

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare
Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Cure Palliative (SICP)

<p>1</p>	<p>Non omettere e non ritardare 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 Performance Status < 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 rimandare l'inizio di una pianificazione condivisa delle cure con il paziente, quando l'evoluzione della malattia rende importante comprendere le aspettative e i desideri della persona malata in merito alle scelte possibili alla fine della vita.</p> <p>La pianificazione condivisa delle cure è prevista dalla Legge n.219/2017 "Norme in materia di Consenso informato e di Disposizioni Anticipate di trattamento". Essa permette alla persona malata, se lo desidera, e al curante di allinearsi sugli obiettivi di cura, sui trattamenti futuri o sproporzionati, sulle scelte future anche in caso di sopraggiunta incoscienza del paziente. In letteratura la Pianificazione condivisa delle cure è nota come Advance Care Planning.</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). La raccomandazione 5 è stata sostituita ad aprile 2021.</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"> Legge n.219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di Disposizioni Anticipare di Trattamento, available at: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/11/16/18G00006/sg Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, van der Heide A, Heyland DK, Houttekier D, Janssen DJA, Orsi L, Payne S, Seymour J, Jox RJ, Korlage IJ; European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. <i>Lancet Oncol.</i> 2017 Sep;18(9):e543-e551. doi: 10.1016/S1470- 2045(17)30582-X. PMID: 28884703.

<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- Choosing Wisely Italy" in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriately in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; 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>
--	---