

L'INFERMIERE NELLE CURE PALLIATIVE



**A cura di Vaiani Elisa, infermiera
presso l'Hospice Prato**



LE CURE PALLIATIVE

Le **cure palliative** sono state definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come

"...un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale".



Le cure palliative si propongono di **migliorare il più possibile la qualità di vita** sia per i pazienti che per le loro famiglie. Esse includono le cure legate alla sopravvivenza, il sollievo dai sintomi, fra cui il dolore, e la loro evoluzione; l'accompagnamento psicologico, familiare, sociale, esistenziale del paziente e di coloro che gli sono vicini.



L'Hospice di Prato (Hospice "Fiore di Primavera")



LE COMPETENZE DELL'INFERMIERE NELLE CURE PALLIATIVE



Le **competenze** che caratterizzano il Core Curriculum dell'Infermiere in Cure Palliative, elaborato nel 2013 in riferimento alle **linee guida dell'Associazione Europea per le Cure Palliative (EAPC)**, sono:

1. **competenze etiche:** finalizzate alla comprensione delle situazioni cliniche difficili dell'assistenza con sensibilità ed attenzione, in modo globale, tollerante e non giudicante;
2. **competenze cliniche:** appropriati interventi di valutazione e trattamento dei sintomi della fase avanzata di malattia in ogni patologia evolutiva, nel rispetto della proporzionalità e della rimodulazione delle cure;
3. **competenze comunicative e relazionali:** finalizzate ad un'assistenza rispettosa dell'unicità del paziente, della sua dignità e volontà;
4. **competenze psicosociali:** per un'assistenza attenta ed efficace alla globalità dei bisogni, espressi e non;
5. **competenze di lavoro in équipe:** per un approccio integrato alla gestione dei problemi assistenziali.



IL CODICE DEONTOLOGICO INFERMIERISTICO



○ *Articolo 34*

L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

○ *Articolo 35*

L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.



Le cure palliative cercano di rispondere a **bisogni** specifici (**fisici, psico-affettivi, spirituali e familiari**), valutati a partire dalla persona colpita da grave malattia.



BISOGNI FISICI

Per stabilire il piano di cura più adeguato per il paziente, è tappa fondamentale la **ricerca e la valutazione dei diversi sintomi di disagio** di cui soffre il paziente.

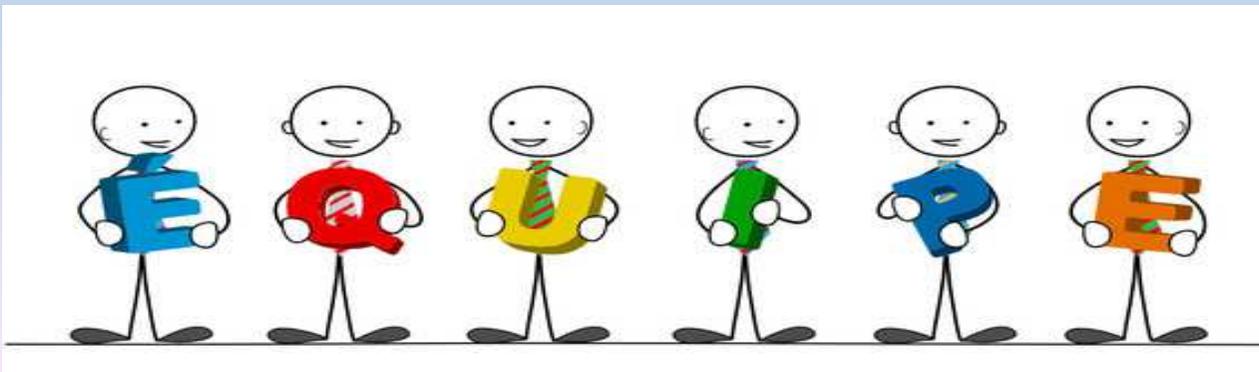
E' necessario quindi **precisare la causa di tali sintomi**, che possono essere in rapporto con la **progressione della malattia, i trattamenti curativi o palliativi** ma anche **un'altra patologia**.



La valutazione del dolore e degli altri sintomi riferiti dal paziente **deve essere sistematica**.

L'infermiera, con la presenza, il suo ascolto, le sue competenze e la sua conoscenza del paziente può rilevare, nel quotidiano, ogni cambiamento e aiutare ad identificare i problemi di salute del paziente.

In questo processo, l'orientamento a cure di qualità personalizzate e rassicuranti è il **frutto del lavoro di équipe**.





IL DOLORE

Secondo la definizione della IASP (International Association for the Study of Pain - 1986) e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il dolore «è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno».



Gli strumenti di **valutazione dell'intensità** del dolore più frequentemente utilizzati sono:

1. **la Scala Visuale Analogica (VAS);**
2. **la Scala Verbale (VRS);**
3. **la Scala Numerica (NRS).**



SCALA ANALOGICA VISIVA

Indichi con una crocetta su questa scala da 0 a 10 quanto è forte il Suo dolore



A) scala di valutazione numerica (NRS)

Scala Unidimensionale



VANTAGGI:

- Praticità: uso verbale, nessun supporto cartaceo
- N°di intervalli maggiori della VRS
- Ottimo utilizzo per via telefonica (in assistenza domiciliare)

SVANTAGGI:

- Difficoltà a ridurre la sensazione dolorosa in numero
- N°di intervalli minori rispetto alla VAS



Altre scale di valutazione utilizzate sono, ad esempio, la **Brief Pain Inventory** (BPI), che permette al paziente di indicare l'intensità del dolore e il grado di interferenza con le comuni sensazioni e funzioni e la **PAINAD**.

La scala **PAINAD** può essere utile per valutare il dolore nel paziente **con disturbi cognitivi**. Tale scala si basa su indicatori di comportamento specifici quali l'espressione facciale, la postura, le vocalizzazioni.

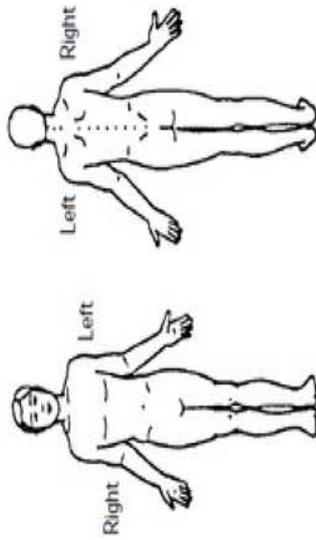


Date: ____ / ____ / ____ Time: ____
 Name: ____ Last ____ First ____ Middle initial ____

1) Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?

1. Yes 2. No

2) On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **worst** in the past 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No Pain as bad as you can imagine pain

4) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **least** in the past 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No Pain as bad as you can imagine pain

5) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on **average**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No Pain as bad as you can imagine pain

6) Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have **right now**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No Pain as bad as you can imagine pain

7) What treatments or medications are you receiving for your pain?

8) In the past 24 hours, how much **relief** have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that most shows how much relief you have received.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
 No relief Complete relief

9) Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, pain has **interfered** with you:

A. General activity
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

B. Mood
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

C. Walking ability
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

D. Normal work (includes both work outside the home and housework)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

E. Relations with other people
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

F. Sleep
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

G. Enjoyment of life
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

Breathing, independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation.	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-stokes respirations.
Negative vocalization	None	Occasional moan or groan. Low level speech with a negative or disapproving quality.	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying.
Facial expression	Smiling, or inexpressive	Sad. Frightened. Frown.	Facial grimacing.
Body language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting.	Rigid. Fists clenched, Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out.
Consolability	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch.	Unable to console, distract, or reassure.
TOTAL:			



SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI OPPIACEI



- La via orale è la via somministrazione di prima scelta;
- La via sottocutanea è preferenziale dopo la via orale;
- La via endovenosa è preferenziale in caso di sistema impiantabile.



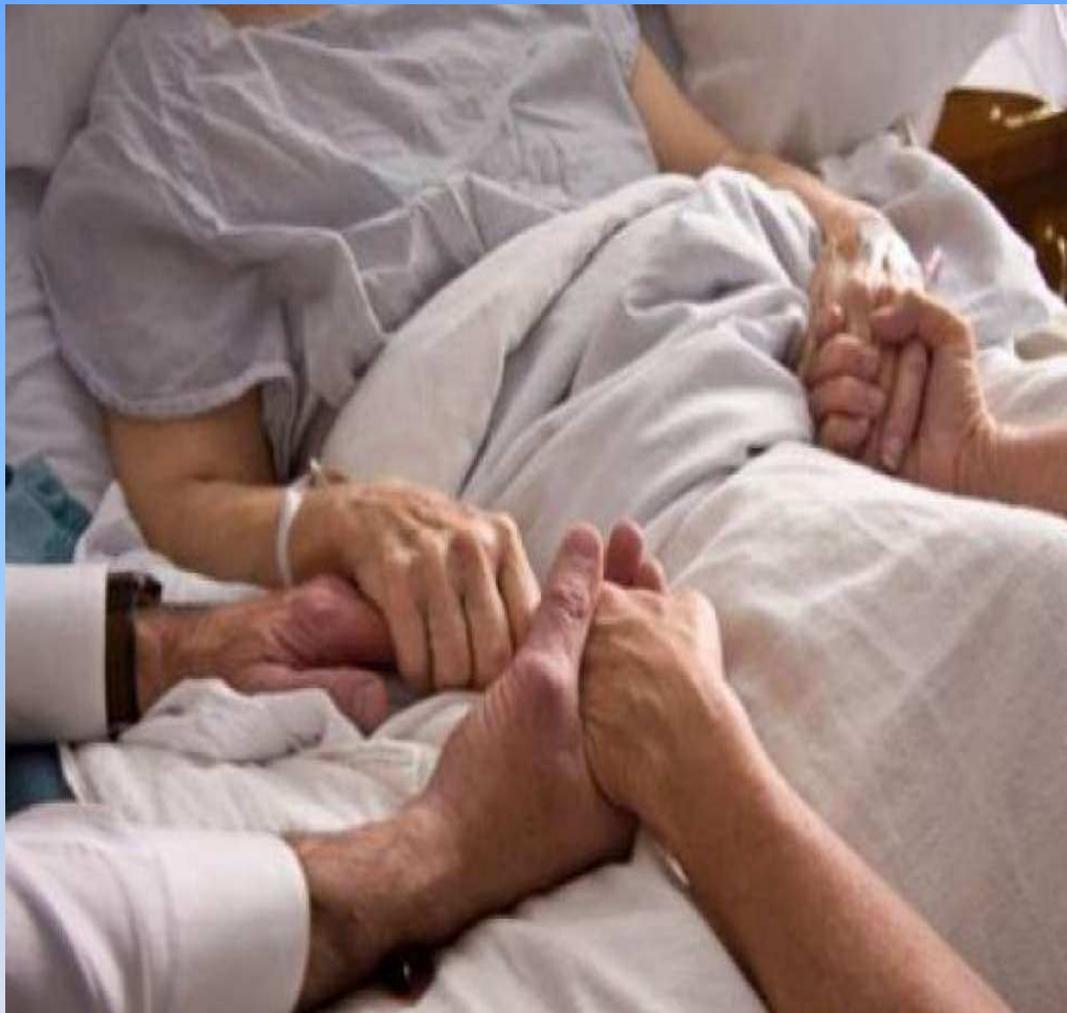
Oltre al dolore, **i sintomi più riscontrati** nei pazienti presi in carico nelle cure palliative sono la **stipsi, la nausea, l'astenia e l'anorexia.**



LA SEDAZIONE PALLIATIVA

Con il termine “**sedazione palliativa**”, si definisce 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**.





La sedazione
palliativa
viene
intrapresa a
seguito di un
**processo
decisionale**
che coinvolge
l'équipe
curante, il
paziente (se
possibile) e i
suoi familiari.



I sintomi più frequentemente riportati come refrattari nella fase terminale sono:

- Dispnea;
- Delirium;
- Irrequietezza psico-motoria;
- Nausea e vomito incoercibile (come in caso di occlusione intestinale);
- Dolore;
- Distress psicologico o esistenziale.



SCALA DI RUDKIN (GRADO DI SEDAZIONE):

- I grado: Paziente sveglio e orientato;
- II grado: Paziente sonnolente, ma risvegliabile;
- III grado: Paziente ad occhi chiusi, ma risvegliabile alla chiamata;
- IV grado: Paziente con occhi chiusi, ma risvegliabile con stimolo tattile;
- V grado: Paziente ad occhi chiusi non rispondente a stimolo tattile.



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
5. Occhi chiusi non rispondente ad uno stimolo tattile

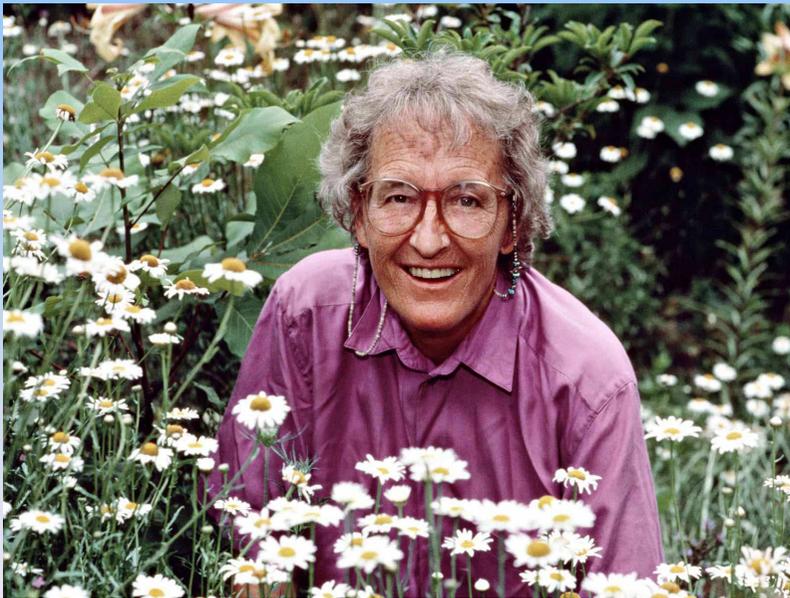
Rudkin GE, Osborne GA, Curtin NJ. Intra-operative patient-controlled sedation. *Anesthesia* 1991; 46:90-92

BISOGNI PSICO-AFFETTIVI

Il **paziente grave** è **prima di tutto una persona**: è un uomo che ha una storia, una vita, dei legami con altri luoghi, altre persone. Improvvisamente, si trova di fronte alla malattia grave, alla diagnosi soprattutto. Dopo lo shock dell'annuncio, si difenderà grazie ai propri **meccanismi di difesa**, adotterà strategie che hanno dimostrato la loro efficacia in altre circostanze. A volte sarà spinto a riorganizzare la propria vita, modificare alcune scelte e a rivalutare il proprio sistema di valori.



Elisabeth Kübler-Ross, psichiatra svizzera, elabora nel 1970 un “**modello a cinque fasi**”, che permette di capire le dinamiche mentali più comuni della persona cui si è diagnosticata una malattia terminale. È un **modello a fasi, e non a stadi**. Le fasi possono alternarsi e ripresentarsi più volte, con varia intensità e senza un ordine preciso: le emozioni non seguono regole ma, come si manifestano, così svaniscono, magari miste e sovrapposte.



LE CINQUE FASI DELL'ELABORAZIONE DEL LUTTO

❖ *Fase della negazione o del rifiuto.*

In questa fase il paziente usa come **meccanismo di difesa il rigetto dell'esame di realtà**, e ritiene impossibile avere quella malattia. Il rifiuto psicotico della verità sul suo stato di salute può essere utile al malato per proteggerlo dall'eccessiva ansia di morte e per prendersi il tempo necessario a organizzarsi. Con il progredire della malattia, tale difesa diventa sempre più debole, a meno che non s'irrigidisca toccando livelli ancor più psicopatologici;



❖ *Fase della rabbia.*

Incominciano a manifestarsi emozioni forti quali rabbia e paura, che esplodono in tutte le direzioni, investendo i familiari, il personale ospedaliero, Dio. Una tipica domanda è **“Perché proprio a me?”**. È una fase molto delicata dell'iter psicologico e relazionale del paziente. Rappresenta un momento critico che può essere sia il momento di massima richiesta di aiuto, ma anche il momento del rifiuto, della chiusura e del ritiro in sé;



❖ *Fase della contrattazione o del patteggiamento.*

La persona comincia a verificare cosa può fare e in quali progetti può investire la speranza, cominciando **una specie di negoziato** che, a seconda dei valori personali, si può instaurare con parenti e amici, o con figure religiose. “Se prendo le medicine, crede che potrò...”, “Se guarisco, poi farò...”.

La persona riprende il controllo della sua vita e cerca di riparare il riparabile;



❖ *Fase della depressione.*

Il paziente comincia a prendere consapevolezza delle perdite che sta subendo o sta per subire. Di solito si manifesta quando la malattia progredisce e il livello di sofferenza aumenta. In questa fase della malattia la persona non può più negare la sua condizione di salute e comincia a prendere coscienza che la ribellione non è possibile, per cui la negazione e la rabbia vengono sostituite da un forte senso di sconfitta. **Quanto maggiore è la sensazione dell'imminenza della morte, tanto più probabile è che la persona viva fasi di depressione;**



❖ *Fase dell'accettazione.*

Quando il paziente ha avuto modo di elaborare quanto sta succedendo intorno a lui, arriva a un'accettazione della propria condizione e a una consapevolezza di quanto sta per accadere; durante questa fase possono sempre e comunque essere presenti livelli di rabbia e depressione, che però sono di intensità moderata.

In questa fase il paziente tende a essere silenzioso e a raccogliersi, inoltre sono frequenti momenti di profonda comunicazione con i familiari e con le persone che gli sono accanto. **È il momento dei saluti e della restituzione a chi è stato vicino al paziente.** È il momento del “testamento” e della sistemazione di quanto può essere sistemato, in cui si prende cura dei propri “oggetti”.

La fase dell'accettazione non coincide necessariamente con lo stadio terminale della malattia o con la fase pre-morte, momenti in cui i pazienti possono comunque sperimentare diniego, ribellione o depressione.



- - **BISOGNI SPIRITUALI;**
- - **BISOGNI FAMILIARI E SOCIALI.**





GRAZIE PER LA

VOSTRA

ATTENZIONE!!!

