minimizzare se non a “mentire” al proprio medico per paura



Le paure del paziente

- Non prescrivere un farmaco senza spiegare al malato che cosa è
- Descrivergli gli effetti collaterali potenziali e prescrivere una adeguata terapia per la loro prevenzione
- Rimuovere, con pazienza, le sue paure

Tuttavia...



“...bisogna ricordare che **più di 46.000** pazienti con patologia neoplastica sono morti in ospedale **con dolore e probabilmente senza il supporto di cure palliative**”

MARCO SPIZZICHINO - MINISTERO DELLA SALUTE
Forum Sanità Futura - Cernobbio

**Proviamo a
domandarci perché?!**



**GRAZIE
DELL'ATTENZIONE**