

1 ottobre 2022
ore 8.30/16.30



Terapia del dolore e palliazione

Ecm: 6 crediti



sede OMCEO
via Manzù 25
Bergamo

Tel.: 035 217200
formazione@omceo.bg.it
www.omceo.bg.it

R. Valente

Hospice FERB Calcinante,

Hospice Fondazione Anni Sereni Treviglio

Gestione del dolore e palliazione: l'esperienza dell'hospice

Definizione di cure palliative

Le cure palliative sono la cura olistica attiva di individui di tutte le età con gravi sofferenze legate alla salute a causa di una grave malattia, e specialmente di quei pazienti vicini alla fine della vita.

Mirano a migliorare la qualità della vita dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro caregivers.

prevenzione, identificazione precoce, valutazione completa e gestione dei problemi fisici, tra cui dolore e altri sintomi angoscianti, disagio psicologico, disagio spirituale e bisogni sociali. Questi interventi devono essere basati sull'evidenza. Forniscono un supporto per aiutare i pazienti a vivere nel modo più completo possibile fino alla morte facilitando una comunicazione efficace, aiutando loro e le loro famiglie a determinare (identificare) gli obiettivi di cura.

Sono applicabili durante tutto il corso di una malattia, in base alle esigenze del paziente.

Vengono fornite in combinazione con terapie modificanti la malattia ogni volta che è necessario.

Possono influenzare positivamente il decorso della malattia.

Non intendono né affrettare né rimandare la morte, affermano la vita e riconoscono il morire come un processo naturale.

Forniscono supporto alla famiglia e ai caregivers durante la malattia del paziente e nel loro lutto.

Rispettano e riconoscono i valori culturali e le convinzioni del paziente e della famiglia.

Sono applicabili in tutte le strutture sanitarie (luogo di residenza e istituzioni) e in tutti i livelli (dal primario al terziario).

Cosa è l'hospice
Quali pazienti accogliamo
Cosa facciamo

Storia del movimento hospice

Convinta della necessità di strutture più moderne, specificatamente dedicate ed attrezzate alla cura dei malati terminali, in cui medici ed infermieri se ne occupassero globalmente considerando anche la dimensione psicologica e spirituale, **Mrs C. Saunders** iniziò una raccolta di fondi per finanziare la costruzione del St. Christopher's Hospice , primo istituto del genere, che vide la luce nel 1967.

Questa struttura si fondava sui seguenti principi:

1. la morte deve essere accettata
2. la cura del paziente deve essere gestita da un team interdisciplinare di professionisti che devono comunicare regolarmente tra di loro
3. tutti i sintomi di una malattia allo stato terminale, in modo particolare il dolore, devono essere efficacemente controllati
4. il paziente e i suoi familiari devono essere considerati come un elemento unico da trattare
5. un programma attivo di cure domiciliari deve essere implementato
6. un programma attivo di supporto psicologico deve essere offerto ai familiari dopo la morte del paziente

Quali pazienti sono accolti in hospice



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 1046

Seduta del 17/12/2018

Quali pazienti accogliamo

SUB ALLEGATO E

STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO ONCOLOGICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI NEOPLASIA (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
o Diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi: neoplasie polmone, pancreas ed esofago) che presenti scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione durante il trattamento o metastasi in organi vitali (SNC, fegato, grave disseminazione polmonare)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA OSTRUTTIVA			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di due o più dei seguenti criteri)			
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Nel caso si disponga dei test respiratori, criteri di ostruzione severa: FEV1 <30% o criteri di deficit restrittivo severo: CV forzata <40%, DLCO <40%.	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa: presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Insufficienza cardiaca sintomatica	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

1

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CARDIOLOGICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE CARDIACHE (presenza di due o più dei seguenti criteri)			
o Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi.	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o In caso si disponga di Ecocardiografia: frazione di eiezione gravemente ridotta (< 30%) o ipertensione polmonare severa (Pressione polmonare > 60 mmHg)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Insufficienza renale (FG <30%)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco /cardiopatia ischemica (>3 nell'ultimo anno)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO COLPITO DA STROKE			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE STROKE (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)			
o Durante la fase acuta e subacuta (< 3 mesi post-stroke): stato vegetativo persistente o di minima coscienza > 3 giorni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Durante la fase cronica (> 3 mesi post-stroke): complicanze mediche ripetute (polmonite ab ingestis, nonostante misure antidisfagia), pielonefriti (> 1), febbre ricorrente nonostante terapia antibiotica (febbre persistente dopo 7 giorni di terapia)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
o Antibiototerapia per più di 7 giorni, lesioni da decubito persistenti in stadio III-IV o demenza severa post-stroke	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEUROLOGICO CRONICO		
1. DOMANDA SORPRENDENTE		
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: SNG/PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE NON INVASIVA	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE INVASIVA/TRACHEO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE: SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza di due o più dei seguenti criteri)		
o Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Sintomi complessi e di difficile controllo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Disfagia progressiva	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO EPATOPATICO CRONICO GRAVE		
1. DOMANDA SORPRENDENTE		
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (richiede la presenza di UNO o più criteri)		
o Cirrosi avanzata Child C (determinato in assenza di complicanze o dopo trattamento ottimale), MELD-Na score > 30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite refrattaria, sindrome epatorenale o emorragia digestiva alta da ipertensione portale con fallimento del trattamento farmacologico ed endoscopico e assenza di indicazioni per trapianto o TIPS	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Carcinoma epatocellulare: presente in stadio C o D (Barcelona Clinic Liver Cancer)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEFROPATICO CRONICO GRAVE		
1. DOMANDA SORPRENDENTE		
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
VOLONTÀ ESPRESSA DAL PAZIENTE E DAL CARE-GIVER/FAMIGLIARI: PROSECUZIONE DIALISI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)		
o Insufficienza renale grave (FG < 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON DEMENZA		
1. DOMANDA SORPRENDENTE		
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DEMENZA (presenza di due o più dei seguenti criteri)		
o Criteri di gravità: incapacità a vestirsi, lavarsi, o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c), incontinenza doppia (GDS/FAST 6d-e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata, 6 o meno parole intelligibili (GDS/FAST 7) (Global Deterioration Scale/Function Assessment Staging Test)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Criteri di progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL negli ultimi 6 mesi nonostante un intervento terapeutico adeguato (non imputabile ad una situazione acuta per processo intercorrente) o presenza di difficoltà alla deglutizione, o rifiuto del cibo, in pazienti che non riceveranno nutrizione enterale o parenterale.	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (> 3 in 12 mesi, per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite,	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Setticemia, etc. (che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEFROPATICO CRONICO GRAVE			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
VOLONTÀ ESPRESSA DAL PAZIENTE E DAL CARE-GIVER/FAMIGLIARI: PROSECUZIONE DIALISI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)			
<ul style="list-style-type: none"> Insufficienza renale grave (FG < 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi

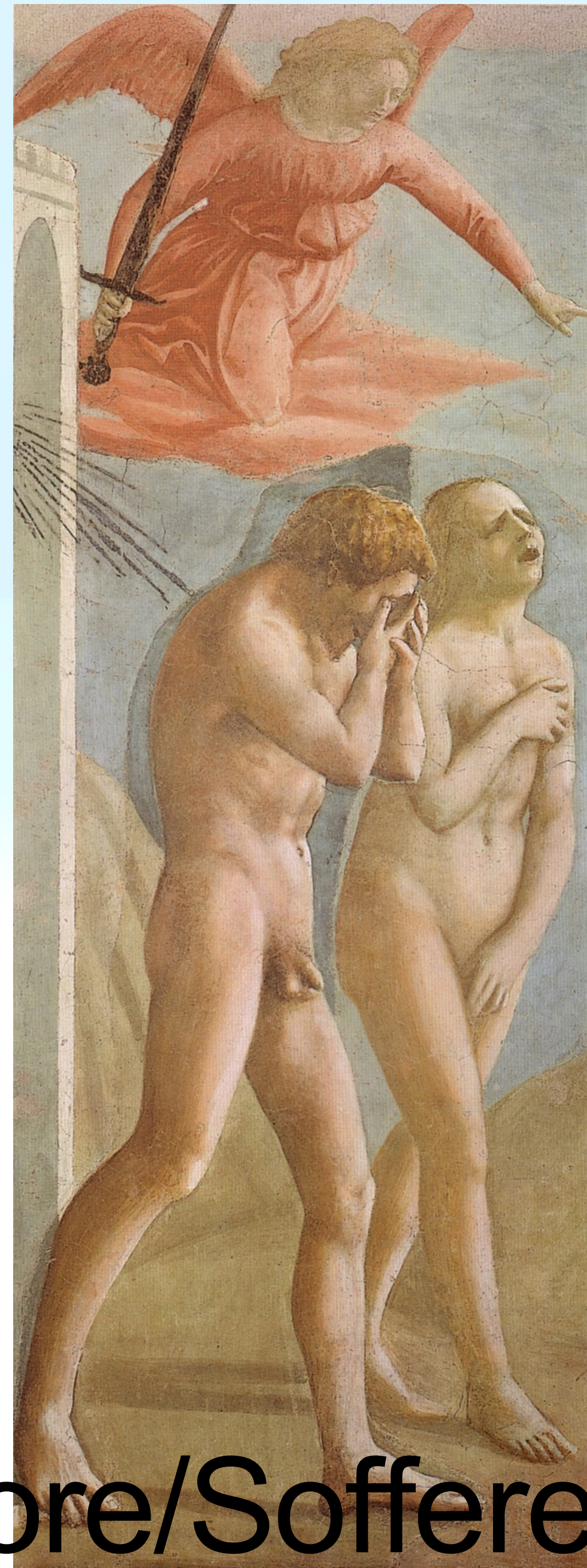
CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON DEMENZA			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DEMENZA (presenza di due o più dei seguenti criteri)			
<ul style="list-style-type: none"> Criteri di gravità: incapacità a vestirsi, lavarsi, o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c), incontinenza doppia (GDS/FAST 6d-e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata, 6 o meno parole intelligibili (GDS/FAST 7) (Global Deterioration Scale/Function Assessment Staging Test) 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> Criteri di progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL negli ultimi 6 mesi nonostante un intervento terapeutico adeguato (non imputabile ad una situazione acuta per processo intercorrente) o presenza di difficoltà alla deglutizione, o rifiuto del cibo, in pazienti che non riceveranno nutrizione enterale o parenterale. 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (> 3 in 12 mesi, per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite, 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<ul style="list-style-type: none"> Setticemia, etc. (che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo) 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4. PROGNOSI STIMATA	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi	<input type="checkbox"/> >3 mesi



QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITÀ, STABILITÀ E INSTABILITÀ		
MALNUTRIZIONE E/O DENUTRIZIONE Marcatori Nutrizionali, almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> Severità: albumina serica < 2,5g/dl non correlato a eventi acuti Progressione: perdita di peso > 10% Percezione clinica di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
MARCATORI FUNZIONALI , almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> Severità: dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel <25, ECOG>2 o Karnofsky <50%) Progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento Terapeutico Percezione clinica di un deterioramento funzionale (persistente intenso/grave, progressivo, irreversibile) non legato a condizioni intercorrenti 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
ALTRI MARCATORI DI SEVERITÀ E FRAGILITÀ ESTREMA , almeno 2 dei seguenti negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> Ulcere da decubito croniche (III-IV grado) Infezioni ricorrenti (>1) Stato confusionale acuto (delirium) Disfagia persistente Cadute (>2) Disturbi del sonno Dispnea Dolore Disturbi gastroenterici Astenia 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
STRESS EMOTIVO con sintomi psicologici (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
ULTERIORI FATTORI DI UTILIZZO DI RISORSE. Una qualsiasi delle seguenti: <ul style="list-style-type: none"> 2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche, nell'ultimo anno Necessità di cure complesse/intense continue, sia in un istituto di cura che al domicilio 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
CONTESTO SOCIALE DIFFICILE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
COMORBIDITÀ ≥ 2 patologie concomitanti	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

LEGENDA INTENSITÀ ASSISTENZIALE				
Livello gravità	Intensità assistenziale richiesta	CIA	MIX PROFESSIONALE	Livello CP SUGGERITO
1 – 2	MEDIO-BASSA	0,2 < CIA < 0,5	Almeno 1 accesso medico ogni 10 giorni	BASE
2 – 3	MEDIO-ALTA	CIA ≥ 0,5	Almeno 2 accessi medico ogni 10 giorni	SPECIALISTICO





Dolore/Sofferenza

Quale è la differenza fra trattare un sintomo al domicilio e trattarlo in hospice?

Valutazione (opposite scale)

Titolazione (e scelta) **del farmaco**

Trattamento di base e al bisogno (adeguata somministrazione della via, dei modi e dei tempi)

Valutazione
Titolazione
Trattamento

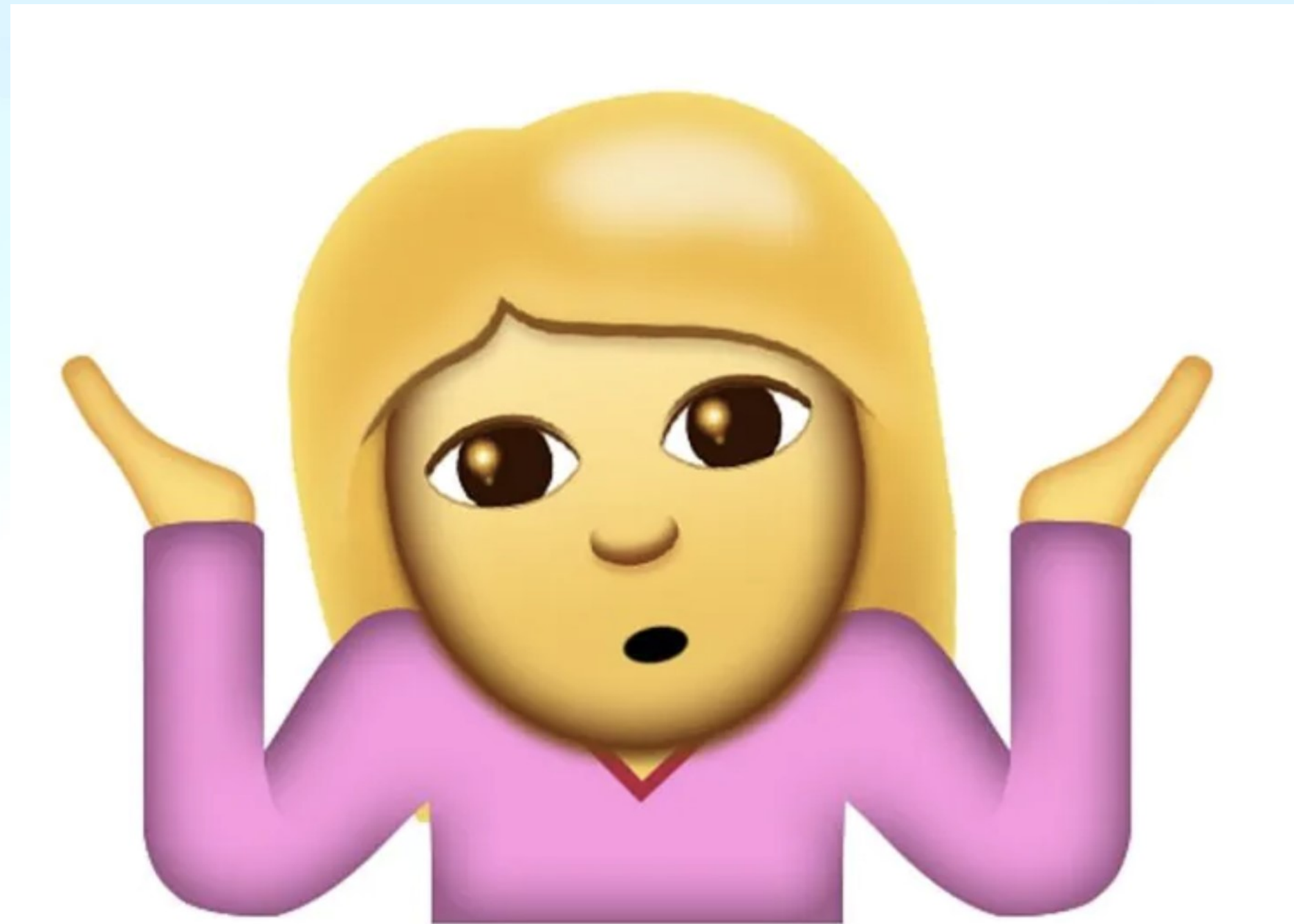
Rivalutazione
Eventuale **ri**trattamento con **ri**titolazione

Rivalutazione
Eventuale **ri**trattamento con **ri**titolazione

Rivalutazione

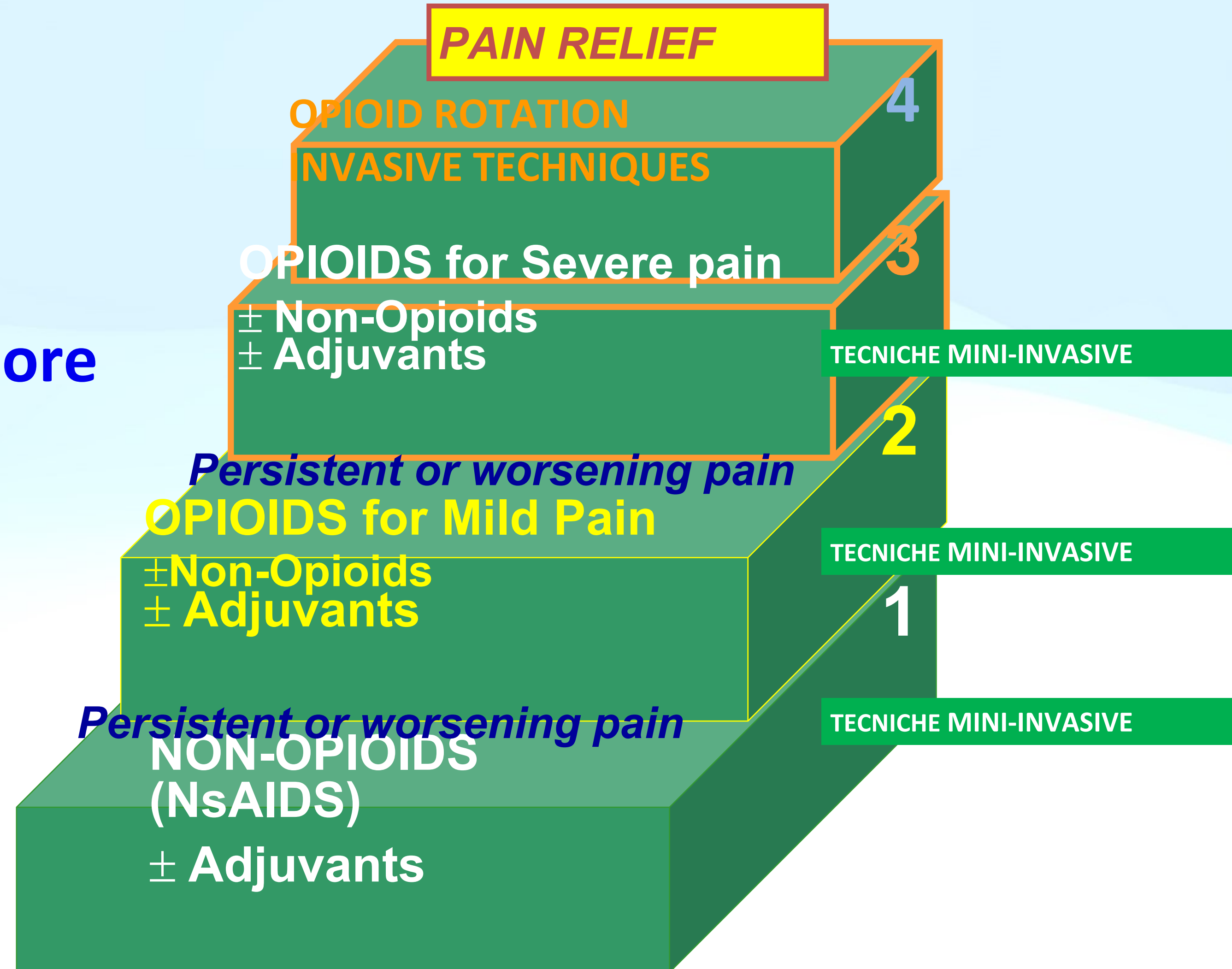
.....
.....
.....
.....
.....

Dati sul dolore



Pain

Le linee guida:
1986: Scala WHO del dolore



WHO, Geneve 1986-1996 - www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/index.html

Study group of Italian Society of Anaesthesiology, 2002

Oppioidi: miti da sfatare

DIPENDENZA

Psicologica

(necessità compulsiva del farmaco)

Ha una **frequenza molto bassa** (in due studi condotti su 11.882 e 24.000 pazienti solo rispettivamente 4 e 7 pazienti hanno presentato dipendenza psicologica).³²

Fisica

(sintomi e segni clinici da astinenza)

Si può evitare attuando una riduzione scalare del dosaggio del 50% per 2-3 giorni fino a sospensione definitiva.³³

TOLLERANZA

Dell'effetto farmacologico

(per mantenere l'iniziale effetto analgesico occorre aumentare la dose del farmaco)

E' limitata e lenta a verificarsi; nella maggior parte dei casi la necessità di incrementare la dose è la conseguenza della progressione della malattia.³³

Degli effetti indesiderati

(adattamento dell'organismo e riduzione dei disturbi)

Si instaura rapidamente (media 5-10 giorni), **ad eccezione della stipsi** che non si riduce nel tempo.³³

DEPRESSIONE

RESPIRATORIA

Nell'uso terapeutico questo effetto indesiderato è **sostanzialmente assente.**³⁴

*Effetti collaterali indotti dagli oppioidi
in fase di induzione o di aumento di dose*

Effetti iniziali

- Nausea, vomito (30%)
- Sonnolenza (10-20%)
- Prurito (2%)
- Confusione, prostrazione (3-5%)

Perché spariscono?

perché si instaura una tolleranza anche agli effetti collaterali

Effetti nel mantenimento

- **Stipsi (30-90%)**
- Xerostomia (40%)
- Delirium* (10-80%)
- Allucinazioni* (14%)
- Mioclono* (9%)
- Convulsioni (1,5%)
- Vertigini (3%)
- Depr. Respir.*(1%)
- Ritenz. Urinaria* (1%)

* Effetti rari dovuti ad iperdosaggio o accumulo



Use of Opioid Analgesics in the Treatment of Cancer Pain: Evidence-based Recommendations from the EAPC

Web version of the article published in Lancet Oncology February 2012 (Lancet Oncol 2012; 13: e58-e68)

Developed on behalf of the European Palliative Care Research Collaborative

NICE National Institute for Health and Care Excellence



Care of dying adults in the last days of life

NICE guideline

Published: 16 December 2015

nice.org.uk/guidance/ng31

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

REVIEW ARTICLE

Dan L. Longo, M.D., *Editor*

Comfort Care for Patients Dying in the Hospital

Craig D. Blinderman, M.D., and J. Andrew Billings, M.D.*

E gli altri sintomi?

E quando i sintomi sono incontrollabili?



**Raccomandazioni della SICP
sulla
Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa**



**A CURA DEL GRUPPO DI STUDIO
SU ETICA E CULTURA AL TERMINE DELLA VITA**

Ottobre 2007

Cosa caspita è la sedazione
palliativa? terminale poi?

1. Sedazione Palliativa (SP) in generale, pratica volta ad alleviare sintomi refrattari riducendo lo stato di coscienza in misura adeguata e proporzionata alle necessità;
- 2 .Sedazione Palliativa degli Ultimi Giorni (SILD: Palliative Sedation In the Last Days): si tratta della stessa pratica di cui al punto 1, ma effettuata quando la morte è attesa entro un lasso di tempo compreso tra poche ore e pochi giorni, secondo una valutazione del medico. A questa pratica ci si riferisce tradizionalmente con la definizione di “Sedazione Terminale”.

2.1 Definizioni

Per ST/SP si è sinora intesa: ***“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, che risulta, quindi, refrattario”***.^{(3-4)**}

Secondo questa definizione, non è compresa nella ST/SP la “sedazione occasionale” (ad esempio per il tempo necessario all’effettuazione di una manovra invasiva). Non sono considerate neppure ST/SP approcci terapeutici quali: 1. la terapia ansiolitica; 2. la terapia analgesica con oppioidi; 3. la terapia di modulazione del sonno. Questi interventi terapeutici possono infatti comportare una riduzione della vigilanza, non quale obiettivo primario ma solo quale effetto collaterale rispetto all’azione sintomatica specifica del farmaco⁽⁵⁾.

SP/ST: PREMESSE

Si tratta di una **Procedura Complessa**
non solo da un punto di vista sanitario

- **Difficoltà tecniche (ad es.in riferimento al set)**
- **Difficoltà decisionali/relazionali tra equipe, paziente, famiglia e all'interno dell'equipe, in relazione ad esempio al livello di consapevolezza del paziente e della famiglia, alla competenza o non competenza del pz**
- **Imprescindibili implicazioni etiche**
- **Può mettere in gioco gli equilibri di una equipe non esperta in CP**

SINTOMI REFRATTARI PIU' FREQUENTEMENTE TRATTATI CON ST/SP

- **DISPNEA** **35-50%**
 - **DELIRIUM** **30-45%**
 - **DOLORE** **5%**
 - **VOMITO INCOERCIBILE** **25%**
 - **MALE EPILETTICO/IRREQUIETEZZA
PSICO-MOTORIA** **20%**
-
- **DISTRESS ESISTENZIALE IN AMBITO DI CP**
raramente

FREQUENZA DI UTILIZZO DELLA SP/ST IN CLINICA

- In **letteratura** estrema variabilità:
prevalenza **compresa tra l'1 all'88%**
delle casistiche osservate

Motivi di questa grande diversità:

- **Tassonomia differente**
- **Sistemi di rilevazione differenti**
- **Inadeguatezza tecnica e tecnologica**
- **Variabili culturali**
- **Forte correlazione geografica**

SP/ST

DURATA E TEMPI vs

ASPETTATIVA DI VITA

- **Durata media: 2,8 gg**
- **La sopravvivenza media del malato non viene modificata dalla ST/SP rispetto ai gruppi controllo**

Valutazione del grado di sedazione

Non vi è consenso univoco sulla scelta della scala della sedazione, anche se, per l'utilizzo pratico, è opportuna la scelta di una scala semplice, facilmente applicabile e riproducibile in diversi contesti.

Grado di sedazione: scala di Rudkin

1. Paziente sveglio e orientato
2. Sonnolente ma risvegliabile
3. Occhi chiusi ma risvegliabile alla chiamata
4. Occhi chiusi ma risvegliabile a stimolo tattile (non doloroso)
5. Occhi chiusi non rispondente a uno stimolo tattile

Non vi è consenso univoco sul grado iniziale di sedazione da attuare, anche se vi sono indicazioni in letteratura con cui si può concordare: iniziare con una sedazione superficiale e passare a una sedazione profonda nei casi in cui la sedazione superficiale non raggiunga lo scopo della stessa, ad esclusione di quelle situazioni cliniche acute in cui il rischio di morte sia imminente.

Domande chiave

In che fase della malattia si trova il malato?

Il sintomo è giudicato intollerabile dal malato?

Il sintomo intollerabile è da considerare un sintomo difficile o refrattario?

Sono già stati attentamente valutati tutti gli altri possibili approcci terapeutici indicati per quel sintomo?

È stato preso in considerazione il ricorso a tutte le competenze psico- socio-educative e spirituali disponibili?

Qual è la scelta del malato riguardo al trattamento?

È disponibile una consulenza da parte di una équipe esperta in cure palliative?

Conclusioni

La sedazione palliativa è un intervento sanitario complesso che prevede la presa in carico del paziente e della sua famiglia da parte dell'équipe, a cui spetta il compito di riconoscere la refrattarietà del sintomo nella fase di fine vita e acquisire, dove possibile, il consenso informato del paziente. La legge 219/2017 considera la pianificazione condivisa delle cure (PCC) un elemento cardine del processo di autodeterminazione della persona nelle fasi avanzate e progressive di malattia. La delicatezza e centralità del tema, nell'ambito delle competenze degli operatori di cure palliative, suggeriscono l'opportunità di un'indagine volta a restituire una rappresentazione delle modalità operative e dei bisogni formativi attuali.

“Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore devono assicurare un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; della tutela e promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale, e di un adeguato sostegno sanitario e socio assistenziale della persona malata e della famiglia” *estratto dalla legge 38 /2010*



A systematic literature review on the ethics of palliative sedation: an update (2016)

Blair Henry^{a,b}

Purpose of review

Palliative sedation has been the subject of intensive debate since its first appearance in 1990. In a 2010 review of palliative sedation, the following areas were identified as lacking in consensus: inconsistent terminology, its use in nonphysical suffering, the ongoing experience of distress, and concern that the practice of palliative sedation may hasten death. This review looks at the literature over the past 6 years and provides an update on these outstanding concerns.

Recent findings

Good clinical guidelines and policies are still required to address issues of emotional distress and waylay concerns that palliative sedation hastens death.

Summary

The empirical evidence suggests some movement toward consensus on the practice of palliative sedation. However, a continued need exists for evidence-informed practice guidelines, education, and research to support the ethical practice of palliative sedation at the end of life. Until that time, clinicians are advised to adopt a framework or guideline that has been expert driven to ensure consistent and ethical use of palliative sedation at the end of life.

Keywords

end-of-life, ethics, hospice, palliative care, palliative sedation

INTRODUCTION

Palliative sedation is a treatment that involves the proportionate use of medications to reduce consciousness to relieve intolerable and refractory suffering at the end of life, and it has been the subject of intensive debate since its first appearance in 1990 [1,2]. An earlier systematic review, covering the literature published between 1990 and 2010, identified two distinct phases of its evolution. In the first decade, articles on palliative sedation were clearly intent on differentiating itself from being viewed as a form of 'slow euthanasia.' The second decade saw the proliferation and publication of expert-driven, consensus-based guidelines and frameworks for palliative sedation. By 2010, a consensus was emerging that palliative sedation, when properly administered, could be seen as an ethically defensible intervention [3].

The manuscript will review the literature from 2010 to 2015, a period not yet reviewed in the literature. This review involved a search of the literature over the past 6 years to build on issues from a prior review completed by this author looking at the state of the practice of palliative sedation up to 2010.

In the 2010 review, the following four areas were identified as lacking in consensus: inconsistent terminology to describe what palliative sedation involves; the use of palliative sedation for nonphysical suffering; the ongoing experience of moral distress by families and care providers when palliative sedation was used; and concern that the practice of palliative sedation is a form of slow euthanasia; and that hastening of death will result from this practice.

In these 6 years, some progress has been made toward practice harmonization and consensus to support the establishment of palliative sedation as an important treatment option, be it one of last

^aDivision of Palliative Care, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto and ^bEthics Centre, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Ontario, Canada

Correspondence to Blair Henry, MTS(Bioethics), Ethics Center, Sunnybrook Health Sciences, Sunnybrook Health Sciences Centre, 2075 Bayview Ave, 2nd Floor, H-239, Toronto, ON M4N 3M5, Canada. Tel: +416 480 6100 (ext) 7178; e-mail: blair.henry@sunnybrook.ca

Curr Opin Support Palliat Care 2016, 10:201–207
DOI:10.1097/SPC.0000000000000224

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A.,
Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H.,
Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N.,
Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H.,
J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

N Engl J Med 2010;363:733-42.

**Lettura consigliata :
“7 piani” Dino Buzzati (1937)**



Siete stati davvero bravi a resistere fino alla fine

Grazie.

