

# introduzione alle cure palliative

dr Luca Abrardi

**file** Fondazione  
Italiana di  
Leniterapia®

# salute

stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia.

**domani in sala ho un k renale**

**ha un tumore**

**sono malato di cancro**

# **sarò una finestra nella tua casa**

David Tasma

# cure palliative

sono la cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria.

# cure palliative

rispettano la vita e considerano il morire un processo naturale. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di preservare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine.

# cure palliative: per chi, quando?

cancro



stabilità e rapido declino

insufficienza d'organo



progressivo declino con aggravamenti e recuperi

demenza e fragilità



lento e progressivo declino

# ospite RSA

- età > 80 anni
- malattie cronico-degenerative
- instabilità clinica elevata
- comorbilità
- politrattamento farmacologico
- fragilità

# PAI

anamnesi/dati preingresso

verifica  
revisione



valutazione a  
breve termine  
(programmazione)

valutazione a  
lungo termine  
(progettazione)

# **pianificazione anticipata e concordata delle cure**

atto sotteso da un profondo processo comunicativo volto a dare un indirizzo clinico sulla continuità assistenziale nella sua evoluzione rispettando il vissuto esistenziale del paziente

# dolore...

un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale

## ... vecchiaia

artrosi polidistrettuale

crampi notturni arti inferiori

osteoporosi e fratture

claudicatio intermittens neuropatie

tumore

# dolore e demenza

## **Alzheimer**

deficit componente emozionale affettiva

conservazione qualità discriminativa sensoriale

## **Vascolare**

sindrome da deafferentazione iperalgesia

incremento componente emozionale affettiva

## **Frontotemporale**

deficit qualità discriminativa sensoriale

# quali farmaci

lieve				moderato		grave			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
paracetamolo o FANS ± adiuvanti				oppioidi deboli ± paraceta molo o FANS ± adiuvanti		oppioidi forti ± paracetamolo o FANS ± adiuvanti			

**NRS**

# titolazione oppioidi

- utilizzare oppioidi a pronto rilascio
- in pazienti naïve inizia con 2.5/5 mg di morfina ogni 6 ore
- utilizza dosi rescue di 1.25/2.5 mg per dolore episodico
- rivaluta dopo 24 ore
- la dose totale giornaliera sarà data dalla somma del dosaggio a orario più le dosi al bisogno
- una volta trovato il dosaggio capace di controllare il dolore converti in oppioide a lento rilascio
- utilizza oppioidi a rilascio immediato per controllare il dolore episodico

# legge 38 2010

## Articolo 7

All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica e infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.



**SIAARTI**

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA  
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

PRO VITA CONTRA DOLORIS SEMPER

## GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE": CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE? "DOCUMENTO CONDIVISO" PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

Documento approvato e condiviso da:

- SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI)
- ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)
- SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)
- SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI (AIPO)



DOCUMENTO

DEL TAVOLO DI LAVORO AIOM-SICP

CURE PALLIATIVE PRECOCI e SIMULTANEE

2015

National Clinical Guideline Centre

Draft for Consultation

## Care of the Dying Adult

Care of the Dying Adult

*Clinical guideline <...>*

*Methods, evidence and recommendations*

29 July 2015

*Draft for consultation*

*Commissioned by the National Institute for  
Health and Care Excellence*



the gold standards  
framework

4<sup>th</sup> Edition  
October 2011

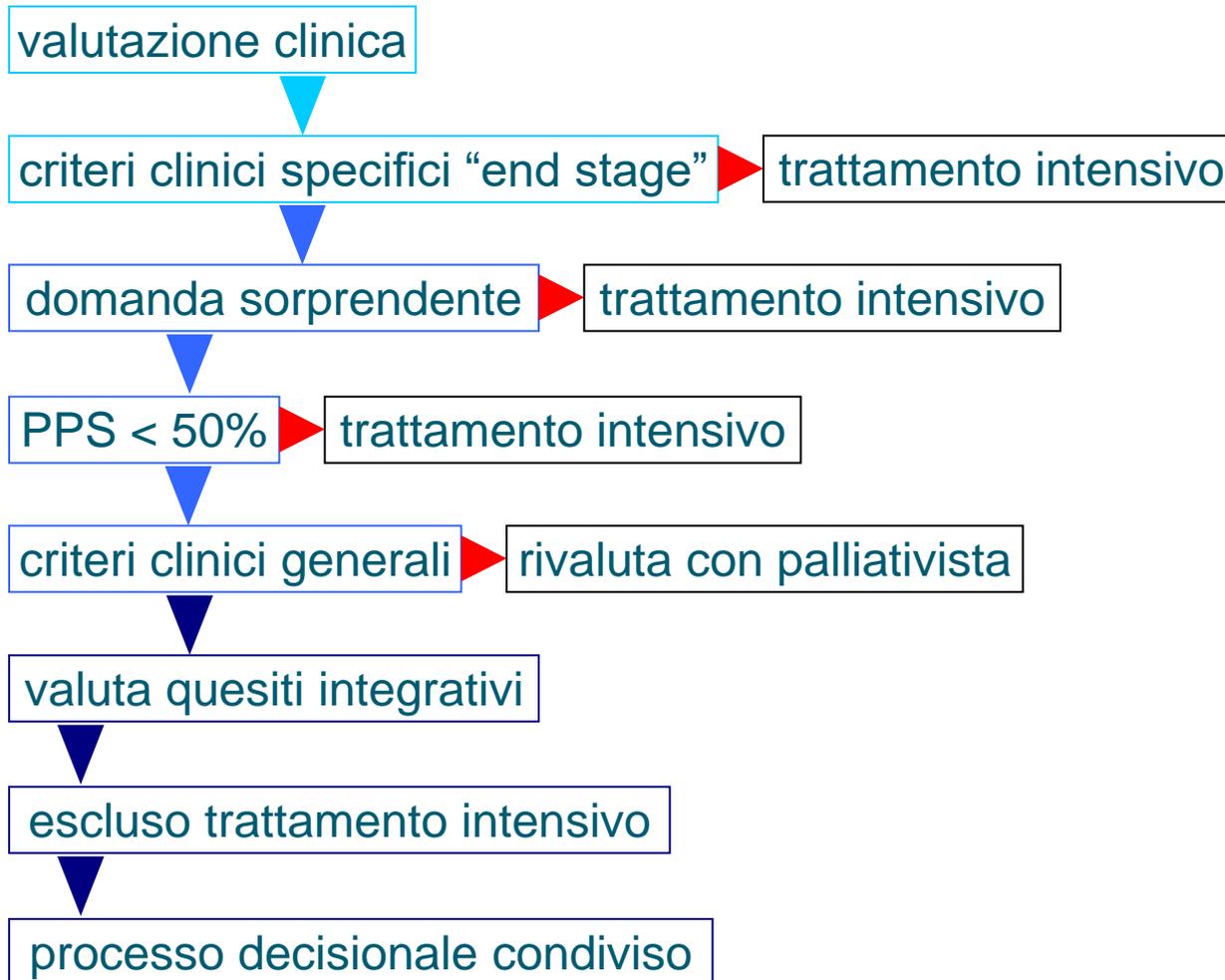
## The GSF Prognostic Indicator Guidance

The National GSF Centre's guidance for clinicians to  
support earlier recognition of patients nearing the end of life.

RCGP Royal College of  
General Practitioners

Why is it important to identify people nearing the end of life?

# steps



# indicatori clinici specifici neoplasia

- neoplasia metastatica
- basso performance status (ECOG  $\geq$  3; KPS  $\leq$  50%)
- ipercalcemia
- delirium
- sindrome della vena cava superiore
- compressione midollare
- cachessia
- insufficienza epatica e/o renale
- versamenti di origine neoplastica

# indicatori clinici specifici insufficienza cardiaca

presenza nonostante terapia medica ottimale di:

- dispnea a riposo (classe NYHA IV)
- ipotensione arteriosa e/o edemi persistenti
- cachessia
- più di un ricovero negli ultimi sei mesi
- scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca
- frequente o continuo supporto farmacologico infusionale

# indicatori clinici specifici bpcO

- malattia severa: FEV1 < 30 % previsto
- dipendenza da ossigenoterapia continuativa
- grado di dispnea MRC 3-4 (dispnea camminando per 100 metri in piano o che determina impossibilità ad uscire)
- segni e sintomi di cuore polmonare
- ricoveri ricorrenti:  $\geq 3$  nell'ultimo anno dovuti a BPCO
- insufficienza cardiaca o altre comorbidità
- perdita di peso o cachessia

# indicatori clinici specifici insufficienza epatica

- non candidabilità al trapianto
- MELD score > 25, SOFA score > 10.5
- ridotta assunzione orale di liquidi e solidi
- sepsi
- sanguinamento
- polmoniti da inalazione
- insufficienza renale

# indicatori clinici specifici demenza

- incapacità a camminare senza assistenza
- incontinenza urinaria o fecale
- conversazione non significativa o incoerente
- PPS  $\leq$  50%
- uno dei seguenti:
  - perdita di peso
  - infezioni ricorrenti delle vie urinarie
  - lesioni da decubito 3° /4° stadio
  - febbre ricorrente
  - ridotta assunzione orale di cibi liquidi e solidi
  - polmonite da inalazione

# indicatori clinici specifici fragilità

paziente con multiple comorbidità e limitazioni nella vita quotidiana a cui si aggiungono:

- deterioramento dello stato funzionale
- combinazione di almeno 3 dei seguenti sintomi:
  - debolezza
  - lentezza nel camminare
  - perdita di peso significativa
  - affaticabilità
  - bassa attività fisica
  - depressione

# domanda sorprendente

quale fra i paziente che ho in cura è  
così malato che non mi sorprenderei  
se morisse nei prossimi 12 mesi?

# PPS

%	DEAMBULAZIONE	LIVELLO DI ATTIVITA' EVIDENZA DI MALATTIA	CURA DI SE'	INTRODUZIONE LIQUIDI E/O SOLIDI	LIVELLO DI COSCIENZA
100	normale	normale <i>nessuna malattia</i>	completamente autonoma	normale	normale
90	normale	normale <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	normale	normale
80	normale	normale con sforzo <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	normale o ridotta	normale
70	ridotta	non può svolgere un compito o lavoro <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	come sopra	normale
60	ridotta	non può svolgere hobbies o lavori di casa <i>malattia significativa</i>	assistenza occasionale <i>assistenza richiesta</i>	come sopra	normale o confuso/a
50	prevalentemente seduto/a o disteso/a	non può svolgere alcun lavoro <i>malattia estesa</i>	assistenza considerevole <i>assistenza richiesta</i>	come sopra	normale o confuso/a
40	prevalentemente a letto	come sopra	prevalentemente assistito	come sopra	normale o sonnolento/a o confuso/a
30	allettato/a	come sopra	assistenza totale	ridotta	come sopra
20	allettato/a	come sopra	come sopra	minima	come sopra
10	allettato/a	come sopra	come sopra	solo cura della bocca	sonnolento/a o in coma
0	morte	-	-	-	--

# indicatori generali di declino

- riduzione delle funzioni (PPS  $\leq$  60%)
- presenza di comorbidità
- malattia in fase avanzata e/o ridotta risposta ai trattamenti
- perdita di peso  $>$  10% negli ultimi 6 mesi e/o albuminemia  $<$  2.5 g/dl
- ripetuti ricoveri per la patologia evolutiva
- eventi sentinella: cadute, lutti, trasferimenti in RSA

# processo decisionale condiviso

- c'è chiarezza sugli obiettivi di cura?
- quali sono le aspettative di approfondimento diagnostico, di cura e assistenza identificate dal malato, dal familiare o dal legittimo rappresentante?
- il malato e la famiglia comprendono e condividono le scelte relative alla fase attuale della traiettoria di malattia, alla prognosi e alle opzioni di trattamento?

# controllo sintomi nel fine vita

## dolore

**dolore non controllato, il paziente non assume oppioidi**

- morfina cloridrato 5 mg sc o ev
- rivaluta dopo 24 ore: se necessarie >3 somministrazioni passare a infusione in continuo, prescrivere una dose rescue (1/6 del dosaggio giornaliero)
- rivaluta dopo 24 ore: se necessarie >3 dosi rescue aggiungere il dosaggio totale di somministrazioni nella terapia in continuo

# controllo sintomi nel fine vita

## dolore

### **dolore non controllato, il paziente assume oppioidi**

- converti il dosaggio di oppioidi in morfina cloridrato in continuo sc o ev
- prescrivere una dose rescue (1/6 del dosaggio giornaliero)
- rivaluta dopo 24 ore: se necessarie >3 dosi rescue aggiungi il dosaggio totale di somministrazioni nella terapia in continuo

# controllo sintomi nel fine vita

## dolore

### **dolore controllato, il paziente assume oppioidi**

- converti il dosaggio di oppioidi in morfina cloridrato in continuo sc o ev
- prescrivere una dose rescue (1/6 del dosaggio giornaliero)
- rivalutare dopo 24 ore: se necessarie >3 dosi rescue aggiungi il dosaggio totale di somministrazioni nella terapia in continuo

# controllo sintomi nel fine vita

## dolore

### **dolore controllato, il paziente non assume oppioidi**

- prescrivere una dose di morfina cloridrato 5 mg al bisogno sc o ev
- rivalutare dopo 24 ore: se necessarie >3 dosi inizia trattamento in continuo sc o ev, prescrivere una dose rescue (1/6 del dosaggio giornaliero)

# controllo sintomi nel fine vita

## agitazione/delirium

### delirium agitato

- aloperidolo 0.5 – 1 mg ev o sc ripetibile ogni 2 ore

se fosse indicata la sedazione

- midazolam 2.5- 5 mg ev o sc ripetibile ogni 15 minuti fino a controllo dei sintomi
- rivaluta dopo 24 ore: se necessarie >3 somministrazioni passare a infusione in continuo, prescrivere una dose rescue (2.5 – 5 mg)

### delirium non agitato

- aloperidolo 0.5 – 1 mg ev o sc ripetibile ogni 2 ore

# controllo sintomi nel fine vita

## dispnea

### Il malato sta assumendo oppioidi per dolore

- converti il dosaggio di oppioide in morfina cloridrato in continuo sc o ev
- prescrivi una dose rescue (1/6 del dosaggio giornaliero)
- rivaluta dopo 24 ore: se necessarie >3 dosi rescue aggiungi il dosaggio totale di somministrazioni nella terapia in continuo

# controllo sintomi nel fine vita

## dispnea

### Il malato non sta assumendo oppioidi per dolore

- prescrivere una dose di morfina cloridrato 5 mg al bisogno sc o ev
- rivalutare dopo 24 ore: se necessarie >3 dosi inizia trattamento in continuo sc o ev, prescrivere una dose rescue (1/6 del dosaggio giornaliero)

# controllo sintomi nel fine vita

## nausea e vomito

### nausea e vomito presenti alvo aperto a aria e feci

- metoclopramide 10 mg ev o sc ripetibile ogni 8 ore
- rivaluta dopo 24 ore: se il sintomo persiste aumenta dosaggio fino a 40 mg/die (valuta infusione in continuo)
- se sintomo non controllato valuta associazione con:
  - aloperidolo 2 – 10 mg/die infusione ev o sc
  - desametasone 4 – 16 mg/die infusione ev o sc

# controllo sintomi nel fine vita

## nausea e vomito

**nausea e vomito presenti alvo chiuso a aria e feci**

utilizza nella stessa infusione ev o sc

- ioiscina butilbromuro 30 – 180 mg/die (dolore colico)
- morfina cloridrato 10 -60 mg/die (altro dolore)
- aloperidolo 2 – 10 mg/die (per nausea)

se sintomo non controllato valuta associazione con:

- ondasetron 4 – 16 mg/die
- desametasone 8 – 16 mg/die

# rimodulazione terapia farmacologica

<b>essenziali</b>	<b>considerare la sospensione</b>	<b>non appropriati</b>
analgesici	steroidi	antipertensivi
sedativi	ipoglicemizzanti	integratori
antiemetici	diuretici	lassativi
ansiolitici	antiepilettici	antibiotici
anticolinergici	antiaritmici	anticoagulanti
		antidepressivi