Le cure di fine vita

Gabriella Bordin, Elena Cremasco, Luigi Lusiani Federica Zamperin
Medicina Interna Castelfranco Veneto

Obiettivi del corso

- Analizzare i problemi prevalenti nella **fase di fine vita**
- Aggiornare le conoscenze sulle terapia di **fine vita** e per il controllo e la gestione dei sintomi
- Identificare i profili clinico-assistenziali più frequenti nella **fase terminale** di malattia
- Analizzare il ruolo e le funzioni dell'équipe nell'assistenza al **malato terminale**

Vivian

La Forza Della Mente - collegamento.lnk

da 28.42 a 33

Sono sinonimi? RNAO

CURE PALLIATIVE: sviluppo

Anni 60

Regno Unito

Oggi

Malattia oncologica → AIDS → Malattie croniche

- ✓**Scompenso Cardiaco**
- ✓ **Insufficienza renale**
- ✓**Insufficienza Epatica**
- ✓**BPCO**
- ✓**Malattie neurologiche degenerative**

CURE PALLIATIVE: definizione

"Le cure palliative sono un **approccio di cura**

che migliora la **qualità della vita**

dei **pazienti e delle famiglie**

che si confrontano con i problemi associati a **malattie mortali**

attraverso un intervento **multidisciplinare**

volto alla **prevenzione e il sollievo dalla sofferenza**

per mezzo dell'identificazione precoce, dell'impeccabile valutazione e trattamento del dolore e di altri **problemi fisici, psico-sociali e spirituali.**"

(OMS 2002)

CURE PALLIATIVE: definizione
(OMS 2002)

- ✓Migliorano la qualità della vita e possono anche **influenzare positivamente il decorso della malattia**
- ✓**Integrano le terapie** che mirano a curare o modificare il processo della malattia
- ✓Sono applicabili **all'inizio della malattia**, **in combinazione con altre terapie utili per prolungare la vita, come chemioterapia e radioterapia,**

CURE PALLIATIVE E CURE DI FINE VITA

Le cure di fine vita fanno riferimento agli ultimi giorni e ore di vita

Dove si muore ?
Come si muore ?

*Italia: d*ove si muore?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Luogo di decesso					
Casa di residenza	46	25,7	55,5	93,5	55,7
Altra casa	1,8	2,5	4,2	0,5	2,2
Ospedale	42,4	60,2	33	4,6	34,6
Hospice	0,5	1,4	1,1	-	0,7
RSA	9,2	10,3	5,2	0,9	6,5
ambulanza	0,2	-	1,0	0,5	0,4
totale	100	100	100	100	100

Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P, Miccinesi G, Grimaldi M, Bruzzi P. (2006) Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian Survey of the Dying of Cancer (ISDOC). J Epidemiol Comm Health ; 60:412-416.

Come si muore ?

In base alla vostra esperienza nelle ultime 48 ore di vita dei vs pazienti :

1. Quali trattamenti medici– interventi infermieristici vengono messi in atto
2. Quali sono i sintomi presenti al momento della morte
3. Come avviene la comunicazione-relazione con il paziente e familiari del paziente morente

Come si muore?

Trattamenti ricevuti	%EOLO: ultime 24 ore di vita 370 pazienti – 30 ospedali centro nord	% Castelfranco ultime 48 ore di vita 82 pazienti (2007-2008)
Liquidi ev	71	24
Prelievi ematici	57	41
Stick glicemici	-	27
Trasfusioni	9	0,5
Esami radiologici	8	6
CVC	7	10
SNG	3	9
NPT	2	1
Nutrizione enterale	-	0,5
Toracentesi/paracentesi	-	3
Consulenze	-	10
Dialisi peritoneale	8	-
Chemioterapia	4	-

Toscani F., Di Giulio P., Brunelli C. et al. (2005) How people die in hospital general wards: a descriptive study, J Pain Syntom Manage, 30: 33- 40.

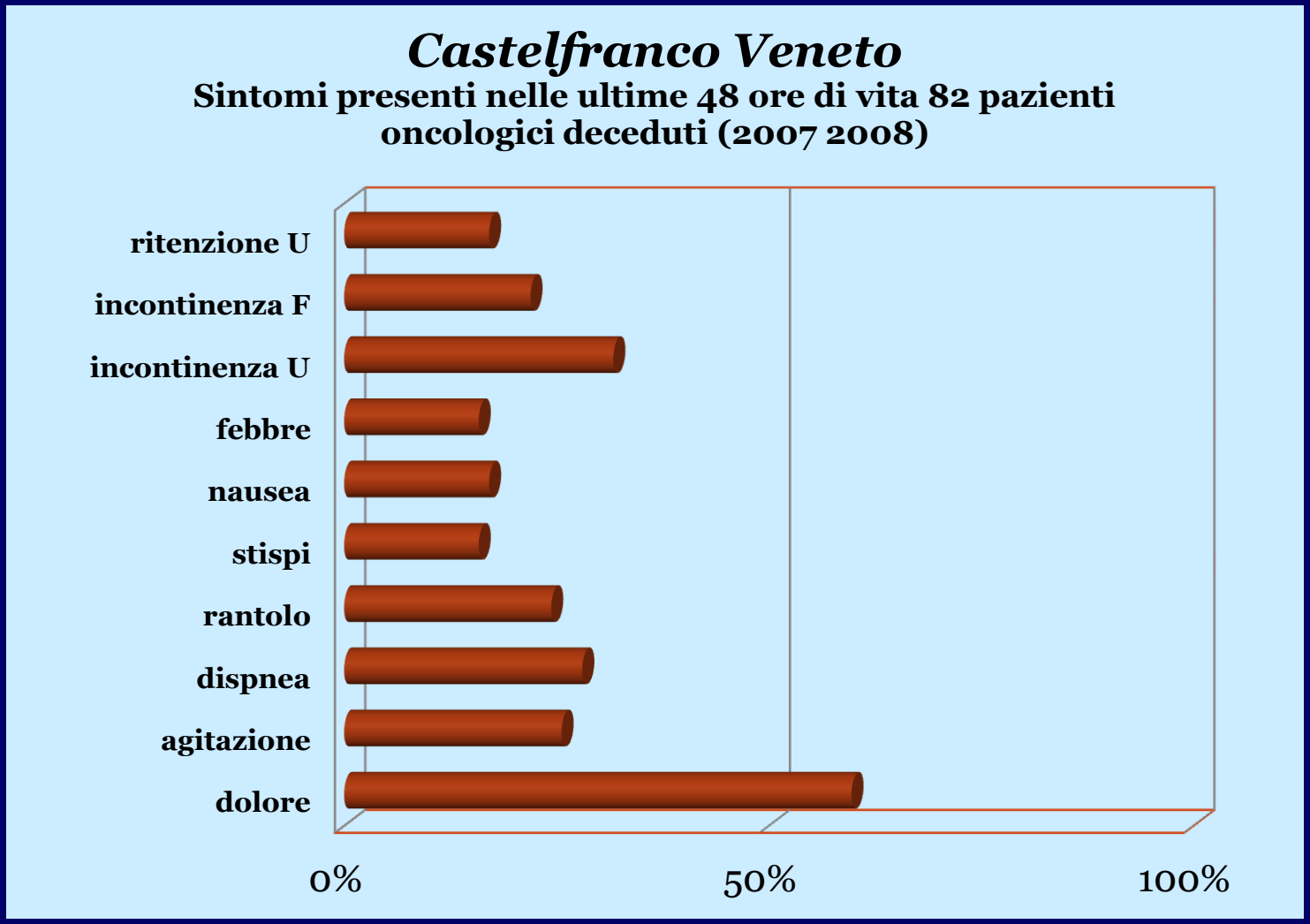
Come si muore?

- Mancato controllo dei sintomi (dolore, astenia, inappetenza, dispnea, insonnia, stipsi)
- Stato complessivo di sofferenza vissuta dal paziente ma percepita anche dai familiari.

"How people die
remains in the memories
of those who live on"
Dame Cecily Saunders

Beccaro M., Costantini M., Giorgi Rossi P. et al. (2006). Actual and preferred place of death of cancer patient. Result from the Italian survey of dying of cancer (ISDOC). J Epidemiol Comm Health. 60: 412-416

Come si muore?



E gli infermieri?

- Poca attenzione al confort, al sostegno psicologico e al supporto spirituale
- Mancata partecipazione dei familiari alla cura del proprio caro
- Mancata considerazione delle necessità assistenziali dei familiari dopo il decesso

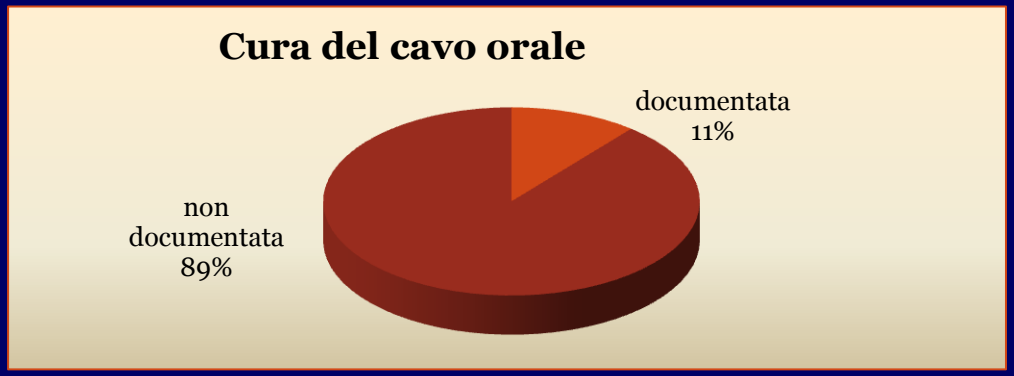
Beccaro M., Costantini M., Giorgi Rossi P. et al. (2006). Actual and preferred place of death of cancer patient. Result from the Italian survey of dying of cancer (ISDOC). J Epidemiol Comm Health. 60: 412-416
Murphy D., Ellershaw J. (2008), Liverpool Care Pathway for the dying patient. In Costantini M. Borreani C., Grubich S. Migliorare la qualità delle cure di fine vita. Erickson Trento:11-21.

Come si muore?

Castelfranco

A tutti è stata praticata di routine la **mobilizzazione e gestione delle LDD**

A tutti è stato eseguita **l'igiene** completa mentre veniva trascurata **l'igiene del cavo orale**



Come si muore?

- Mancata comunicazione tra operatori, paziente e familiari.
- Il paziente non può decidere
- False aspettative
- Confusione
- Difficoltà a mettere in atto gli interventi più idonei
- Maggiore attenzione aspetti tecnici e le prestazioni

Le cure di fine vita: barriere allo sviluppo fuori dall'hospice

Le cure di fine vita: barriere allo sviluppo fuori dall'hospice

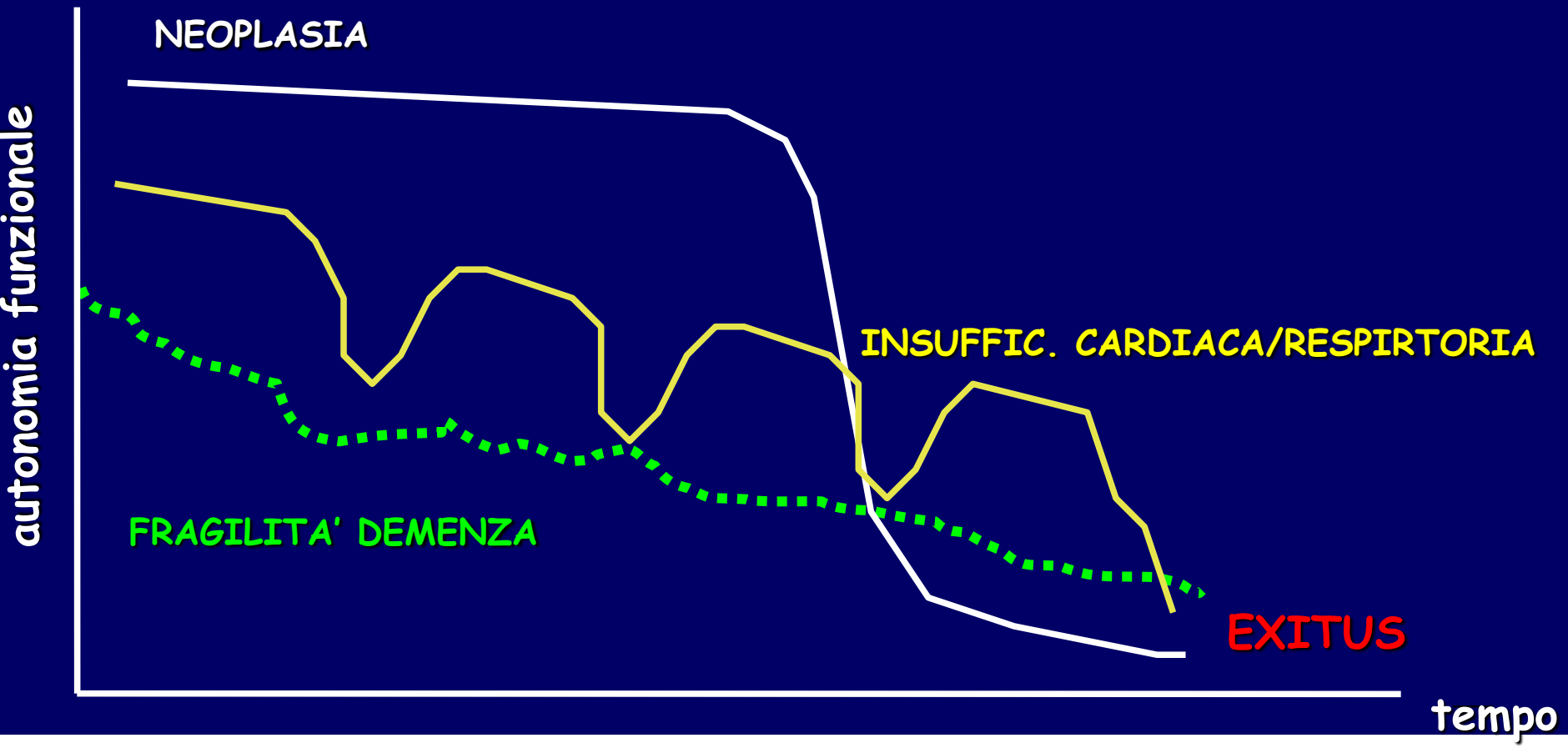
1. Difficoltà a porre diagnosi di morte imminente
2. Morte come un fallimento terapeutico
3. Misconoscimento dei veri bisogni del morente
4. Inadeguata formazione
5. Barriere culturali, spirituali, personali
6. Esasperata attenzione ad aspetti medico legali

Ellershaw JE., Ward C. (2003). Care of dying patient: the last hours or days of life, BMJ, 326: 30-34.
Schlairet M. (2008), End of life nursing care: statewide survey of nurses' education needs and effects of education. Journal of Professional Nursing, 25,3:170-177

confusione
allucinazioni
agitazione
via difficile
delirio
MALATTIA
convulsioni
via normale
sopore
letargia
ottundimento
coma vigile
coma
EXITUS

1) Difficoltà a porre diagnosi di morte imminente

Traiettorie di morte nelle malattie terminali



Ann Int Med 2008;148:147-159

Come riconoscere un paziente alla fine della vita

- Esami strumentali?
- Esami di laboratorio?

Competenza clinica

La domanda sorprendente

Quali fra i pazienti che sto curando sono tanto malati che non sarei sorpreso se morissero entro …giorni…settimane…..

AHRQ,2004

La sindrome da morte imminente

(da 24 ore a 14 gg)

Fase precoce	**Allettamento** **< Autonomia e interesse** **Alterazioni cognitive (> sonno delirium)**
Fase intermedia	**Obnubilamento** **Rantolo (2 gg prima del decesso)**
Fase terminale	**Coma** **Febbre** **Apnea polipnea** **Raffreddamento delle estremità** **<PA FC**

CURE DI FINE VITA

LA DIAGNOSI

1. Il paziente è quasi completamente allettato
2. Il p. è sonnolento, tendenzialmente soporoso
3. Il p. assume solo piccoli sorsi liquidi
4. Il p. non è in grado di assumere terapia orale

- DOPO AVER ESCLUSO OGNI CAUSA DI REVERSIBILITA'
- 2/4 criteri

2) Morte come un fallimento terapeutico

— Per amor del cielo, si sforzi di mostrarsi un tantino più allegro! Il dottore è così preoccupato per il suo caso...

CAMBIO DI PARADIGMA

- La morte non è il fallimento delle cure
- E' doveroso farsi carico di parlarne esplicitamente
- Tutto in funzione del “comfort” del paziente

3) Misconoscimento dei veri bisogni del morente
4) Inadeguata formazione

- Carenti piano di studi nella formazione di base (master)
- Carenza di una competenza specifica circa il **riconoscimento di segni sintomi** e l'uso di **adeguati protocolli terapeutici** per il loro controllo.
- Inserimento di personale neolaureato cui mancano competenze specifiche

5) Barriere culturali, spirituali, personali

- ✓**Difficoltà per il singolo operatore ad affrontare il tema della morte**
- ✓**Forte coinvolgimento emotivo (paziente e famiglia)**

6) Esasperata attenzione ad aspetti medico legali

- comportamento difensivo e di tutela delle proprie scelte
- mancanza di normativa chiara (direttive anticipate)

Il modello di cura per paziente acuto è valido anche per il paziente morente?

La Forza Della Mente - collegamento.lnk

da 58 a 107

Il modello di cura per paziente acuto è valido anche per il paziente morente?

paziente acuto

⬇

guarigione

⬇

standardizzazione

paziente morente

⬇

qualità di vita
comfort

⬇

personalizzazione

Quale modello di cura per paziente morente?

- *Qualità di vita*
- *Comfort*

- *Eutanasia?*
- *Anticipazione di morte?*
- *Abbandono terapeutico?*
- *Risparmio?*

Quale modello di cura per paziente morente?

Liverpool Care Pathway for the dying patient (LCP)

Percorso Integrato per le cure di fine vita (LCP-I)

Liverpool Care Pathway

Lo presentano come la punta di diamante della sanità inglese, ma il protocollo Liverpool di cure palliative apre all'eutanasia. E abbatte i costi dell'assistenza (insieme ai malati terminali).

Descritto in poche parole, l'Lcp consiste nel sospendere la somministrazione intravena di alimentazione e medicinali al paziente e sostituirla con un'infusione permanente di morfina.

Per i parenti di molti ricoverati anziani e non solo anziani l'Lcp è una sorta di sentenza di morte pronunciata da medici e infermieri che non hanno più voglia di occuparsi del loro caro o che sono stati incaricati di realizzare risparmi sulle spese sanitarie.

Liverpool Integrated Care Pathway

- *percorso integrato di cura*
- *strumento multiprofessionale, basato sulle evidenze pensato per migliorare le cure al paziente morente in tutti i contesti assistenziali.*

Murphy D., Ellershaw J. (2008), Liverpool Care Pathway for the dying patient. In Costantini M. Borreani C., Grubich S. Migliorare la qualità delle cure di fine vita. Erickson Trento:11-21

Liverpool Integrated Care Pathway

✓migliorare le cure dei pazienti oncologici
✓rendere competenti gli operatori sanitari non specializzati a fornire le migliori cure di fine vita possibili.

1990

Hospice

Paziente oncologico

2013

Ospedale

Paziente con
- ✓ ***insufficienza renale***
- ✓ ***insufficienze cardiaca***
- ✓ ***neuropatie degenerative***
- ✓ ***pediatrici***
- ✓ ***terapie intensive***

Murphy D., Ellershaw J. (2008), Liverpool Care Pathway for the dying patient. In Costantini M. Borreani C., Grubich S. Migliorare la qualità delle cure di fine vita. Erickson Trento:11-21

In pratica

Il PCFV:

1. Definisce i criteri di inserimento
2. Fa lavorare sugli obiettivi
3. Permette il controllo del raggiungimento dei risultati (concetto di VARIANTE)
4. Guida i professionisti nelle scelte

1) Definire i criteri di inserimento

Quando un paziente è considerato
alla fine della vita?

Criteri di inserimento

Regione del Veneto – AZIENDA U.L.SS. N. 8 ASOLO
ospedale di Castelfranco Veneto e Montebelluna
dipartimento medicina clinica – sede di Castelfranco Veneto
unità operativa medicina interna – direttore: dott. Luigi Lusiani

Fondazione Sue Ryder Onlus

PERCORSO ASSISTENZIALE PER LE CURE DI FINE VITA

Data _____

Nome e Cognome _____ N° cartella _____

CRITERI PER L'INSERIMENTO:
Sono state considerate tutte le possibili cause reversibili della condizione attuale.

L'equipe multiprofessionale concorda sulla presenza di almeno 2 dei seguenti criteri:

1.	Il paziente è quasi completamente allettato	
2.	Il paziente è sonnolento, tendenzialmente soporoso	
3.	Il paziente è in grado di assumere solo piccoli sorsi liquidi	
4.	Il paziente non è più in grado di assumere terapia orale	

Firme

In pratica

Il PCFV:

1. Definisce i criteri di inserimento
2. **Fa lavorare sugli obiettivi**
3. Permette il controllo del raggiungimento dei risultati (concetto di VARIANTE)
4. Guida i professionisti nelle scelte

2) Lavorare sugli obiettivi: il controllo dei sintomi

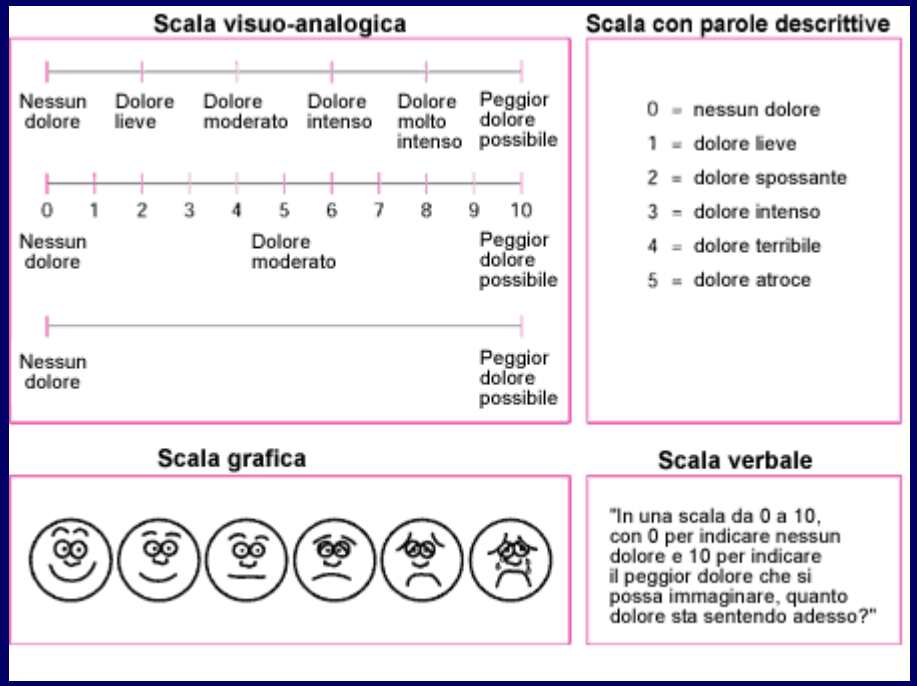
1. Dolore
2. Delirium
3. Dispnea
4. Rantolo
5. Nausea e vomito

COMFORT

1) Dolore

Incidenza 70-90%

Per trattarlo bisogna misurarlo !



Scale di misurazione

NRS

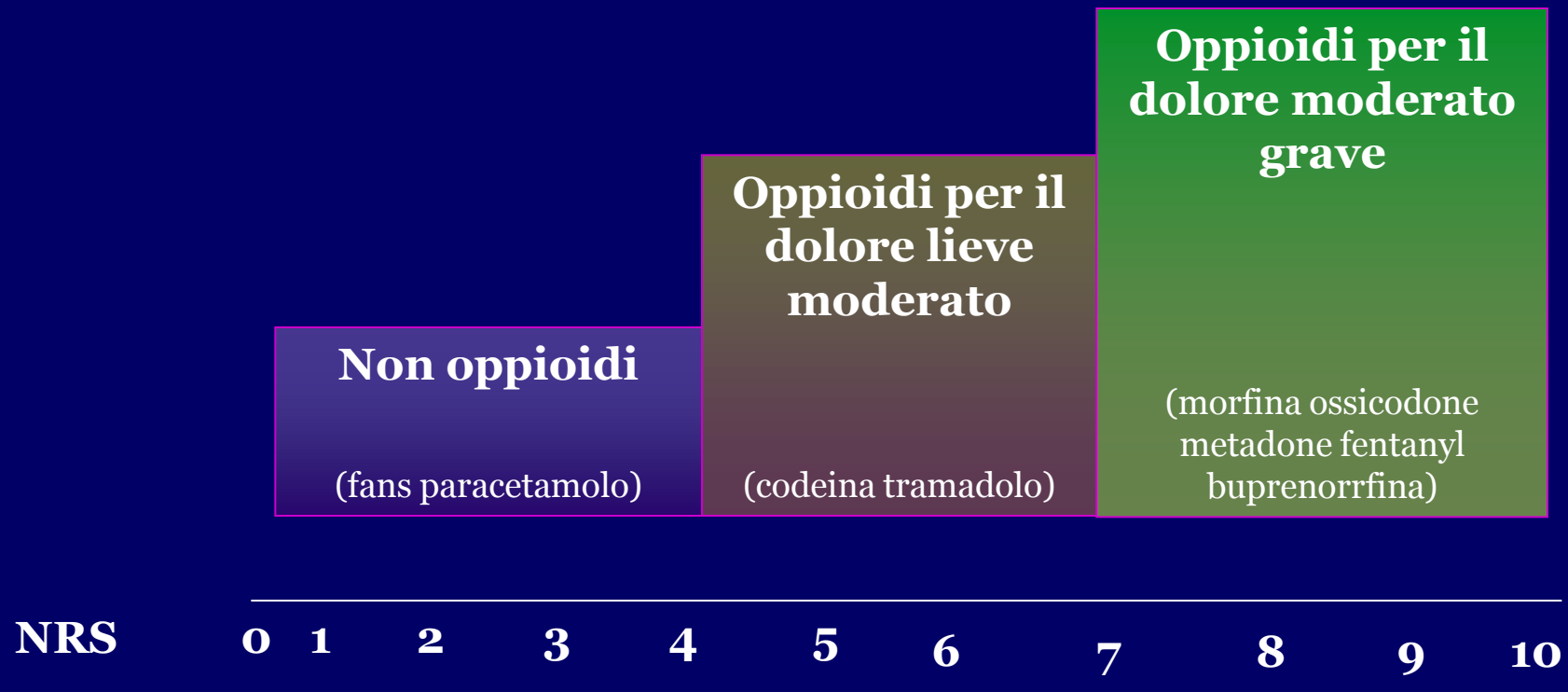
Scala verbale

Faces pain scale

Noppain

Trattamento del dolore

Scala analgesica a tre gradini



OMS,1986

Dolore totale

- Coinvolge tutte le dimensioni della persona
- Inteso come dolore fisico, emozionale, sociale e spirituale
- Sofferenza esistenziale

2) Delirium

Incidenza 28-83%

- Eziologia multifattoriale

1. Interessamento neoplastico primitivo/metastatico SNC
2. Insufficianza d'organo (renale epatica polmonare)
3. Stato settico
4. Squilibri elettrolitici o glicemici
5. Deficit nutrizionali
6. Farmaci
7. Fattori ambientali

Disturbante per il paziente.....e per i familiari

2) Delirium

- Intervento farmacologico (aloperidolo ….SP)
- Intervento comportamentale/ambientale:

1. *Illuminazione*
2. *Facilitare l'orientamento spazio temporale*
3. *Presenza familiari*
4. *Considerare cause correggibili: dolore, ritenzione urinaria e fecale*

3) Dispnea

Incidenza 70-90%

- Interventi non farmacologico:

1. decubito ortopnoico
2. finestra aperta - ventilatore
3. esercizi di rilassamento

- Intervento farmacologico:

1. oppioidi
2. benzodiazepine
3. ossigenoterapia (??...ansiolitica)
4. SP

4) Rantolo

Incidenza 23-90%

Solitamente pazienti non coscienti

Sintomo disturbante per i familiari

Interventi non farmacologici

1. **postura**
2. **< idratazione**
3. **educazione dei familiari**
4. **< ricorso alla broncoaspirazione**

Interventi farmacologici:

Anticolinergici somministrati precocemente

5) Nausea e vomito

Cause

- **V**estibolari
- **O**struzione intestinale
- **M**otilità disturbi della
- **I**nfezione
- **T**ossiche (biochimiche, farmaci)

5) Nausea e vomito

Interventi

- Controllo farmacologico (metoclopramide, domperidone, aloperidolo)
- Evitare procedure invasive (intervento chirurgico, sonda rettale, SNG)
- Cura del cavo orale

2) Lavorare sugli obiettivi

COMFORT (compila medico)	**Obiettivo 1: revisione terapia e sospensione trattamenti non essenziali**			
	Conversione appropriata della terapia orale a sottocutanea		si	no
	Sospensione dei trattamenti inappropriati		si	no
	Obiettivo 2: prescrizione di terapia al bisogno (sottocutanea secondo protocollo)			
	Dolore	analgesici	si	no
	Agitazione	neurolettici/sedativi	si	no
	Secrezioni respiratorie	anticolinergici	si	no
	Nausea & vomito	antiemetici	si	no
	Dispnea	oppiacei/desametazone/sedativi	si	no

PAROLA D'ORDINE:
Rimodulazione = intervento attivo

~~**Abbandono terapeutico**~~

1. **Identificare e sospendere farmaci non appropriati**
2. **Prescrivere farmaci appropriati al controllo dei sintomi**
3. **Prescrivere la terapia al bisogno per il controllo dei sintomi**
4. **Scegliere la via di somministrazione più confortevole e meno invasiva**

1. *Identificare e sospendere farmaci non appropriati*

Perché sospendere?

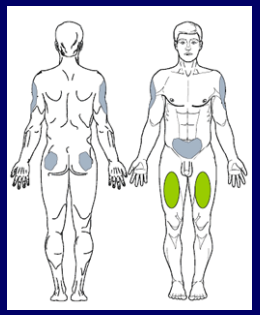
In media il paziente morente assume 4-5 farmaci diversi al giorno, in più somministrazioni

Fatica e disagio per il paziente

Perdita di significato per l'orizzonte temporale limitato

1. *Identificare e sospendere farmaci non appropriati*

Farmaci essenziali	Farmaci: considerare interruzione	Farmaci non appropriati
Analgesici	Steroidi	Antipertensivi
Sedativi	Ipoglicemizzanti	Lassativi
Antiemetici	Diuretici	Ferro vitamine
Ansiolitici	Antiepilettici	Antibiotici
Anticolinergici	Antiaritmici	Anticoagulanti



Rimodulazione della terapia

PREFERENZA ALLA VIA SOTTOCUTANEA

VANTAGGI:

- **Poco disagevole per il paziente**
- **Garantisce concentrazioni ematiche costanti**
- **Maggior controllo dei sintomi**
- **Facile utilizzo**
- **Economica**

- ✓ **Difficoltà ad assumere farmaci per via orale**
- ✓ **Disagio per la somministrazione della terapia infusionale (mancanza accessi vascolari….. posizione….)**

Rimodulazione della terapia

PREFERENZA ALLA VIA SOTTOCUTANEA:

INDICAZIONI:

Nausea e vomito persistenti

Disfagia

Incapacità impossibilità ad assumere terapia orale

Malassorbimento

Occlusione intestinale

CONTROINDICAZIONI:

< tessuto sottocutaneo

Anasarca

Intolleranza

Idratazione al termine dalla vita

La maggior parte dei pazienti morenti smette di bere

La sete e la bocca asciutta sono sintomi poco frequenti e controllabili con la cura del cavo orale

Prescrizione “difensiva”…..per “continuare a fare qualcosa”

- >rantolo
- > edemi periferici
- >versamenti (pleurico ascitico)

Disidratazione > delirium ????

In pratica: Gestione della terapia

ULSS 8 veneto

Regione del Veneto - **AZIENDA U.L.SS. N. 8 ASOLO**
ospedale di Castelfranco Veneto e Montebelluna
dipartimento medicina clinica – sede di Castelfranco Veneto
unità operativa medicina interna – direttore: dott. Luigi Lusiani

P

	DATA						
	ORA	4	8	12	16	20	24
DOLORE							
a.b.							
AGITAZIONE							
a.b.							
SECREZIONI RESPIRATORIE							
a.b.							
NAUSEA/VOMITO/OCCLUSIONE							
a.b.							
DISPNEA							
a.b.							
ALTRO							
LIQUIDI							

Gestione della terapia

linee guida inserite in cartella
conversione in terapia sottocutanea
terapia basale e al bisogno

Aggiornamento giornaliero del dosaggio

accurata somministrazione
mantenimento accesso vascolare
verifica efficacia

Valutazione ogni 4 ore

Obiettivo: controllo ottimale dei sintomi

Regione del Veneto - **AZIENDA U.L.S.S. N. 8 ASOLO**
ospedale di Castelfranco Veneto e Montebelluna
dipartimento medicina clinica – sede di Castelfranco Veneto
unità operativa medicina interna – direttore: dott. Luigi Lusiani

Paziente ___

*Registrare "**S**" = sì (obiettivo raggiunto) o "**V**" = variante (in tal caso registrare la variante riportandone il motivo nella tavola apposita*

DATA												
ORA	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24
DOLORE: ***il p. non ha dolore*** - valutazione verbale se cosciente - non dolore al movimento - considerare riposizionamento	S	V										
AGITAZIONE: ***il p. non è agitato*** - non delirio, angoscia, irrequietezza - escludere ritenzione urinaria - considerare riposizionamento	S											
SECREZIONI RESPIRATORIE: ***il p. non è disturbato da secrezioni*** - trattare tempestivamente - discutere del sintomo con i familiari	S											
NAUSEA E VOMITO: ***il p. non ha nausea/vomito*** - valutazione verbale se cosciente												
DISPNEA: ***il p. non ha dispnea*** - valutazione verbale se cosciente - considerare riposizionamento												
ALTRI SINTOMI (edema, prurito, sudorazione, etc.): ***il p. non ha altri sintomi***												
IGIENE ORALE: ***cavo orale umido e pulito*** - valutazione ogni 4 ore - coinvolgimento assistenza												
FUNZIONI URINARIE: ***benessere*** - CV se ritenzione - CV o pannolone se incontinenza												
CONTROLLO TERAPIA: ***accuratezza e sicurezza*** - controllo effettiva somministrazione												
FUNZIONI INTESTINALI: ***il p. non è disturbato da stipsi/diarrea***												
MOBILITA'/DECUBITI: ***benessere*** - valutare integrità cute, necessità materasso antidecubito, riposizionamento catetere, igiene personale												
SUPPORTO PSICOLOGICO: **Paziente:** ***il p. è consapevole (se cosciente)*** - continua informazione sulle pratiche assistenz. **Famiglia:** ***serenità e accettazione*** - verificare comprensione e consapevolezza - illustrare le misure adottate - spiegare attuale irrilevanza alimentazione - considerare aspetti psicologici e sociali												
SUPPORTO RELIGIOSO/SPIRITUALE: ***viene offerto quanto appropriato***												
SUPPORTO ALLA FAMIGLIA: ***i bisogni sono soddisfatti*** - considerare necessità, - Ilustrare agevolazioni disponibili												

Valutazione ogni 4 ore

Valutazione ogni 12 ore

Fondazione Sue Ryder Onlus

Paziente _____

DIARIO CLINICO - TAVOLA DELLE VARIANTI

DATA	ORA		FIRMA
8.10.10	**9.00**	VARIANTI INIZIALI **Non attuato conversione terapia sottocutanea per presenza CVC posizionato il 30.09.2010 lasciato in sede**	**LL**
9.10.10	**8.00**	VARIANTE **Dolore NRS 8**	**BC**
	8.00	AZIONE **Morfina 5 mg s.c.**	**BC**
	9.00	ESITO **Dolore NRS 3**	**BC**
	11	VARIANTE **La figlia pur riconoscendo il credo del padre, non sa se chiamare il sacerdote perché teme che il papà capisca che sta per morire.**	**BM**
		AZIONE **Discusso con la figlia su ciò che è importante per il padre, proposto di chiedere a lui cosa vuole, il paziente serenamente esprime il desiderio di vedere il proprio parroco**	**BM**
	13	ESITO **Il paziente ha ricevuto il sacerdote, la figlia è più serena**	**BM**

Rimodulazione….degli interventi diagnostici

Sospensione di indagini inadeguate

Perché sospendere?

La Forza Della Mente - collegamento.lnk

da 48.49 a 49

Obiettivi

compila medico

Obiettivo 3a: sospensione procedure mediche inappropriate

Esami ematochimici	si	no		Antibiotici	si	no
Idratazione/terapia e.v. al minimo	si	no		Disattivazione dei monitor	si	no
Preferenze di paziente/famiglia circa il "non rianimare" identificate					si	no

Firma del medico: Data Ora

compila infermiere

Obiettivo 3b: sospensione procedure infermieristiche inappropriate

Mobilizzazione di routine	si	no	Rilevazione dei segni vitali	si	no
Controllo pompa-siringa ogni 6 ore come da prescrizione medica				si	no

Firma infermiere Data Ora

Rimodulazione….degli interventi diagnostici

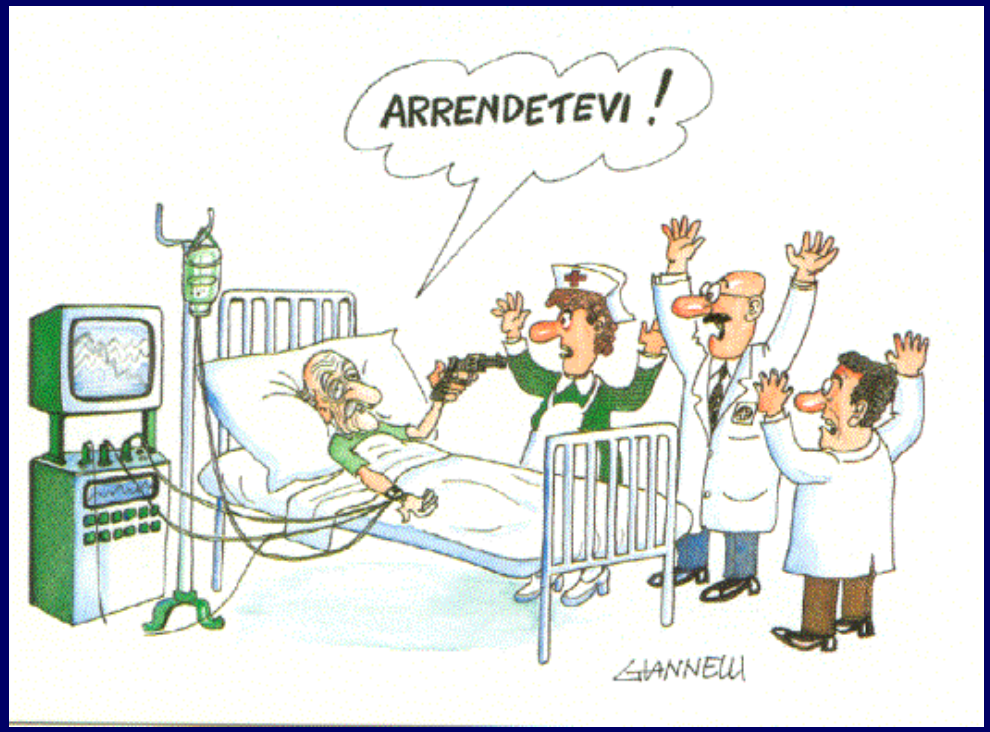
Sospensione di indagini inadeguate

Perché sospendere?

Inutile fonte di disagio

Identificazione della volontà a non essere rianimato

COMUNICAZIONE
RELAZIONE



Direttive anticipate

Principio di autodeterminazione	Deontologia professionale

Vuoto normativo

- ✓**Rispettare le volontà della persona**
- ✓**Identificare una persona di fiducia che rappresenti la persona incapace**
- ✓**Ridurre il rischio di trattamenti “in difetto o in eccesso”**
- ✓**Ridurre il peso emotivo delle decisioni che gravano sui familiari**
- ✓**Prevenire conflitti decisionali tra familiari e tra familiari e curanti**

Rimodulazione degli interventi infermieristici

La Forza Della Mente - collegamento.lnk

da 115 a 118,5

Rimodulazione….degli interventi infermieristici

La pianificazione assistenziale

1. Rilevazione dei parametri vitali
2. Integrità cutanea e gestione delle LDD
3. Cura della persona e del cavo orale
4. Problemi urinari
5. Problemi intestinali
6. Gestione e la somministrazione della terapia

Valutazione continua ogni 4 - 12 ore

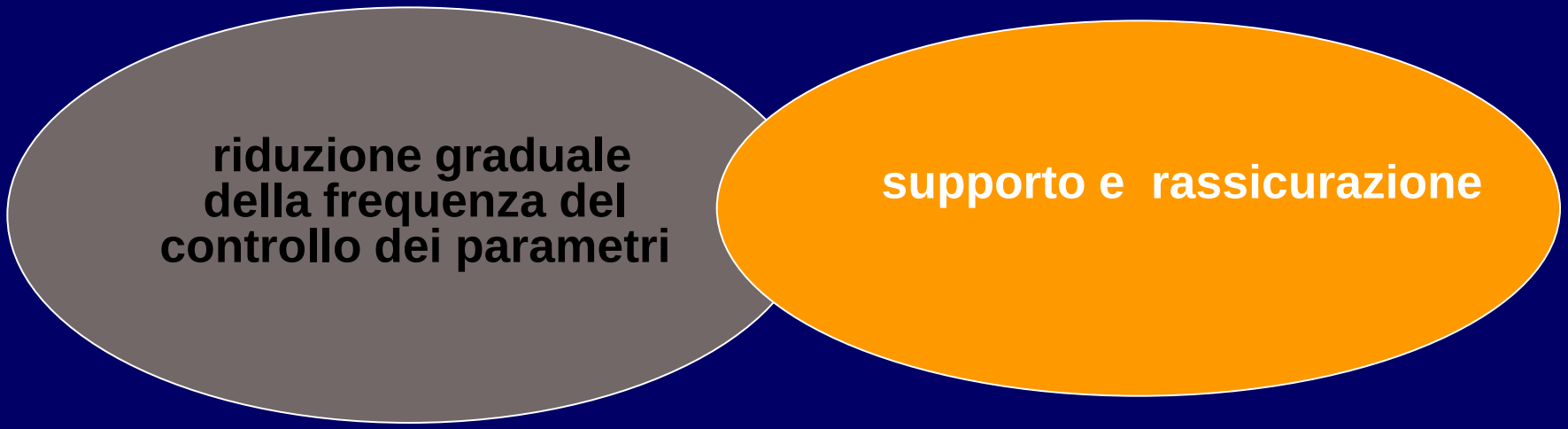
La rilevazione dei parametri vitali

FARE

- false speranze o aspettative
- sofferenza e il disagio

NON FARE

- senso di abbandono



Obiettivi : confort del paziente – serenità e accettazione dei familiari

Diagnosi infermieristica: Compromissione dell'integrità cutanea

- valutare il rischio di LDD (Norton)
- posizionare presidi antidecubito
- non mobilizzare di routine
- rispettare la posizione del paziente
- curare l'igiene cutanea
- aumentare l'intervallo di medicazione
- medicazioni a-traumatiche
- attenzione all'odore : (metronidazolo gel / argento)

rassicurare
e coinvolgere i familiari
nella cura del proprio caro

Obiettivi:
confort del paziente - assenza di dolore - serenità e accettazione dei familiari

Valutazione : ogni 12 ore

Diagnosi infermieristica:
Alterazione della mucosa del cavo orale

Obiettivi
confort del paziente - assenza di dolore - serenità e accettazione dei familiari

Valutazione : ogni 4 ore

Diagnosi infermieristica:
Alterato modello di eliminazione urinaria

pannolone o traversa
uro condom
ricorrere al CV solo se globo sintomatico
usare CV di piccolo calibro

rassicurare i familiari circa la normalità della riduzione della diuresi

Obiettivi:confort del paziente - assenza di globo sintomatico
serenità e accettazione dei familiari

Valutazione : ogni 4 ore

Diagnosi infermieristica: stispi / diarrea

esplorazione rettale solo se sintomatico

traverse o pannoloni VS padella

farmaci ad azione costipante

igiene perineale

igiene delle mani

areazione della stanza

rassicurare i familiari circa la normalità della riduzione dell'alvo

coinvolgere i familiari nella cura del proprio caro

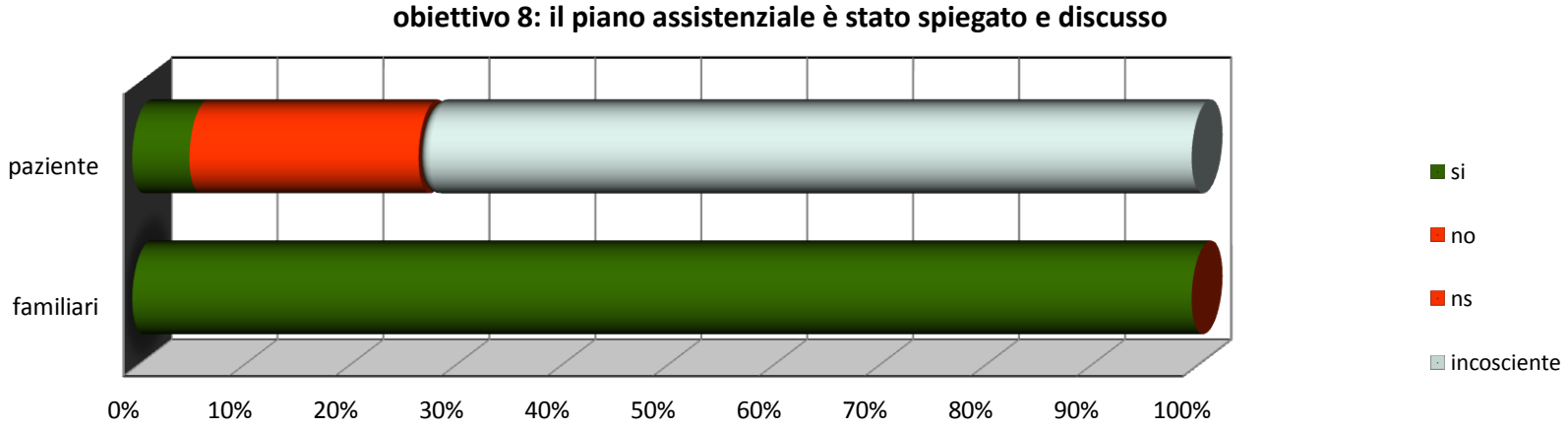
obiettivi :confort del paziente - assenza di sintomi- accettazione dei familiari

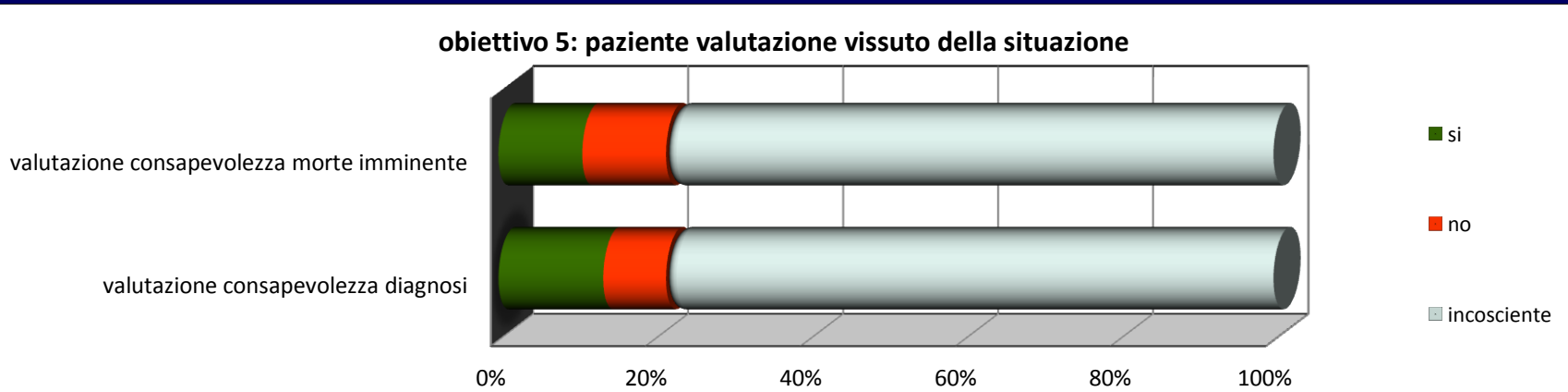
Valutazione ogni 12 ore

Obiettivi

ASPETTI PSICOLOGICI E RELAZIONALI									
ASPETTI PSICOLOGICI E CONSAPEVOLEZZA	**Obiettivo 4: abilità di comunicazione adeguata in italiano**								
	familiare/altro	si	no		paziente	si	no	incosciente	
	Obiettivo 5: valutazione del vissuto della situazione (consapevolezza)								
	della diagnosi :	familiare/altro	si	no	paziente	si	no	incosciente	
	della morte imminente:	familiare/altro	si	no	paziente	si	no	incosciente	
COMUNICAZIONE CON LA FAMIGLIA/ALTRI	**Obiettivo 6: i familiari desiderano essere informati del decesso imminente (modalità prescelte)**								
	in qualsiasi momento		non di notte		durante permanenza in ospedale				
	Contatto principale:		(grado parentela:)		Tel.				
	Contatto secondario:		(grado parentela:)		Tel.				
COMUNICAZIONE CON IL MMG	**Obiettivo 7: il MMG è consapevole delle condizioni del paziente**								
	Il MMG viene informato (anche con messaggio alla segreteria)				si	no			
RIEPILOGO	**Obiettivo 8: Piano assistenziale spiegato e discusso con**								
	familiare/altro	si	no		paziente	si	no	incosciente	
Se si registra "NO" in qualsiasi item, riportare la variante nella apposita tavola.									
Firma operatore sanitario Qualifica.....									

La comunicazione: risultati





La comunicazione

paziente **familiari**

comunicazione

equipe

La comunicazione

Cosa vuole il paziente

- ✓**Essere informato in merito alla propria malattia anche se non tutti necessitano di informazioni dettagliate (Hagerty et al 2004)**
- ✓**Avere una comunicazione personalizzata e graduale in base alle proprie capacità di comprensione ed emotività (Hancock et al 2007)**
- ✓**Avere informazioni oneste e veritiere nel rispetto dei propri tempi e volontà (Dowsett et al 2000)**

Cosa fa il curante

- ✓**E' reticente ad informare il paziente sulla situazione clinica e sui obiettivi della terapia**
- ✓**Pensa che il paziente non voglia sapere o non sia in grado di tollerare l'informazione**
- ✓**Asseconda la volontà dei familiari (Hancock et al 2007)**

Congiura del silenzio: rumore assordante della morte imminente

Salutiamoci

La Forza Della Mente - collegamento.lnk

"La conoscenza non ha valore se non la metti in pratica"

Heber J. Grant