

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare Società Italiana di Cure Palliative (SICP)

<p>1</p>	<p>Non omettere e non posticipare di prescrivere, nei pazienti con patologie croniche inguaribili con limitata aspettativa di vita, l'uso di oppioidi per via orale o sistemica per il trattamento palliativo della dispnea.</p> <p>Secondo quanto evidenziato da numerose revisioni sistematiche, gli oppioidi somministrati per via orale o parenterale a pazienti con malattia in fase avanzata o terminale sono efficaci nel ridurre la sofferenza provocata dalla dispnea.</p>
<p>2</p>	<p>Non iniziare e non proseguire una Nutrizione Artificiale (per via parenterale o enterale) nei pazienti oncologici con malattia inguaribile in fase avanzata, aspettativa di vita inferiore a poche settimane e un PS < 50.</p> <p>Non esistono ad oggi evidenze da studi osservazionali o sperimentali che dimostrino l'efficacia in termini di aumentata sopravvivenza o migliore qualità di vita della nutrizione artificiale in pazienti oncologici con malattia inguaribile in fase avanzata, limitata aspettativa di vita e basso performance status. Alcuni studi evidenziano le complicanze a cui vanno incontro questi tipi di pazienti che ricevono nutrizione per via enterale.</p>
<p>3</p>	<p>Non utilizzare, nelle apparecchiature per l'infusione continua di farmaci per via sottocutanea o endovenosa (ad es. elastomeri), miscele di farmaci per le quali non esistono evidenze documentate di compatibilità e stabilità chimico-fisica.</p> <p>L'utilizzo di miscele di farmaci in pompe elastomeriche per infusione sottocutanea continua è una pratica molto comune in cure palliative quando i pazienti per diversi motivi non sono in grado di ricevere farmaci per via orale. Alcune miscele possono produrre incompatibilità di natura chimico-fisica, spesso visibili a occhio nudo (ad es. precipitazione, intorbidimento, cambio di colore della soluzione) ma spesso non visibili. In questo caso la non compatibilità produce una riduzione di attività di uno o più farmaci della miscela. Studi specifici hanno testato le miscele di farmaci che si possono usare con sicurezza in cure palliative.</p>
<p>4</p>	<p>Nell'organizzazione di una Rete Locale di Cure Palliative, non omettere l'attivazione di un II° livello di assistenza domiciliare caratterizzato da personale dedicato alle cure palliative (medici e infermieri) con competenze di livello specialistico e con una organizzazione del lavoro in équipe.</p> <p>Secondo quanto evidenziato da una recente revisione sistematica, l'intervento a domicilio di équipe multiprofessionali specializzate in cure palliative è più efficace rispetto ad un modello di cure domiciliari "tradizionali" nel favorire un decesso a domicilio del paziente e nel garantire un buon controllo dei sintomi fisici.</p>
<p>5</p>	<p>Non implementare strumenti di miglioramento della qualità delle cure di fine vita di non provata efficacia e/o al di fuori di specifici programmi di ricerca, salvo che non siano supportati e monitorati da professionisti facenti parte di Strutture Organizzative Specialistiche di Cure Palliative.</p> <p>L'esperienza internazionale sullo sviluppo, implementazione e valutazione delle Liverpool Care Pathways, sviluppate per migliorare la qualità delle cure di fine vita in setting non di cure palliative, soprattutto ospedali, ha dimostrato che indurre un cambiamento positivo dei comportamenti è più difficile di quanto si pensasse. La disseminazione del programma LCP in Inghilterra, non supportata da una adeguata formazione e monitoraggio da parte di strutture di cure palliative, ha comportato problemi seri, con un impatto potenzialmente negativo sull'opinione pubblica e sull'intero sistema delle cure palliative. Prima di cercare di trasferire la "buona pratica" delle cure di fine vita degli hospice in setting non specialistici bisogna assicurarsi di garantire un accurato monitoraggio dei processi introdotti e una adeguata valutazione del programma da parte di strutture competenti.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Come si è giunti alla creazione della lista

<p>Avvio del progetto (giugno 2014) - Invio di una lettera informativa sul progetto ai coordinatori delle sezioni regionali SICIP, con la richiesta di individuare, avvalendosi del contributo di altri Soci SICIP, 5 test o trattamenti relativi all'ambito delle cure palliative rispondenti ai criteri esplicitati nell'ambito del Progetto</p> <p>Raccolta ed analisi del materiale (ottobre 2014)</p> <p>Presentazione e discussione dei risultati in occasione del Congresso nazionale annuale della SICIP (ottobre 2014), con particolare riferimento all'importanza di distinguere i trattamenti rispetto ai quali non esistono prove di efficacia dai trattamenti di provata non efficacia</p> <p>Messa a punto del documento definitivo (gennaio 2015)</p>
--

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Broadley K. Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2001;(4):CD002066. Viola R, Kiteley C, Lloyd NS, et al. The management of dyspnoea in cancer patients: a systematic review. <i>Support Care Cancer</i> 2008; 16(4):329-37. Ben-Aharon I, Gafer-Gvili A, Leibovici L, Stemmer SM. Interventions for alleviating cancer-related dyspnoea: a systematic review and meta-analysis. <i>Acta Oncol</i> 2012;51(8):996-1008.
2	<ol style="list-style-type: none"> Bozzetti F. et al. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. <i>Nutrition</i> 1996;12:163-167 Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate Use of Artificial Nutrition and Hydration — Fundamental Principles and Recommendations. <i>N Engl J Med</i> 2005; 353:2607-2612. Keung EZ, Liu X, Nuzhad, A. In-Hospital and Long-Term Outcomes after Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Patients with Malignancy <i>J Am Coll Surg</i> 2012; 215(6):777-86. Muscaritoli M et al. Parenteral nutrition in advanced cancer patients. <i>Crit Rev Oncol Hematol.</i> 2012 Oct;84(1):26-36. Dev R., Dalal S., Bruera E.: Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? <i>Curr Opin Support Palliat Care.</i> 2012 Sep;6(3):365-70.
3	<ol style="list-style-type: none"> Rose M, Currow DC. The need for chemical compatibility studies of subcutaneous medication combinations used in palliative care. <i>J Pain Palliat Care Pharmacother.</i> 2009;23(3):223-30. Twycross R, Wilcock A, Howard P. <i>Palliative Care Formulary (PCF5). 5th Edition (UK) 2014. ISBN: 978-0-9552547-9-6.</i>
4	<ol style="list-style-type: none"> Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2013; Jun 6;6:CD007760.
5	<ol style="list-style-type: none"> Costantini M, Romoli V, Di Leo S, et al. Liverpool Care Pathway for patients with cancer in hospital: a cluster randomised trial. <i>Lancet</i> 2014; 383(9913):226-237. Department of Health. <i>More care, less pathway. A review of the Liverpool care Pathway.</i> Published 15 July 2013. Department of Health. <i>One Chance to Get it Right: how health and care organisations should care for people in the last days of their life.</i> Published 26 June 2014

<p>Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto “Fare di più non significa fare meglio”, in analogia all’iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Società Scientifiche e Associazioni professionali sono invitate a individuare ognuna una lista di 5 esami diagnostici o trattamenti, di uso corrente nella pratica clinica, che secondo le conoscenze scientifiche disponibili non apportano benefici significativi ai pazienti ma possono, al contrario, esporli a rischi. Promuovono il progetto anche: FNOM-CeO, IPASVI, SIQuAS-VRQ, Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano e Slow Food Italia. Per ulteriori dettagli: www.slowmedicine.it</p>	<p>La Società Italiana di Cure Palliative (SICP) www.sicp.it è stata fondata a Milano nel 1986 per la diffusione dei principi delle cure palliative. Da sempre a fianco del malato e della sua famiglia, le cure palliative si occupano in modo completo della complessa fragilità che caratterizza la fase avanzata e terminale della malattia con una presa in carico globale dei bisogni clinici e psicologici, ma anche sociali, spirituali ed esistenziali. Come società scientifica, SICP è presente su tutto il territorio nazionale con sedi regionali e interregionali per dare voce a tutti gli operatori delle Cure Palliative, nel rispetto della multi professionalità che è peculiare di questa attività. A tutti i professionisti SICP offre informazione, supporto e formazione con convegni regionali accreditati, un congresso nazionale annuale, una rivista scientifica e formazione a distanza (FAD) in cure palliative.</p>
--	---