

# Etica della prassi medica in oncologia

Carmelo Bengala

Dipartimento di Oncologia, Ematologia e Malattie dell'Apparato Respiratorio  
Università di Modena e Reggio Emilia

**Modena, 17 Novembre, 2010**

# Peculiarità della patologia neoplastica

- Trasformazione cellulare: mutazioni genotipiche e fenotipiche
- Proliferazione: malattia evolutiva
- Metastatizzazione: malattia sistemica
- Approccio terapeutico multidisciplinare, complesso, tossico



# Peculiarità del paziente oncologico

VULNERABILITA'

# Dichiarazione di Barcellona (2005-2009)

- Autonomia: capacità di creare idee e perseguire fini, elaborare intuizioni morali, avere il senso della propria vita privata, riflettere ed agire senza coercizione, assumere una responsabilità personale
- Dignità: proprietà in virtù della quale gli esseri possiedono uno statuto morale
- Integrità: rispetto del diritto soggettivo, per la percezione singolare di ciascun paziente nei confronti della sua malattia e della pertinenza delle cure proposte
- Vulnerabilità: situazione di particolare debolezza e fragilità, di soggetti che per età e condizione patologica necessitano di una protezione particolare

Vulnerabilità



Etica della cura

# Etica del percorso oncologico

- Etica della Comunicazione
  - Diagnosi
  - Terapia
  - Prognosi
- Etica della cura ed assistenza
- Etica della ricerca
- Etica delle cure palliative nella fase pre- e terminale della vita

# Etica della comunicazione

Non esiste un modo di informare uguale per tutti i pazienti

- Ascolto del paziente
- Verità nell'informazione
- Speranza nella prospettiva

# Ascolto del paziente

- Capire il grado di comprensione del paziente
- Capire quello che il paziente pensa di sapere della sua malattia
- Capire cosa il paziente vuole sapere
- Capire le istanze del paziente

# Verità dell'informazione: diagnosi

- Il paziente deve essere informato sulla diagnosi
- Il linguaggio è fondamentale in questa fase
  - Non tutti i tumori sono uguali
  - Esistono stadi diversi di malattia
  - Esistono caratteristiche biologiche diverse

# Verità dell'informazione: terapia

- Il paziente deve essere informato sulle procedure terapeutiche
  - Durata
  - Rischi
  - Impatto sulla vita di tutti i giorni
- Occorre stabilire una alleanza terapeutica con il paziente
  - Consenso informato al trattamento
- Serve spesso per richiamare l'attenzione del paziente spostandola dalla malattia e dalla sua prognosi

# Verità dell'informazione: prognosi

- E' la parte più difficile nella comunicazione
- Implica una profonda conoscenza della patologia
- La parola “guarigione” in oncologia non esiste
- Va comunicata per gradi e modulata sulle reali possibilità di trattamento
  - Tolleranza al trattamento
  - Risposta al trattamento
  - Benefici a medio termine
  - Benefici a lungo termine

# Comunicare la prognosi

- L'oncologo deve implementare e coltivare la sua abilità a comunicare notizie dolorosa: è un arte
- Questa abilità richiede un percorso interiore per avere tempo e coraggio di rispondere ai quesiti fondamentali del paziente sulla sua esistenza, il suo vissuto
- Questa capacità permette di porsi come uomo di fronte ad un altro uomo bisognoso di aiuto al quale deve offrire prima di tutto solidarietà umana e garanzia di non lasciarlo solo
- Esistono difficoltà oggettive per formulare la prognosi e l'esperienza insegna che ogni stima può rivelarsi sbagliata

# La domanda più cruciale

- Dottore quanto tempo ho da vivere ?
- Nessuno ha la sfera magica, non siamo indovini o cartomanti e soprattutto non è etico esprimere giudizi sulla durata della vita. Inoltre ci si sbaglia sempre!!!
- Possiamo dare degli ordini di grandezza: mesi, anni

# Comunicazione: i due punti di riferimento

- Speranza
- Verità

# Etica del percorso oncologico

- Etica della Comunicazione
  - Diagnosi
  - Terapia
  - Prognosi
- Etica della cura ed assistenza
- Etica della ricerca
- Etica delle cure palliative nella fase pre- e terminale della vita

# Etica della cura ed assistenza

- Fase della prevenzione (indicazione sugli stili di vita e screening)
- Fase della cura: organizzazione, umanità

# Medico-Paziente: una relazione asimmetrica

- Volontà del paziente a non conoscere tutte le informazioni
- Possibilità di una reale percezione e consapevolezza del paziente
- Stato di bisogno e soggezione fisica e psicologica

COSA FARE ?

# Alleanza decisionale

- Autentica capacità di relazione con il paziente
- Empatia
- Rispetto dei tempi e gradualità della comunicazione
- Promuovere il dialogo in cui la reciproca autonomia tende ad una partecipazione al programma terapeutico
- Tenere conto delle inclinazioni, bisogni e scelte personali del paziente in ordine allo stato di benessere e qualità di vita
- Aiutare il paziente a capire può significare aiutarlo a riconoscere dignità a se stesso

L'alleanza decisionale trova il migliore assetto non tanto nell'informazione quanto nella comunicazione

# Alleanza decisionale

- L'alleanza decisionale deve essere mantenuta anche nel caso estremo nel quale il paziente rifiuti la terapia e da questo possa derivarne la morte
- Il rispetto di questa drammatica scelta non deve comportare l'abbandono del paziente
- Le figure professionali coinvolte devono essere per il paziente e per la sua famiglia costante e partecipe fonte di speranza e di sollievo

# Fondamenti del Consenso informato al trattamento

- Riconoscimento del rispetto della persona : tutela della centralità e della soggettività della persona umana
- Principio dell'autonomia: primato dell'essere umano rispetto alle violazioni dei fondamentali diritti umani anche in nome della scienza e del progresso (Codice di Norimberga)
- Ruolo prioritario della libertà personale contiguo e connesso con il diritto alla vita ed alla integrità fisica (Costituzione Italiana)

# Costituzione Italiana

- La libertà della persona è inviolabile: diritto di autodeterminazione
- Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se no per disposizioni di legge: diritto di essere curato ma anche di essere informato sulle cure proposte ed alternative

OBIETTIVO



Garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente

# L'alibi del consenso informato

- Il consenso informato non è un alibi per l'oncologo medico
- Non sono i pazienti a dover rifiutare ma sono i medici ad assumersi la responsabilità di proporre l'esame diagnostico o la terapia più indicata/appropriata per i loro pazienti
- I pazienti si aspettano che i medici propongano la scelta migliore nell'interesse dello stesso paziente

# Dall'alleanza decisionale alla alleanza terapeutica

Modello del paternalismo medico	Alleanza terapeutica	Modello contrattuale
Il medico prescrive comportamenti per i pazienti, familiari ed altre professioni sanitarie. Centralità del medico che sceglie in scienza e coscienza cosa è meglio	Ricerca comune del bene del malato attraverso la relazione	Il rapporto tra curanti e paziente è regolato da clausole che il paziente pretende vengano rispettate (modello anglosassone)

# Patto di cura

- Paziente

- Descrive la sua sofferenza
- Porta la sua richiesta di salute
- Promette di osservare il protocollo di trattamento proposto

- Medico

- Accettazione del malato
- Formulazione di una diagnosi
- Prescrizione di una terapia
- promessa di seguire il paziente

# Alleanza Terapeutica

- Interpretare la libertà decisionale del paziente come elemento di cura senza prevaricazione o conflittualità educandoci al dialogo
- Una scelta terapeutica condivisa modifica i livelli di responsabilità e riequilibra la relazione tra i curanti ed il paziente
- Una scelta terapeutica condivisa impone agli operatori un corretto approccio sotto il profilo clinico-scientifico
- Una scelta terapeutica condivisa impone una presa in carico (prendersi cura)

# Alleanza Terapeutica

Prendersi cura  Progetto di cura

# I soggetti della cura

- Curanti
  - Il medico
  - L'infermiere
  - L'amministratore
  - L'industria farmaceutica
- Curati
  - I pazienti
- Aiutano a curare
  - La famiglia

# Il medico

- La formazione
- Medicina tecnologica e bio-tecnologica
- “Prendersi cura del paziente” è diverso dal “Curare una malattia”
- La continuità della cura (etica dell’accompagnamento)
- Le norme morali, deontologiche, giuridiche sono fatte per l’uomo e non viceversa (centralità della persona)

# Ma cosa è la buona medicina ?

	<b>Epoca pre-moderna Etica medica</b>	<b>Epoca moderna Bioetica</b>	<b>Epoca post-moderna Etica dell'organizzazione</b>
<b>La buona medicina</b>	Quale trattamento porta maggior beneficio al paziente?	Quale trattamento rispetta il malato nei suoi valori e nell'autonomia delle sue scelte?	Quale trattamento <b>ottimizza l'uso delle risorse</b> e produce un paziente-cliente soddisfatto?

**Sandro Spinsanti. Quale etica per la medicina?**

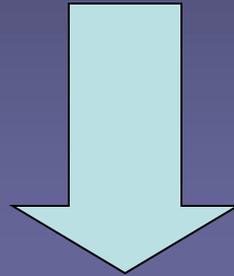
Manuale di Medical Humanities. A cura di Roberto Bucci. Zadigroma editore, Roma, 2006.

Dalla medicina basata sull'evidenza  
alla terapia personalizzata

# La “piramide” dell’EBM



# Terapia personalizzata



Dare il farmaco giusto al paziente  
giusto

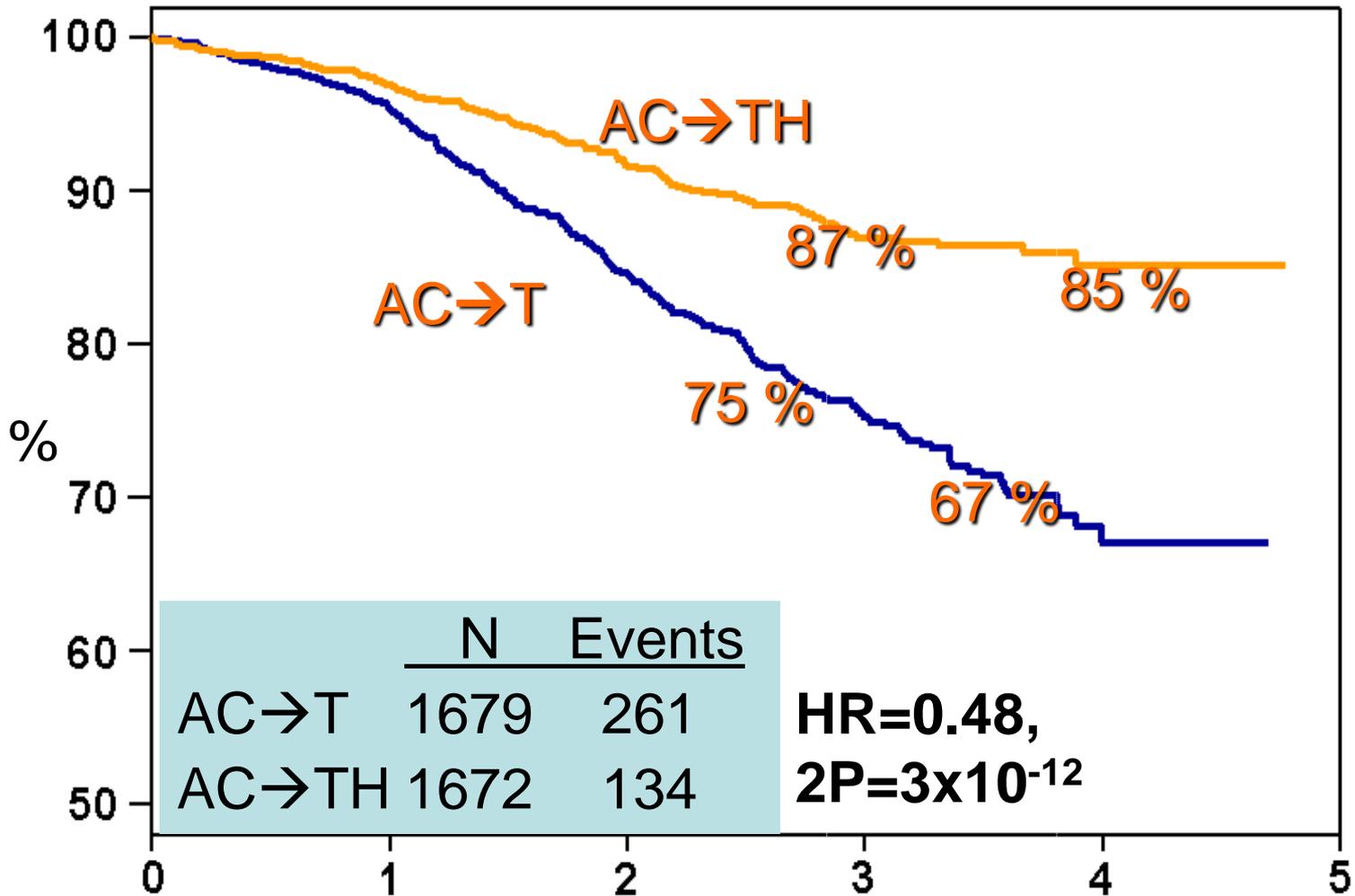
# Monoclonal antibodies in clinical development

Monoclonal antibody	Target
• Trastuzumab	HER-2
• Pertuzumab	HER-2
• Ertumaxomab	HER-2
• Cetuximab	EGFR-1
• Panitumumab	EGFR-1
• Nimotuzumab	EGFR-1
• Bevacizumab	VEGF
• Catumaxomab	EpCAM
• Adecatumumab	EpCAM
• Mapatumumab	TRAIL-R1
• Eculizumab	c5
• Apomab	DR5 agonist
• Volociximab	$\alpha 5\beta 1$ integrin
• Lumiliximab	CD23
• Tositumomab	CD20
• Alemtuzumab	CD52
• Galiximab	CD80
• Ipilimumab	CTL4

# Targeted agents in clinical development: small molecules

Molecule	Target/s
Erlotinib	EGFR-TK
Gefitinib	EGFR-TK
Neratinib	Pan-HER-TK
Bosutinib	Src
Everolimus	mTOR
Tensirolimus	mTOR
Cediranib	VEGFR
Vorinostat	HDAC
Panobinostat	HDAC
Tipifarnib	FTI
Crizotinib	ALK fusion oncogene
Lapatinib	EGFR1/2 TKI
Afatinib	EGFR1/2 TKI
Vandetanib	VEGFR, RET
Brivanib	VEGFR2, FGFR
Imatinib	BCR-ABL, c-KIT, PDGFR
Nilotinib	BCR-ABL, PDGFR, KIT, EPHB4
Motesanib	VEGFR, PDGFR, c-KIT, WT RET
Lestaurtanib	FLT3, JAK2, TKA, TKB, TKC
Sorafenib	VEGFR, PDGFR- $\beta$ , B-Raf, C-Raf, FLT3, RET
Sunitinib	VEGFR, PDGFR, c-KIT, FLT3, RET
Masitinib	c-KIT, PDGFR, FGFR3, FAK
Axitinib	VEGFR-1, -2, -3, PDGFR, c-KIT
Dasatinib	Src, BCR-ABL, c-Kit, PDGFR
Pazopanib	VEGFR123, c-Kit, PDGFR
Selaciclib	CDK2, CDK7, CDK9,

# Disease-Free Survival



B31/N9831

# L'amministratore: i problemi etici

- La garanzia dell'accesso al percorso oncologico: prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione
- Garanzia di una reale possibilità di scelta terapeutica da parte del paziente
- Garanzia della possibilità di scelta del luogo di cura (fasi avanzate della malattia)
- Corretta valutazione dei nuovi farmaci e nuove tecnologie
- Criteri per il finanziamento e lo sviluppo della ricerca
- Rischio che i tumori rari diventino patologie orfane
- Formazione degli operatori sanitari

# Criteria etici nelle scelte di allocazione delle risorse (American Medical Association)

- Probabilità del beneficio arrecato
- Impatto del trattamento nel migliorare la qualità di vita
- Durata del beneficio arrecato al malato
- Urgenza delle condizioni del paziente
- Rapporto tra le risorse richieste e riuscita del trattamento  
(in alcuni casi)

# Etica del percorso oncologico

- Etica della Comunicazione
  - Diagnosi
  - Terapia
  - Prognosi
- Etica della cura ed assistenza
- Etica della ricerca
- Etica delle cure palliative nella fase pre- e terminale della vita

# Etica della ricerca

- Studi clinici
  - Conflitto di interesse (ricerca sponsorizzata vs. ricerca indipendente)
  - Disegno dello studio ed Implicazioni etiche
  - Consenso informato
  - Ruolo dei Comitati etici
- Accesso ai nuovi farmaci nella fase pre-marketing
- Bio-banche
  - Tessuti
  - Campioni biologici
  - Cellule staminali

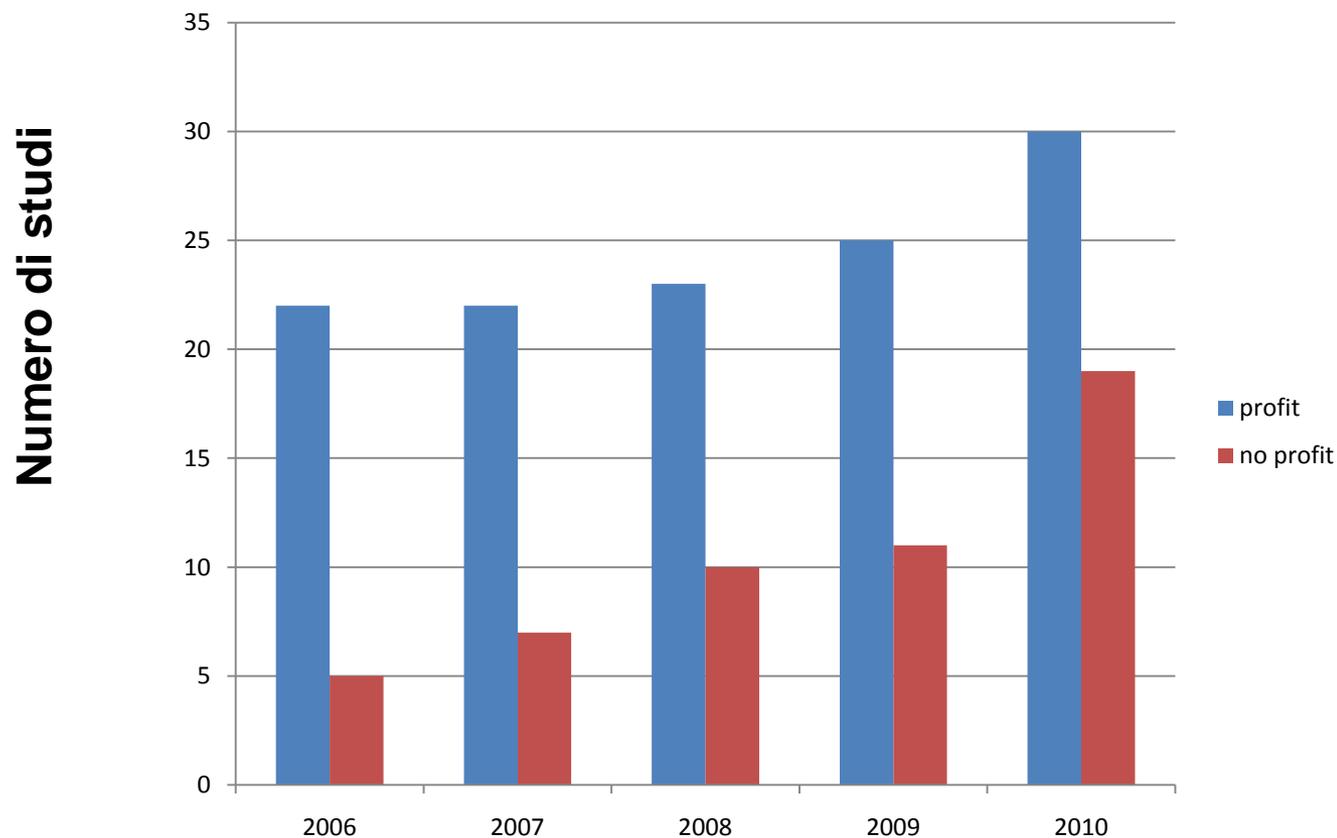
# Andamento degli studi profit e non profit registrati nell'OsSC dal 2000 al 2007

Anno	Profit		No profit		Totale	
	Studi	%	Studi	%	Studi	%
2000	460	82,7	96	17,3	556	100,0
2001	468	77,2	138	22,8	606	100,0
2002	402	72,3	154	27,7	556	100,0
2003	401	70,6	167	29,4	568	100,0
2004	434	70,5	182	29,5	616	100,0
2005	426	66,8	212	33,2	638	100,0
2006	473	63,5	272	36,5	745	100,0
2007	467	63,8	265	36,2	732	100,0
I sem. 2008	248	58,6	175	41,4	423	100,0
<b>Totale</b>	<b>3.779</b>	<b>69,5</b>	<b>1.661</b>	<b>30,5</b>	<b>5.440</b>	<b>100,0</b>

## Situazione del rapporto “profit/no profit” in regione Emilia Romagna (2008)

<b>Tipologia</b>	<b>Studi</b>	<b>%</b>	<b>% in Italia</b>	<b>Promotori</b>
Profit	1.675	77,8	69,5	214
No profit	477	22,2	30,5	118
<b>Totale</b>	<b>2.152</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>332</b>

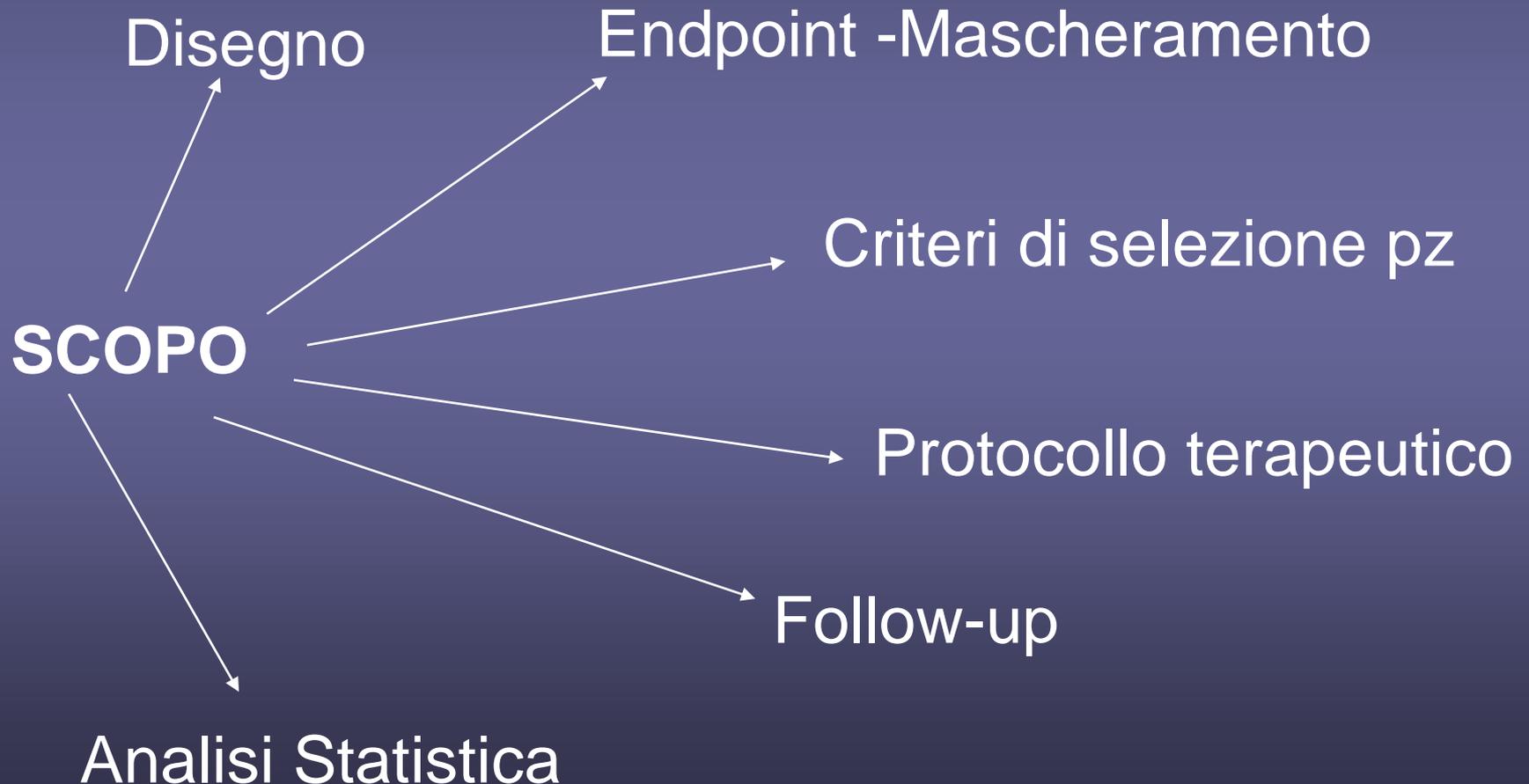
# Numero di studi “profit” e “ non profit” presso Divisione di Oncologia Medica, Policlinico, Modena



## Studi profit/no profit per classe terapeutica 2000-7

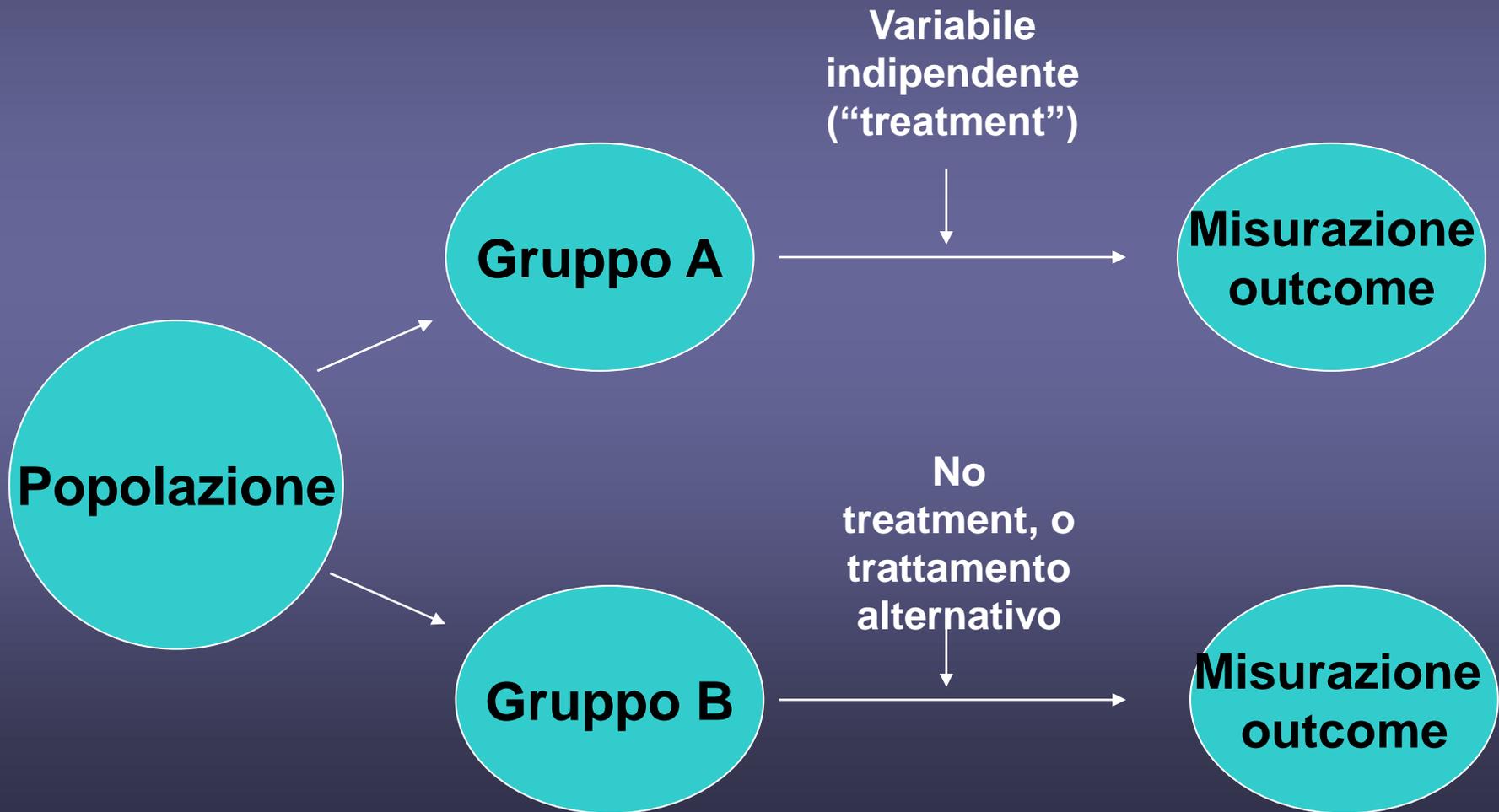
ATC (1° livello)		Profit		No profit		Totale	
		SC	%	SC	%	SC	%
	Antineoplastico e immunomodulatori	913	26,0	785	53,3	1698	34,1
	Sistema nervoso	456	13,0	126	8,6	582	11,7
	Antimicrobici	389	11,1	98	6,7	487	9,8
	Apparato gastrointestinale e metabolismo	345	9,8	60	4,1	405	8,1
	Sistema cardiovascolare	280	8,0	96	6,5	376	7,5
	Sangue e organi emopoietici	260	7,4	88	6,0	348	7,0
	Sistema muscolo-scheletrico	186	5,3	58	4,0	244	4,9
	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	157	4,5	21	1,4	178	3,6
	Sistema respiratorio	153	4,4	21	1,4	174	3,5
	Preparati ormonali sistemici, escl. ormoni sessuali	75	2,1	42	2,9	117	2,3
	<b>Totale</b>	<b>3.517</b>	<b>100,0</b>	<b>1.466</b>	<b>100,0</b>	<b>4.983</b>	<b>100,0</b>

L'aspetto più importante di uno studio e' il suo scopo primario



# Tipi fondamentali di studio

## Studio interventistico



# Clinical benefit end-points for the approval of cancer drugs and biologics

- Overall survival: (quantity of life)
- Symptom end-points (quality of life)

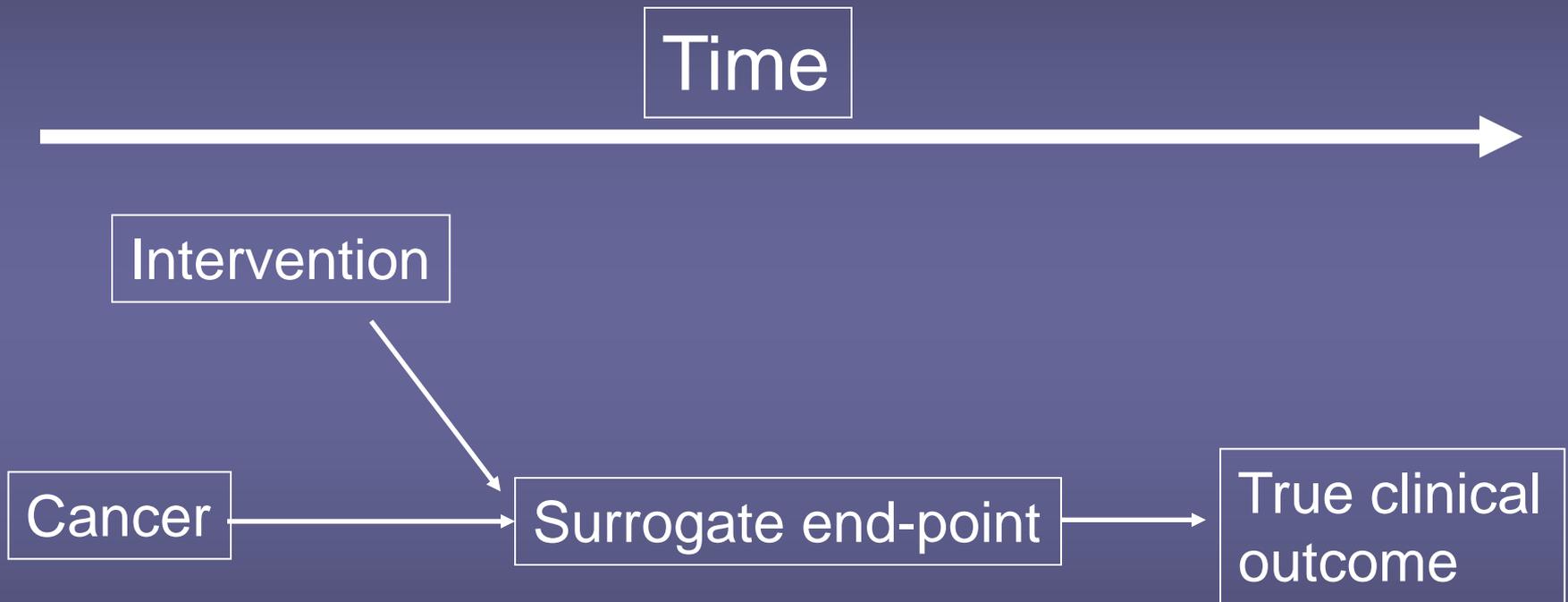
# Efficacia

- Efficacy: efficacia del trattamento in condizioni ottimali su pazienti ideali ed in centri specializzati
- Effectiveness: efficacia nella pratica clinica su larga scala

# Clinical development of new agents and sample size

Setting	End points	N° of pts	Timing
Pre-clinical	Proof of principle	NA	3-5 yrs
Clinical: advanced	Safety Activity Efficacy	A few hundreds	~ 5 yrs
Clinical: early	Safety Efficacy	Thousands	~ 5-10 yrs
Clinical: neo-adjuvant	Activity pCR= surrogate marker for efficacy	A few tens	Few months

# Ideal process for a surrogate end-point



Intervention on true clinical outcome through effect on surrogate

# L'endpoint surrogato è una variabile

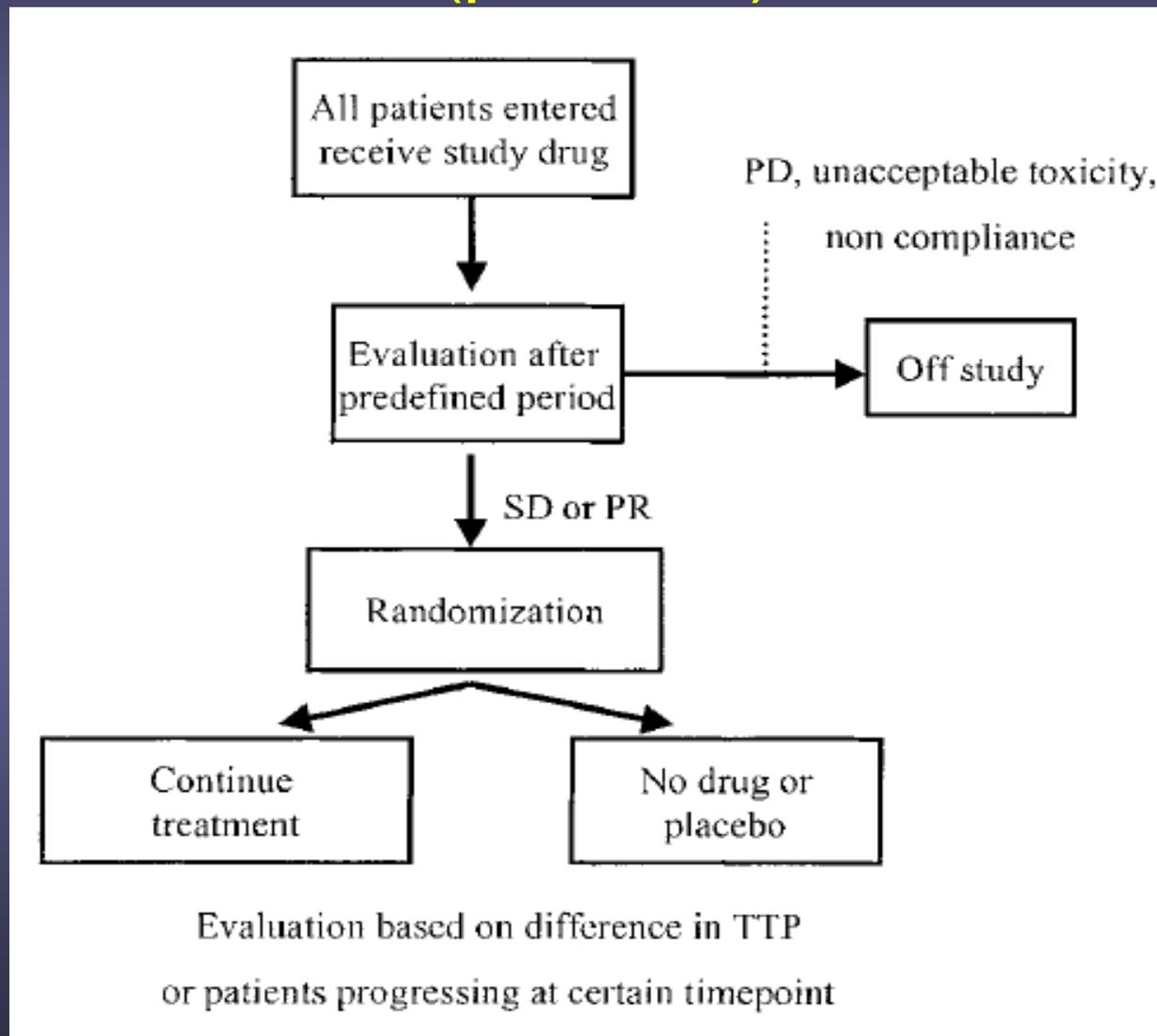
- clinica, strumentale o di laboratorio
- che permette di valutare/stimare/predire gli effetti del trattamento sull'endpoint primario 'naturale'
- che può essere utilizzata come endpoint primario in uno studio clinico

# Possibili utilità di un endpoint surrogato

## Valutare l'efficacia di un trattamento:

- in minor tempo
- su un minor numero di pazienti
- (entrambi)

# Randomized discontinuation trial design (phase II)



# Le biobanche

- Siero
- Plasma
- Tessuti patologici
- Tessuti sani
  - Cordone ombelicale
  - Cellule staminali: autologhe, allogeniche

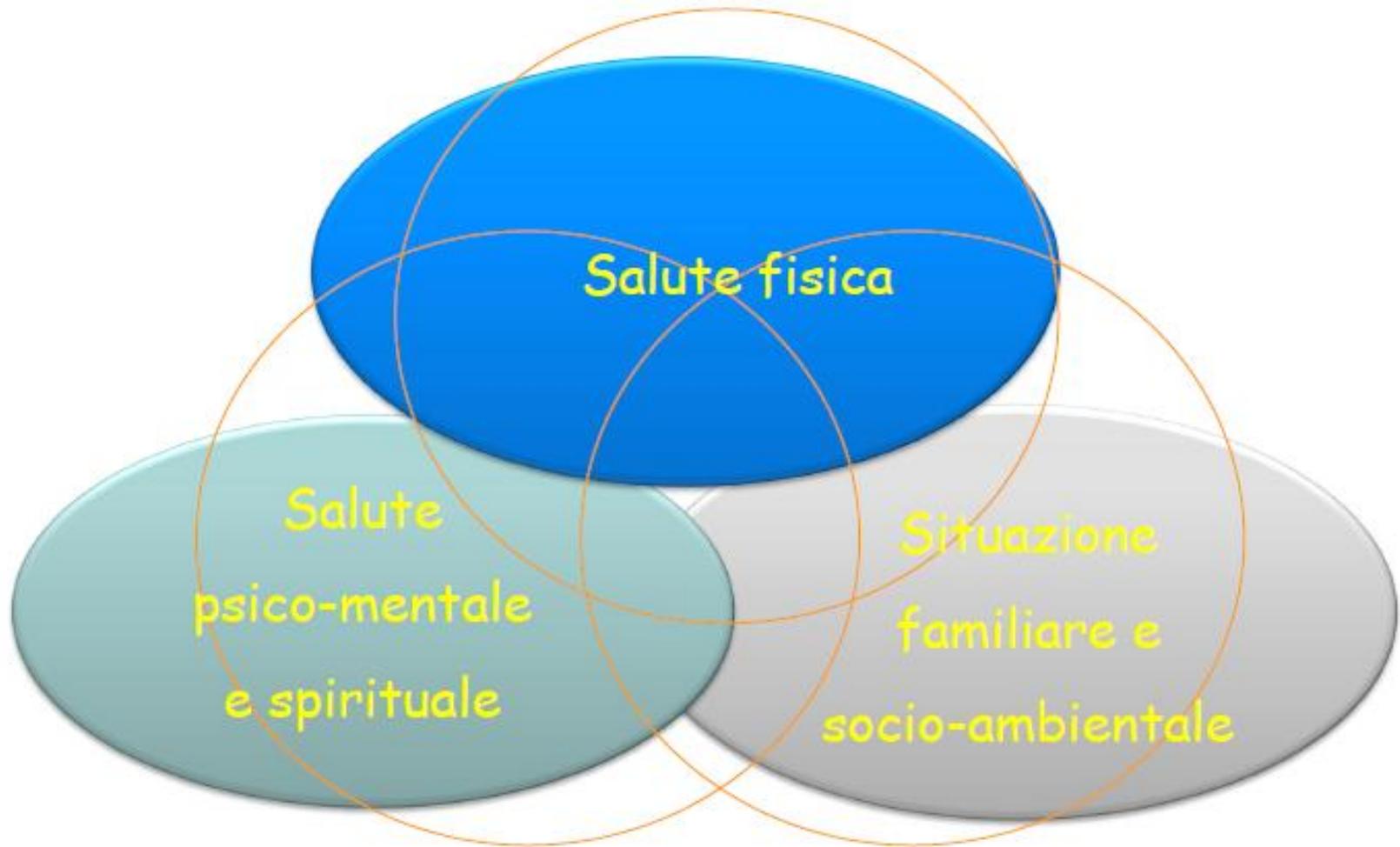
# Le bio-banche: problematiche etiche, legali, sociali

- Accesso dei materiali alla bio-banca
  - Quale tipologia di consenso
  - Biobanche per uso diagnostico, terapeutico o di ricerca ?
  - Quali diritti il donatore cede alla biobanca ?
- Biobanche come istituzioni
  - Quale ruolo
- Accesso dei ricercatori al materiale
  - Priorità tra i progetti
  - Proprietà intellettuale
- Accesso ai risultati (confidenzialità e protezione dei dati personali; come rendere pubblici i risultati)

# Etica del percorso oncologico

- Etica della Comunicazione
  - Diagnosi
  - Terapia
  - Prognosi
- Etica della cura ed assistenza
- Etica della ricerca
- Etica delle cure palliative nella fase pre- e terminale della vita

# Quali cure alla fine della vita ?



# L'accompagnamento nella fase terminale

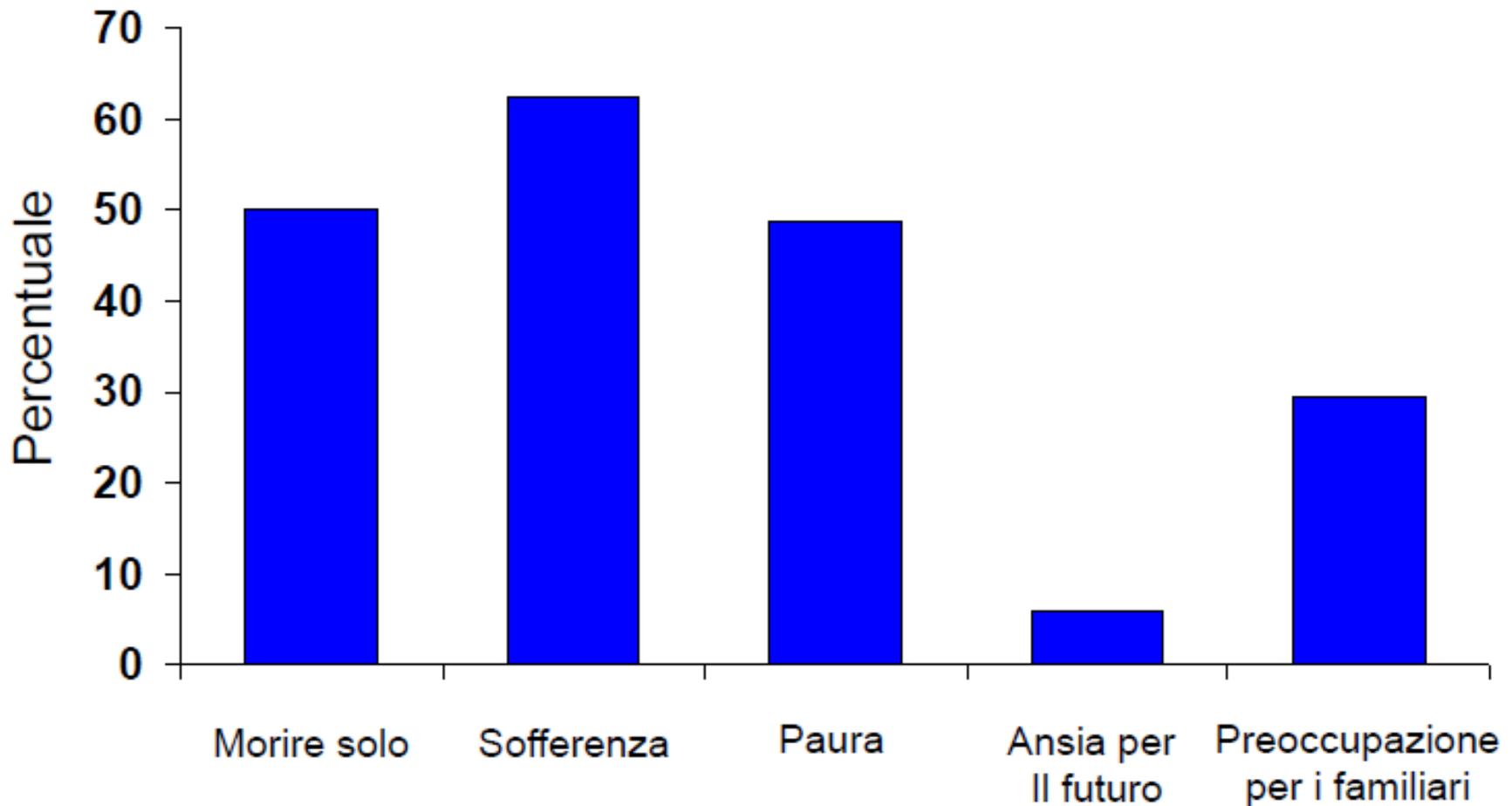
- Cosa sta avvenendo al corpo dipende dalle patologie
- Cosa sta avvenendo emotivamente dipende dall'accettazione interiore e dai sentimenti (collera, rimorsi, sconforto, calma, rassegnazione)
- Cosa sta avvenendo spiritualmente dipende dalle domande, dal senso della situazione
- Cosa sta avvenendo religiosamente dipende dalle convinzioni di fede

# Dove si muore

L'esperienza attuale della morte non corrisponde spesso ai desideri reali dei pazienti

<b>I luoghi del morire</b>	<b>Luogo del decesso %</b>	<b>Luogo desiderato %</b>
<b>Casa di residenza</b>	<b>55,7</b>	<b>91,5</b>
<b>Altra casa</b>	<b>2,2</b>	<b>2,0</b>
<b>Ospedale</b>	<b>34,6</b>	<b>4,9</b>
<b>Hospice</b>	<b>0,7</b>	<b>0,2</b>
<b>RSA</b>	<b>6,5</b>	<b>1,4</b>
<b>Ambulanza</b>	<b>0,4</b>	<b>-</b>

# Preoccupazione dei pazienti nella fase terminale



# Quali cure alla fine della vita

- Se ci si limita ad una visione medico-sanitaria, si sarà tentati di mantenere o addirittura di elevare il livello dei trattamenti clinici.
- Ma se si cerca di comprendere “il morire” le vere priorità sono altrove.

# Accanimento terapeutico

- Sottoporre i pazienti a terapie importanti che comportano sofferenza e isolamento in prossimità della fine, con lo scopo di prolungare la vita in modo forzato e macchinoso e solo per breve tempo. Prolungare la vita con ogni mezzo.
- Criterio della proporzionalità dei mezzi impiegati con il loro prevedibile effetto, cioè il risultato terapeutico: se i mezzi sono sproporzionati al risultato terapeutico allora si è in presenza di accanimento terapeutico.

# La centralità della norma deontologica

## Art. 14 CdM:

- Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita

## Art. 15 CdM:

- I trattamenti che comportino una diminuzione dell'integrità e della resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze

# Rifiuto dell'accanimento diagnostico-terapeutico: la deontologia medica

Art. 16 CdM

Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita.

# La centralità della norma deontologica

## Art. 37 CdM: assistenza al malato inguaribile

- In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita.
- In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile.

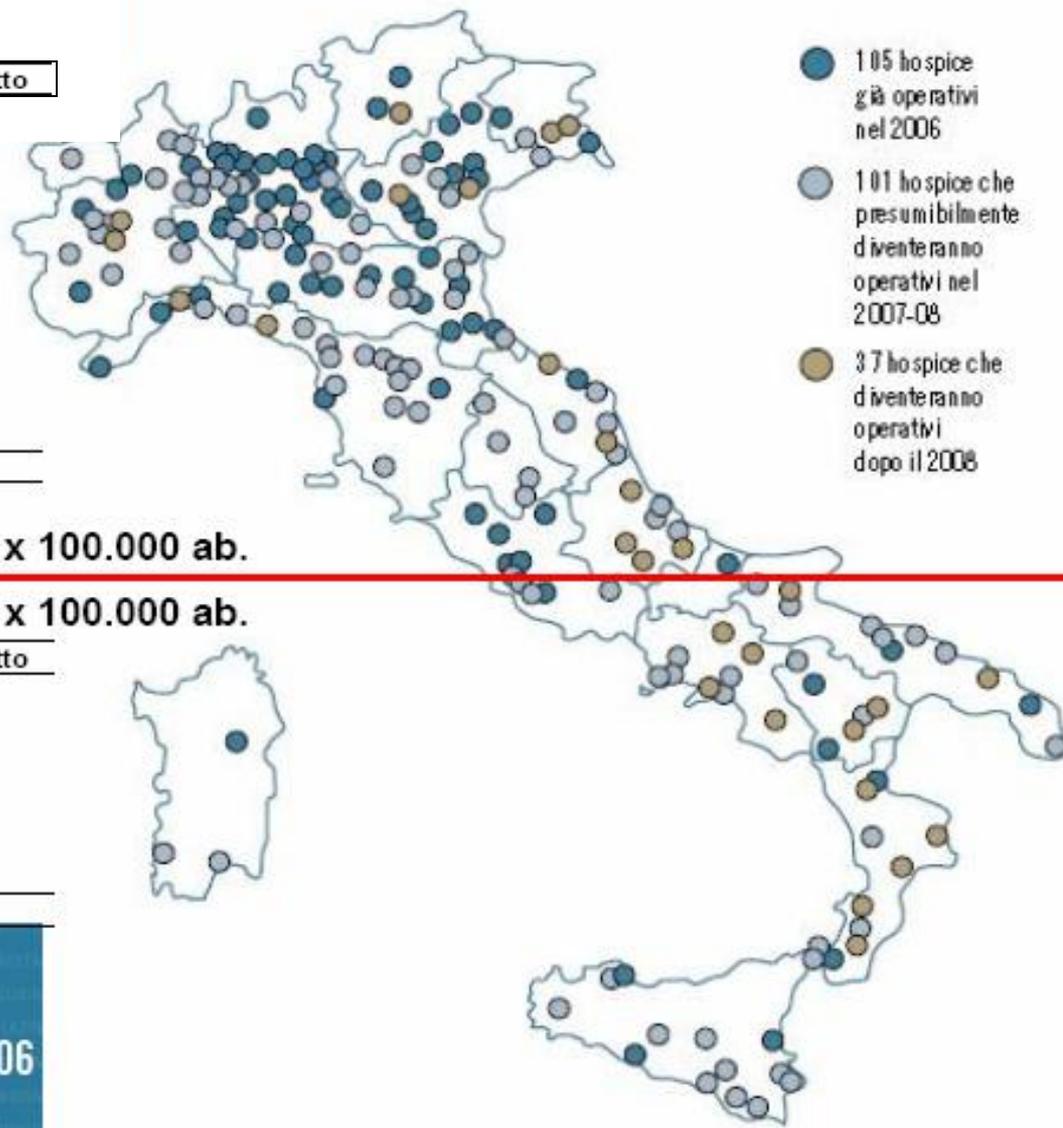
# Rifiuto dell'accanimento diagnostico-terapeutico: la Chiesa cattolica

- cosiddetto «*accanimento terapeutico*», ossia: “certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia. In queste situazioni, quando la morte si preannuncia imminente e inevitabile, si può in coscienza «rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi».
- (...) La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte.

# Ruolo delle cure palliative

- Tra accanimento nel quale l'ammalato corre sempre più il rischio di essere coinvolto e l'abbandono, c'è un grosso spazio per le cure palliative
- Non si cura più la malattia; interessa la cura della persona malata; si deve assicurare sempre la nostra presenza vicino all'ammalato, fino alla fine della sua vita
- Quando non c'è più nulla da fare c'è ancora molto da fare (Prof. Vittorio Ventafridda, Fond. Floriani)

Regione	Posti letto
<b>Piemonte</b>	<b>106</b>
Lombardia	428
Liguria	32
Emilia Romagna	204
Trentino	24
Veneto	140
Trentino	24
Friuli	47
Toscana	34
Umbria	7
Marche	25
Lazio	209
<b>Totale</b>	<b>1280</b>



- 105 hospice già operativi nel 2006
- 101 hospice che presumibilmente diventeranno operativi nel 2007-08
- 37 hospice che diventeranno operativi dopo il 2008

**3,5 posti letto x 100.000 ab.**

**0,8 posti letto x 100.000 ab.**

Regione	Posti letto
Abruzzo	0
Molise	11
Puglia	62
Campania	10
Basilicata	26
Calabria	20
Sicilia	42
Sardegna	10
<b>Totale</b>	<b>171</b>

**HOSPICE IN ITALIA**  
 PRIMA RILEVAZIONE UFFICIALE **2006**  
 ABSTRACT a cura di Ferruccio

# La terapia del dolore e le cure palliative: il dovere di curare

- Il Medico ha l'obbligo giuridico di curare connesso alla sua posizione di garanzia.
- I limiti sono quelli comuni alle *legis artis* del trattamento sanitario: proporzione tra i mezzi di cura disponibili, l'insopportabilità del dolore e la gravità della malattia.

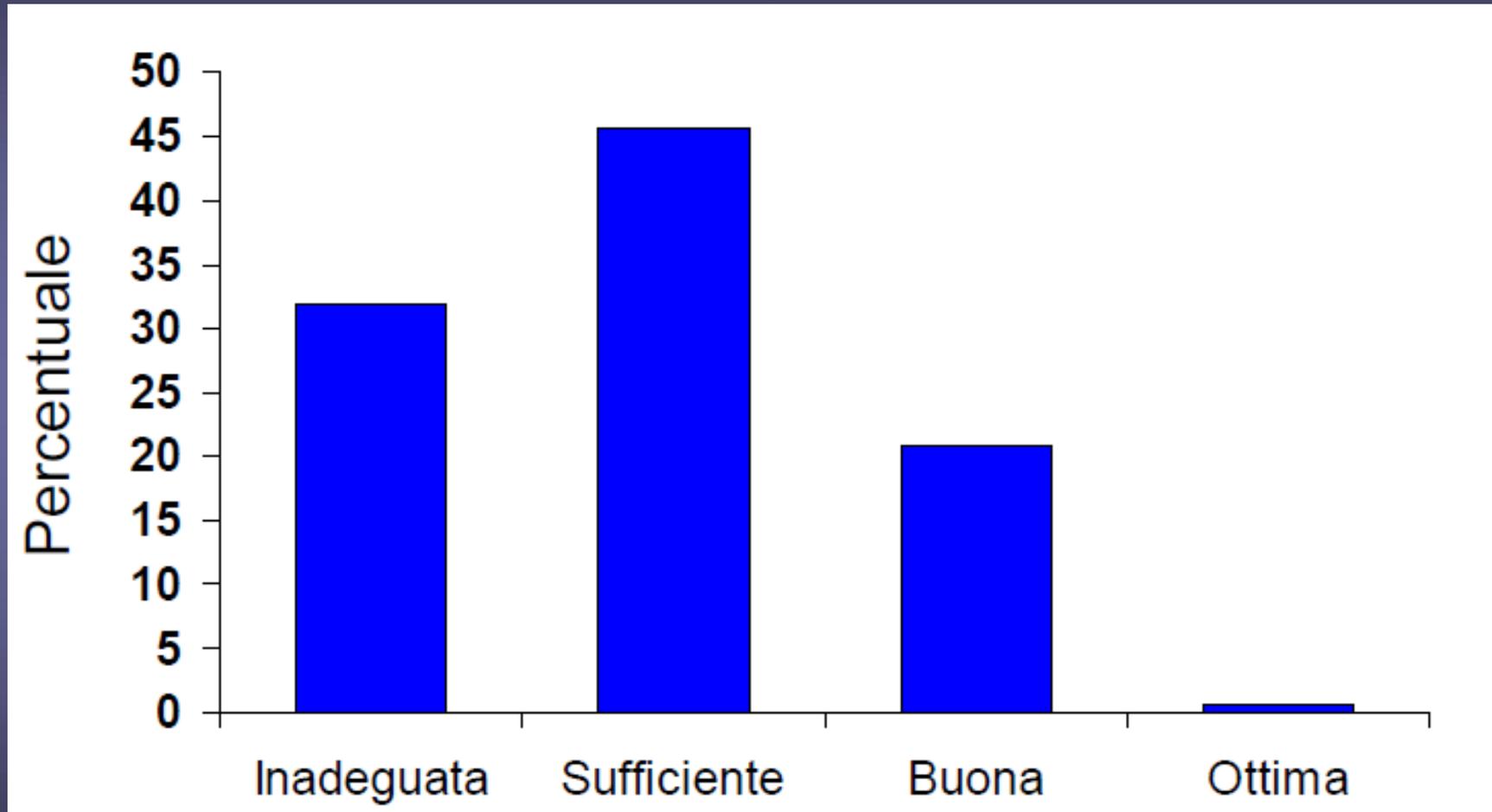
# La terapia del dolore e le cure palliative: il dovere di informare

- Importanza di un'adeguata informazione del paziente.
- Il malato deve essere messo a conoscenza dei rischi e benefici della terapia antidolorifica e dare il consenso alla sua somministrazione.
- Quando il paziente è impossibilitato a consentire, e in assenza di una diversa sua volontà, anche in precedenza espressa, il sanitario deve procedere alla somministrazione delle cure palliative in conformità agli obblighi giuridici derivanti dall'esercizio della sua professione

# La terapia del dolore e le cure palliative: il diritto al rifiuto

- Il rifiuto consapevole delle cure costituisce diritto costituzionalmente garantito (Art. 32, comma 2, Cost.).
- Di conseguenza cessa l'obbligo giuridico di curare afferente alla posizione di garanzia che contrassegna la professione medica.
- Laddove si verifici un'illegitima protrazione delle cure si può configurare il delitto di violenza personale (Art. 610 C.P.)

# Preparazione dei medici per affrontare la cura dei pazienti



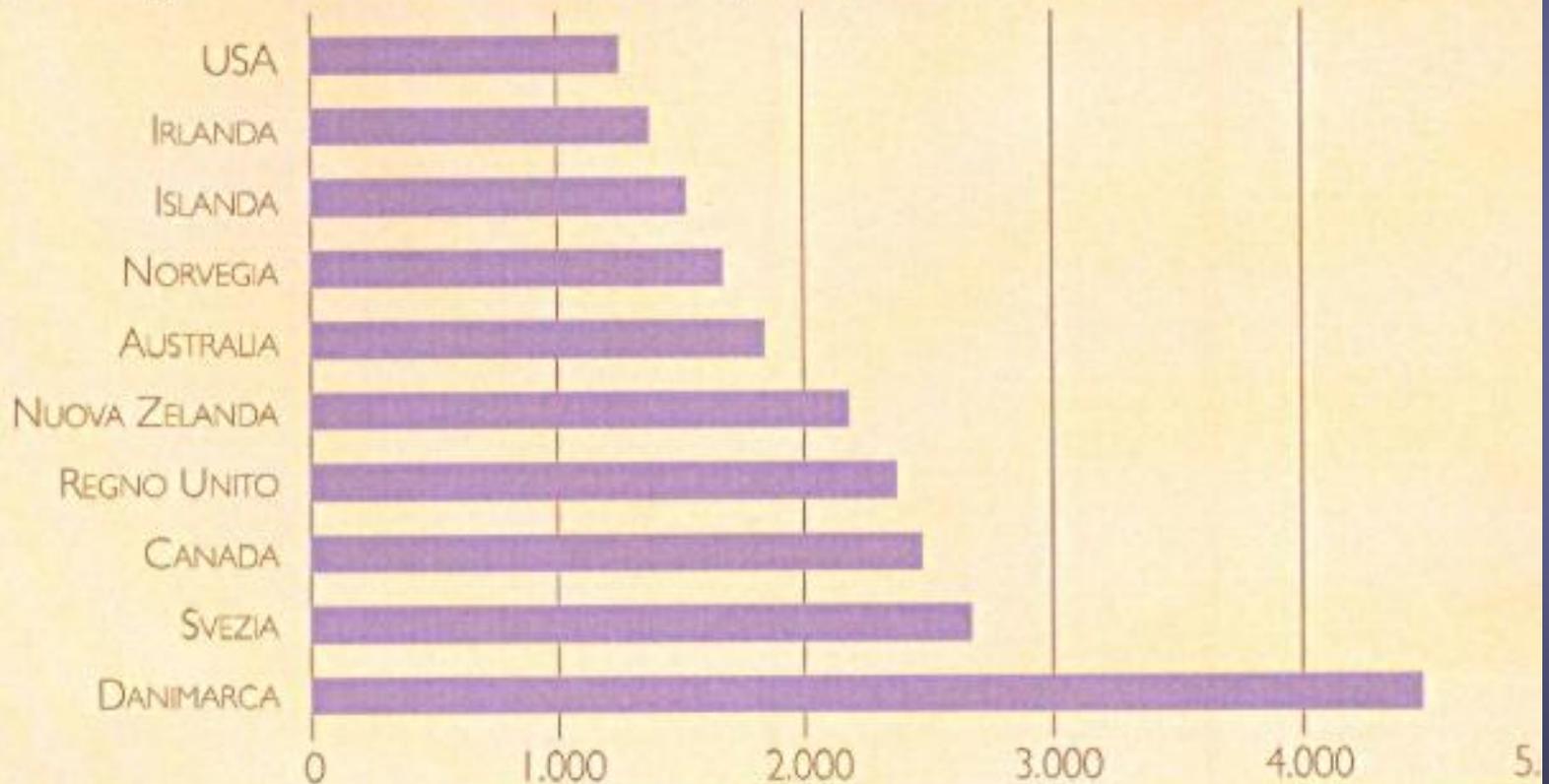
# Formazione in ambito accademico

Il curriculum universitario sulle cure di fine vita dovrebbe essere molto più che un semplice insegnamento sugli aspetti clinico-assistenziali

# La Terapia del Dolore

## PAESI A PIÙ ELEVATO USO DI OPIOIDI

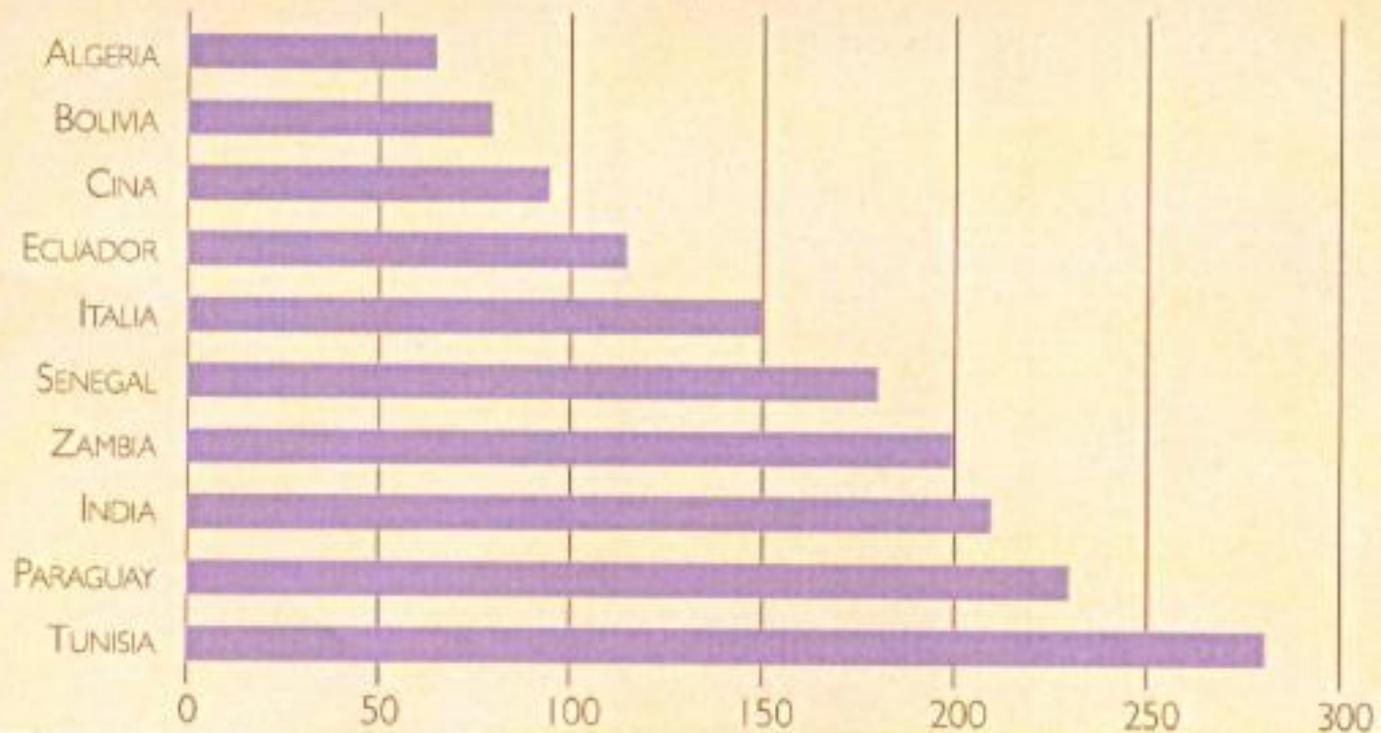
Numero medio giornaliero di somministrazioni di oppioidi per 1.000.000 abitanti



# La terapia del dolore

## PAESI A PIÙ BASSO USO DI OPIOIDI

Numero medio giornaliero di somministrazioni di oppioidi per 1.000.000 abitanti



# La gestione del dolore

**Una valutazione ed una gestione efficace del dolore richiede un approccio interdisciplinare per un trattamento dei sintomi fisici, psicologici, sociali e spirituali.**

# Gestione del dolore e della fase terminale

- Le ricerche evidenziano tuttora una scarsa qualità assistenziale per:
  - Formazione scadente degli operatori
  - Comunicazione inadeguata con il paziente

# Gestione della fase terminale

La scarsa qualità delle cure di fine vita è in parte da attribuire alle carenze nell'ambito delle abilità comunicative del medico.

# La comunicazione nella fase terminale: dichiarazioni anticipate

- Sono la strategia dominante per migliorare le cure di fine vita negli ultimi 20 anni
- Sono sorte soprattutto per supplire alla mancanza di comunicazione.

# La comunicazione nella fase terminale: dichiarazioni anticipate

- Anche se le dichiarazioni anticipate sembrano aumentare la possibilità che vengano rispettati i desideri espressi dal paziente,
- in realtà la percentuale di compliance con tali desideri risulta essere scarsa.

# La comunicazione nella fase terminale: dichiarazioni anticipate

- Per prevenire terapie aggressive alla fine della vita si richiede:
  - una comunicazione attiva tra medico, infermiere, paziente e familiari
  - l'elaborazione di strategie efficaci per fornire informazioni corrette e adeguate sulle preferenze di cura, già in tempi precedenti la terminalità.

Negli ultimi giorni di vita,  
l'approccio convenzionale del  
“provare a fare qualcosa per il paziente”,  
dovrebbe spostarsi  
**dall'aspetto tecnologico**  
**a quello relazionale**

# La comunicazione nella fase terminale

- La comunicazione è spesso la componente principale della gestione del paziente nelle patologie croniche e nelle cure palliative.
- A volte è tutto quanto si può offrire al paziente.
- A confronto con la maggior parte dei farmaci, le abilità nella comunicazione hanno indubbiamente un'efficacia palliativa - spesso riducono significativamente i sintomi –
- un ampio indice terapeutico - il sovradosaggio è raro –
- e il problema più comune nella pratica è un dosaggio sub-ottimale.

# L'etica del quotidiano

Per migliorare la qualità  
del fine vita  
occorre concentrarsi  
sul quotidiano piuttosto  
che sui momenti estremi.

# Alleanza terapeutica

Le cure di fine vita saranno più verosimilmente consistenti con la preferenze dei pazienti quando questi hanno avuto l'opportunità di discutere i loro desideri ed aspettative sulla cura di fine vita con un medico

**“Una vita che sta terminando non è meno preziosa di una vita che sta iniziando. E’ per questa ragione che la persona che sta morendo merita il massimo rispetto e le cure più amorevoli”.**

GIOVANNI PAOLO II -VII Congresso Internazionale di Oncologia Ginecologica, Roma ,30/09/1999