

# XIV CONGRESSO NAZIONALE ANÍMO



## Rimodulazione ed appropriatezza delle cure alla fine della vita



Martina Bertolino, Morena Mellano  
Firenze, 12 Maggio 2019

*Il sottoscritto , **Martina Bertolino**,  
ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del  
Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre  
2009,*

dichiara

*che negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti diretti di  
finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali  
in campo sanitario.*



## ***Le cure di fine vita ...***

*Perché è così difficile adottare un approccio palliativo in un reparto ospedaliero?*

- La medicina moderna ha difficoltà a comprendere la persona umana e i suoi **bisogni**, soprattutto alla fine della vita.
- E' complesso trasferire la “filosofia” delle cure palliative in un contesto ospedaliero, caratterizzato da alto turn over, iper-specializzazione ed elevata tecnologia.
- **Sindrome della morte imminente**: quando una persona può essere considerata alla fine della vita?

***Definire il percorso di cura più opportuno e coerente con i desideri del morente***

## ***Ciò nonostante ...***

***Il fine vita rappresenta un processo,  
non un evento puntiforme ...***

- E' necessario identificare precocemente le situazioni di end life, adottando un approccio di cura rispettoso della dignità, del decoro e del diritto all'auto-determinazione del morente.
- L'educazione e la **formazione** dei curanti in questo settore può rappresentare un importante veicolo di cambiamento della cultura rispetto alla gestione delle fasi di fine vita.

# ***Advocacy infermieristica***

L'infermiere ...

è il ***gestore*** della presa in carico del paziente e dei suoi bisogni e il ***garante*** dell'appropriatezza delle cure.

- Ascolto, presenza
- Controllo dei sintomi
- Comfort, proporzionalità
- Supporto informativo, emozionale e spirituale

***Persona e famiglia: unica unità di cura***

# ***La rimodulazione come intervento ATTIVO***

- Si tratta di un cambio di marcia, non di un abbandono.
- Approccio "in positivo", dal punto di vista diagnostico, terapeutico ed assistenziale.

*Un cambiamento possibile e necessario*

# RIMODULAZIONE degli INTERVENTI INFERMIERISTICI

**La rilevazione dei parametri vitali**

**La prevenzione e gestione delle lesioni  
cutanee/lesioni da decubito**

**La cura della persona e i problemi del cavo orale**

**I problemi urinari e intestinali**

**La gestione e somministrazione delle terapie**



# La rilevazione parametri vitali

- Manovre come la rilevazione sistematica di temperatura, pressione arteriosa e glicemia perdono di significato poiché aumentano inutilmente la sofferenza e il senso di disagio del paziente.
- Il mancato adattamento di questi interventi alimentano false speranze o aspettative; d'altro canto una radicale, improvvisa e non adeguatamente motivata riduzione di tali interventi potrebbe generare nella p. a. e nella famiglia sensazioni di abbandono.
- È opportuno che l'adeguamento alle mutate condizioni del paziente sia graduale: fornire spiegazioni sul significato di un cambiamento di approccio, fornire rassicurazioni sulla nostra tempestiva e costante presenza.



**... La rilevazione dei parametri vitali deve essere regolata da un' EFFETTIVA NECESSITA' ...**

# La prevenzione delle lesioni da decubito

- Una rigida programmazione di rotazioni del decubito a intervalli definiti deve essere attenuata se non rivoluzionata, evitando di mobilizzare il paziente nel caso in cui stia riposando o appaia rilassato, non disturbato da dolore o da altri sintomi, evitando il posizionamento su zone dolorabili, attuando la manovra quando il paziente lo richiede o il bisogno è effettivamente rilevabile.
- Il paziente spesso assume **posture antalgiche** per contratture, compressioni o per meglio sopportare un sintomo. Tali posture devono essere rispettate.
- L'uso di **presidi antidecubito** o superfici di prevenzione per evitare l'insorgenza di lesioni, ma anche per non arrecare dolore o fastidio; l'uso dell'archetto per alleggerire il peso sugli arti inferiori è lecito se gradito dal paziente.
- L'**ispezione della cute**, l'attenzione all'igiene personale, alle posture e alla gestione della biancheria nel letto abbinati alla superficie di prevenzione permette di prevenire correttamente le lesioni e di garantire qualità di vita al paziente.

# La gestione delle lesioni cutanee

- Quando la lesione da decubito e/o lesione cutanea è già presente occorre ragionare sull'appropriatezza degli interventi da attuare.
- Il tempo risulta insufficiente, quindi tutti gli interventi per controllare la carica batterica e lo sbrigliamento del tessuto necrotico perdono di significato; le poche evidenze che si possono prendere in considerazione sono quelle inerenti la gestione del **dolore** associato al cambio di medicazione e al contenimento dei costi.
- La medicazione deve essere fatta quando assolutamente necessario o opportuno per implicita o esplicita richiesta del paziente o della famiglia, utilizzando materiale il più possibile a-traumatico.
- Se l'équipe evidenzia che la famiglia non abbia colto il significato dell'opportunità di diradare la frequenza delle medicazioni, può essere opportuno anticipare la richiesta, spiegando il significato dei provvedimenti che si stanno mettendo in atto
- Un aspetto da non trascurare è rappresentato dall'insorgenza di **cattivi odori**. L'odore sgradevole risponde bene a un trattamento locale con metronidazolo, oppure può essere isolato con l'uso di medicazioni a base di carbone o argento.

# La cura della persona e i problemi del cavo orale

- La priorità va data alla dignità, al comfort, all'evitamento del senso di abbandono, questo vuol dire creare meno disagio possibile e attuare tutti gli interventi per una buona gestione dell'igiene solo quando questi sono realmente necessari.
- Il cavo orale dovrebbe essere strettamente monitorato e, se ciò non arreca disturbo al paziente, deterso almeno ogni quattro ore.
- In caso di **alitosi** o **dolore** possono essere usate soluzioni miste con lidocaina e sospensioni per il controllo delle infezioni fungine.
- Se il paziente lamenta sensazione di **sete** e la volontà di assumere liquidi possono essere utili cubetti di ghiaccio.
- Se sono presenti protesi dentarie o apparecchi mobili è bene rimuoverli per evitare il rischio di ingestione e di lesione.
- Particolare attenzione deve essere posta alla cura delle labbra per evitare che si creino lacerazioni dovute all'eccessiva secchezza.

# I problemi urinari

- Ritenzione urinaria e incontinenza, frequenti all'avvicinarsi della morte del paziente, possono essere causa di agitazione o disagio.
- In caso di incontinenza è possibile usare pannoloni o uro condom seguendo sempre il criterio del comfort del paziente.
- In questo momento non è importante monitorare il bilancio idrico, ma la presenza o meno della diuresi che va naturalmente incontro a una contrazione.
- In caso di ritenzione, un'eventuale cateterizzazione perde di significato poiché il fastidio arrecato al paziente è maggiore del beneficio dell'intervento, a meno che non si sia in presenza di globo vescicale sintomatico accompagnato da agitazione.

# I problemi intestinali

- Stipsi ostinata e formazione di fecalomi insorgono molto frequentemente; in questa fase, in cui la motilità intestinale va progressivamente riducendosi, non è più prioritario tentare di ripristinare un corretto transito, ma è necessario monitorare l'insorgenza di sintomi secondari come dolore o agitazione.
- Solo in caso di **dolore** o/e **agitazione** si rendono necessarie un'eventuale blanda esplorazione rettale, eventualmente e se possibile l'aiuto all'evacuazione tramite microclismi.
- In caso il paziente accusi dolore alla manovra, esiste la possibilità di somministrare analgesici o sedativi almeno mezz'ora prima della manovra.
- In caso di incontinenza fecale gli unici interventi che possono essere attuati sono il mantenimento di una buona igiene e il controllo dell'odore, che possono essere fonte di grande disagio.

# La gestione e somministrazione delle terapie

- Le motivazioni che sottendono la scelta della via di somministrazione vanno condivise, evitando di provocare ulteriore sofferenza al malato nella corretta gestione dei sintomi.
- È fondamentale l'integrazione professionale medico-infermieristica per la scelta della via di somministrazione più appropriata, dei dosaggi dei farmaci e delle terapie al bisogno.

# *CASO CLINICO ASSISTENZIALE*

Sara, 45 anni, viene ricoverata nella S.C. Medicina Interna con la diagnosi di “Scadimento delle condizioni generali, in carcinoma ovarico avanzato con carcinosi peritoneale”



Sara, 45 anni, viene ricoverata nella S.C.  
Medicina Interna con la diagnosi di  
“Scadimento delle condizioni generali, in  
carcinoma ovarico avanzato con carcinosi  
peritoneale”

***Vi stupireste se questa  
paziente morisse entro una  
settimana?***

*Lesione sacrale di III° stadio,  
essudante, maleodorante e con aree di necrosi*

### **Medicazione lesione da decubito PRIMO GIORNO DI RICOVERO**

- Rimozione meccanica del materiale necrotico, collagenasi, garza paraffinata, medicazione avanzata a base di argento, copertura con garze e bende.
- Programma di rinnovo delle medicazioni: ogni giorno e in caso di effettiva necessità (medicazione eccessivamente bagnata).
- Circa 50 euro a medicazione.



### **Medicazione lesione da decubito TERZO GIORNO DI RICOVERO**

- Terapia analgesica almeno 30 minuti prima dell'esecuzione della medicazione.
- Irrigazione della lesione con metronidazolo, garza paraffinata, copertura con garze e bende.
- Programma di rinnovo delle medicazioni: in caso di effettiva necessità (medicazione eccessivamente bagnata).
- Circa 12 euro a medicazione.

## *Problemi urinari*

### **PRIMO GIORNO DI RICOVERO**

- Presenza incontinenza da urgenza alle urine, utilizzo di pannoloni.
- Incapacità di comunicare i propri bisogni.  
Completa dipendenza nella cura di sé.
- Agitazione.
- Allettamento.
- Dolore durante la mobilizzazione.



### **TERZO GIORNO DI RICOVERO**

- Posizionato catetere vescicale: presenza di globo vescicale accompagnato da agitazione (800 ml ristagno vescicale).

## *Somministrazione della terapia*

### **PRIMO GIORNO DI RICOVERO**

- Terapia somministrata per via orale.



### **TERZO GIORNO DI RICOVERO**

- Terapia somministrata per via endovenosa.

**Terapia sottocutanea**

- *Il Settimana di ricovero*: Sara è lamentosa, disorientata e confusa, agitata ed affaccendata.
- Nonostante la rimodulazione degli interventi e la messa in pratica di tutte le tecniche preventive: **DELIRIO?... DOLORE TOTALE?...SINTOMI REFRATTARI...?**
- Si discute con il care-giver la "*possibilità*" di praticare la sedazione palliativa. In seguito, inizia l'infusione continua endovenosa di midazolam.

## *Rilevazione dei parametri vitali*

### **PRIMA SETTIMANA DI RICOVERO**

- Rilevazione quotidiana di tutti i parametri vitali e rivalutazione in caso di parametri alterati.



### **SECONDA SETTIMANA DI RICOVERO**

- I parametri vitali vengono progressivamente NON rilevati.

- III Settimana di ricovero: Sara è soporosa, non risvegliabile, presenta mimica facciale distesa. Apparentemente non sofferente.

Muore in presenza della propria famiglia.

## ***Migliori cure di fine vita per chi muore in ospedale***

- Obiettivo di questo lavoro non è snaturare la ragione d'essere dei reparti ospedalieri, ma riuscire a rendere il reparto competente, per quanto possibile, ad affrontare i complessi bisogni di una persona alla fine della vita.
- I cambiamenti nella pratica degli operatori devono essere in grado di migliorare la qualità della vita dei pazienti alla fine della propria esistenza, aumentare il livello di soddisfazione dei familiari, ridurre i costi legati all'applicazione di indagini diagnostiche e di trattamenti inappropriati.



# ***La morte opportuna***

*"E' normale considerare la morte come l'arrivo a un porto, momento che segna la fine di un viaggio e l'inizio di un'altra vita.*

***Ma è proprio necessario che la fine di questo viaggio debba essere così lunga, così faticosa, talora così drammatica?***

***E' una questione di opportunità e scelte."***

*Jacques Pohier*

***Grazie!***



## Bibliografia

- Costantini M, Borreani C, Grubich S. (a cura di). *Migliorare la qualità delle cure di fine vita*. Trento: Casa Editrice Erickson, 2008
- Schmid Mast M, Kindlimann A, Langewitz W. *Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference*, «Patient Educa. Couns.», vol. 58/2005, n. 3, pp. 244-251
- Watson M, Lucas C, Hoy A. *Oxford handbook of palliative care. Practical advice n symptom control*. New York: Oxford University Press, 2005
- *Società Italiana di Cure Palliative*, [www.sicp.it](http://www.sicp.it) (ultimo accesso 29 Aprile 2019)