



Federazione italiana delle Associazioni di
Volontariato in Oncologia

V Giornata nazionale del malato oncologico

vinciamo insieme la vita

Roma, 13-16 maggio 2010

Istituto Regina Elena,
Centro Congressi Bastianelli

Via E. Chianesi, 3

Auditorium Conciliazione

Via della Conciliazione, 4



ANTEA ASSOCIAZIONE:
le cure palliative a sostegno
del malato oncologico anziano

Dott.ssa Chiara Mastroianni
Infermiera
Presidente Antea Formad

Sono solo palliativi...

- Palliativo non significa inutile
 - Trattamento che interviene non sulla causa della malattia, ma sui sintomi
 - Usiamo molti palliativi ogni giorno
- Pallium: il mantello che protegge
 - Un termine che evoca riparo, protezione, calore... uno scudo da ciò che ci minaccia



HOSPICE PROGRAM

CURE PALLIATIVE
RESIDENZIALI

(INPATIENTS)



CURE PALLIATIVE
DOMICILIARI

(OUTPATIENTS)



Antea nasce...1987

“...Assistenza domiciliare gratuita a pazienti in fase avanzata di malattia...”

Più di 3000 pz assistiti nei primi 10 anni



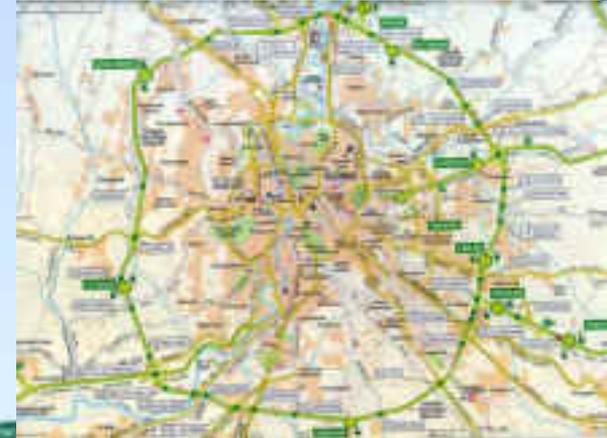
Antea cresce...1999

Unità di Cure Palliative Antea



Antea oggi...

“Centro Antea – Rete di cure palliative”



Day Hospice

Ambulatori
infermieristici

Dimissione
protetta

Centro di telemedicina

Asilo nido
baby parking

Riabilitazione e
terapia occupazionale



L'ASSISTENZA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO ANZIANO

GLI ATTORI

L'anziano

Gli operatori

La Famiglia

I BISOGNI dell'anziano e della sua
famiglia

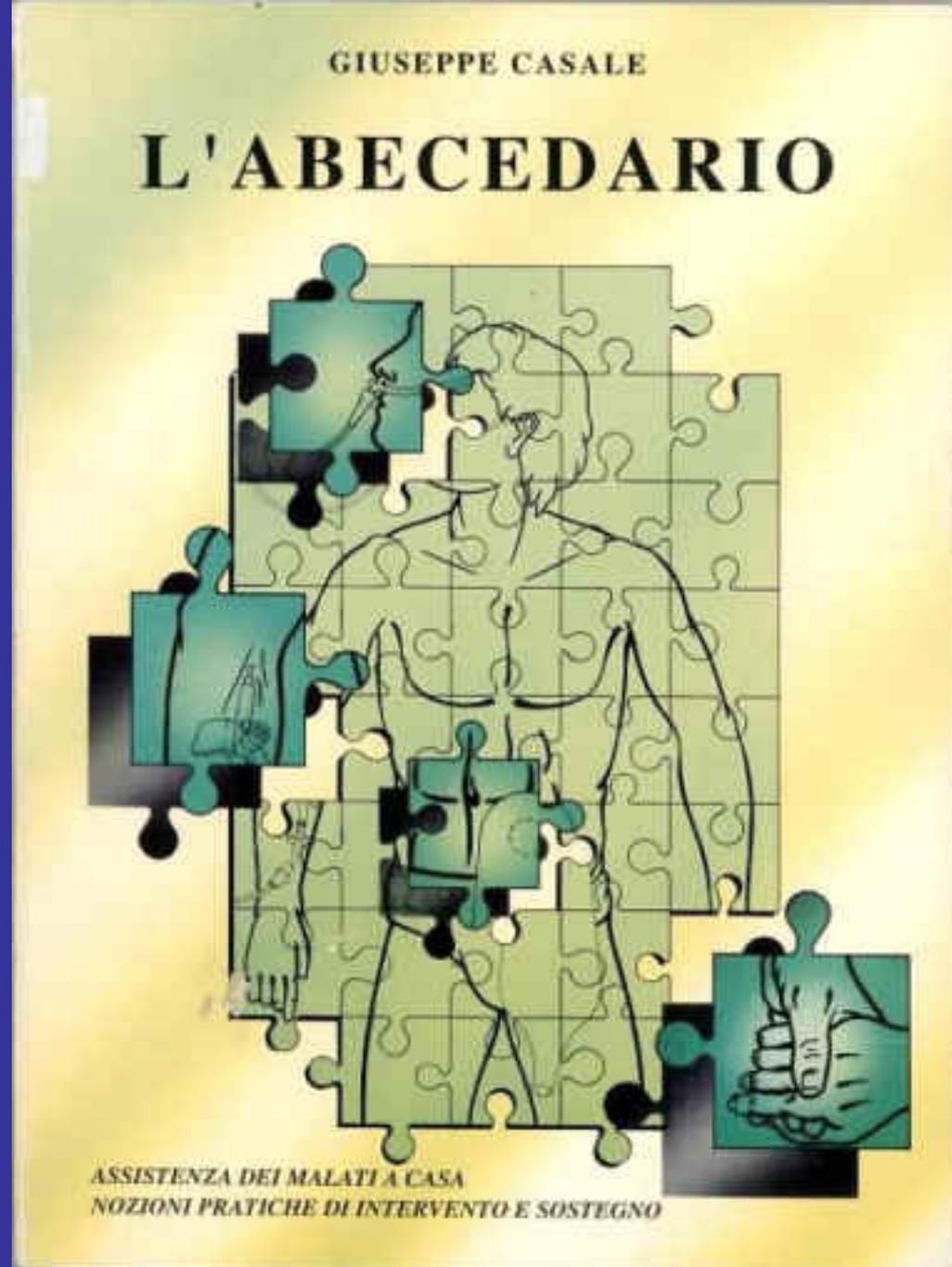
LE COMPETENZE degli operatori

L'ORGANIZZAZIONE domiciliare...



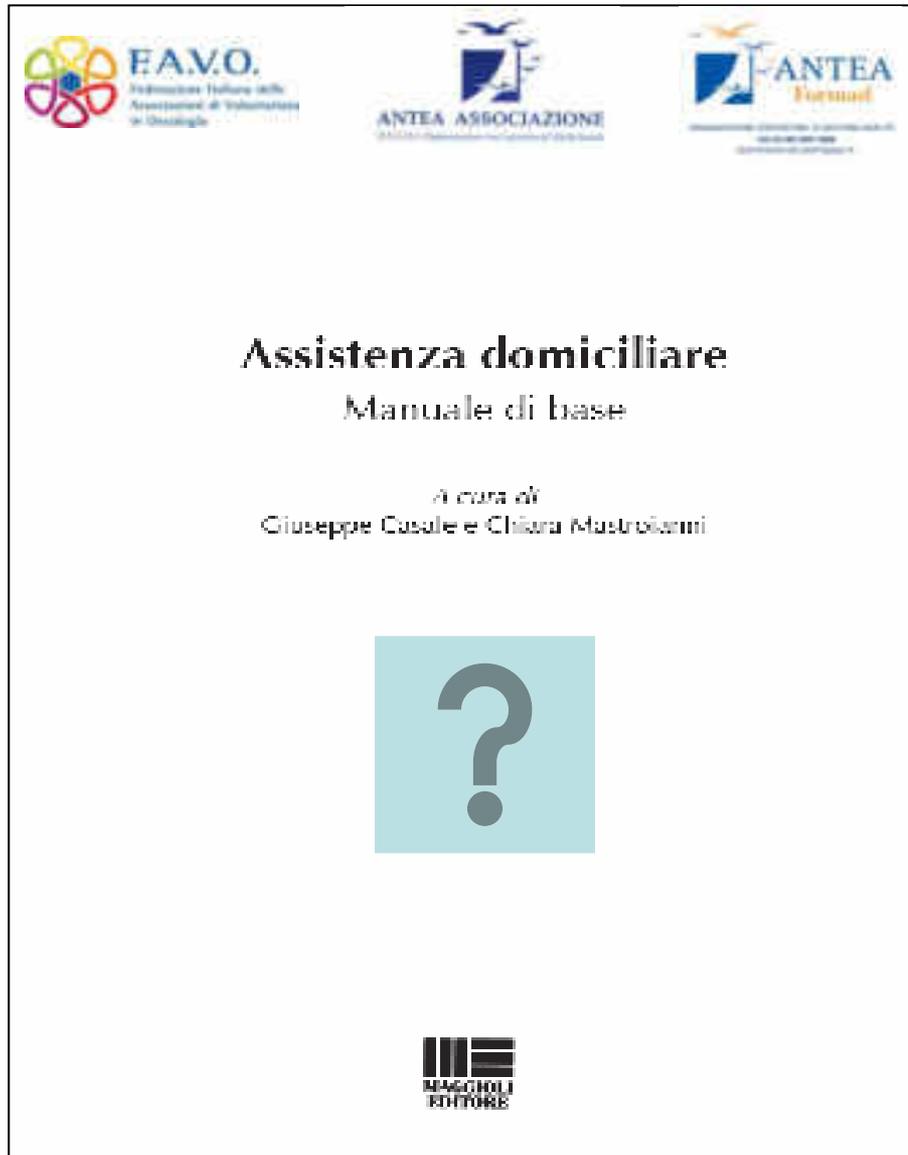
1994

Assistenza dei malati a
casa:
nozioni pratiche di
intervento e sostegno



PROGETTO SMS SOLIDALE

IV Giornata Mondiale del malato oncologico



Indice

1. La continuità assistenziale e la rete dei servizi e le figure professionali coinvolte	R₅
1.1. Il modello di riferimento	1
1.1.1. La rete dei servizi	2
1.1.2. L'assistenza domiciliare (AD)	2
1.2. I Servizi Sociali	1
1.3. Il ruolo del farmacista	1
Abbigliata	2
2. Il paziente oncologico	1
2.1. Cosa significa curare a casa	2
2.2. Come muovere il malato	2
2.3. Igiene	2
2.4. Condizioni di isolamento	1
2.5. Alimentazione - nutrizione	1
Abbigliata	2
3. Alimentazione e nutrizione	1
3.1. Malattie del diabete e dell'ipertensione	1
3.1.1. Diabete	2
3.1.2. Ipertensione e Intolleranza al Glucosio	2
3.1.3. Insufficienza Renale	1
3.1.4. Disidratazione (carezza di acqua nell'organismo)	2
3.1.5. Presenza di ostacoli da superare	2
3.1.6. Nutrizione artificiale	1
Abbigliata	1
4. Il dolore	2

4. cura

5. Trattamento del malato	R₅
5.1. Controllo generale del paziente	1
5.2. Gestione del farmaco e dei fluidi	1
5.3. Sorveglianza respiratoria	2
5.4. Gestione del malato	1
5.5. Gestione dell'infusione e della terapia locale	1
5.6. Cura della cute	2
Abbigliata	2
6. Trattamento per il paziente oncologico in fase di degenza	1
6.1. Alterazioni dello stato mentale	2
6.2. Vomito	2
6.3. Alterazioni di ECG	1
6.4. Tachicardia	1
6.5. Febbre	2
6.6. Convulsioni - Attacco epilettico	2
6.7. Trascorsi - Perdita di appetito	1
6.8. Affanno - Respirazione - Dispnea	2
Abbigliata	2

2. Il paziente a casa

Un paziente che torna a casa, è una persona che ha bisogno sia di cure mediche che di un'assistenza di tipo pratico. Inoltre sono necessari una serie di accessori che potranno aiutarlo a trascorrere in modo migliore il tempo della sua malattia. Ecco allora elencate alcune particolari situazioni con cui la famiglia e il malato stesso devono confrontarsi.

2.1. Come organizzare la casa

Importante a casa è permettere al malato di partecipare alla vita familiare, creando insieme a lui e in base alle sue difficoltà un angolo accogliente per evitare che rimanga isolato nella sua stanza. Parlare, discutere insieme, vedere la televisione, leggere il giornale, fare una partita a carte ecc. è la maniera migliore per non isolare un nostro caro (Figura 2.1).

Inoltre la camera da letto della persona ammalata, che sarà il luogo delle cure, non deve sembrare una stanza d'ospedale, usare piccoli accorgimenti come quello di evitare di lasciare in giro scatole di pannolini, medicinali, siringhe o qualsiasi altro materiale sanitario, nascondendo il tutto per esempio in un cassetto del comodò.

Evitare insomma di trasformare la stanza o la casa in una sorta di deposito e di darvi alla stessa un'aria provvisoria.

Per combattere l'isolamento possono essere utili anche altri accorgimenti:

- Se il paziente è costretto a letto potete avvicinarvi gli oggetti o le foto più significative per lui
- Se il paziente lo desidera mettete un orologio, una sveglia o un calendario a sua disposizione
- Se è possibile e compatibilmente con le forze del paziente o della famiglia potrebbe essere utile organizzare le visite di parenti ed amici: evitare troppe persone contemporaneamente o un numero eccessivo nella giornata.

- Valutare l'orario delle visite a seconda del carattere e delle forze del paziente e della famiglia: ad esempio le visite durante l'ora del pasto possono indurre il paziente a non mangiare o, al contrario, la compagnia potrebbe stimolare l'appetito.

Figura 2.1. - Gli aiuti permettono al soggetto di recuperare nella attività di vita quotidiana.



2.2. Come muovere il malato.

È necessario adottare diversi accorgimenti in base alle necessità ed alle capacità del paziente.

a) Paziente con difficoltà a camminare (uso del bastone, girolo, sedia a rotelle ecc.)

Per consentire alla persona ammalata di muoversi nella propria casa senza difficoltà aggiunte bisognerebbe senza mutare l'aspetto della casa usare dei piccoli accorgimenti:

- eliminare tappeti, tappetini (bagno e cucina), scrubbletto: possono far inciampare; scivolare o possono incastrare le ruote.
- liberare il percorso che il paziente deve fare per andare in bagno o in qualsiasi altra stanza: sedie, lumi, portavasi, appesi abiti, ecc.
- organizzare il bagno con alcuni oggetti che possono aiutare a lavarsi da soli, se il malato è in grado di farlo: una sedia davanti al lavandino, un sedile nella vasca da bagno (si trova in tutti i negozi di articoli sanitari), uno sgabello per la doccia, purché sia veramente stabile, maniglie vicino al water o al bidet per aiutarsi nei movimenti.

b) Il paziente allettato (necessità di diversi presidi e soprattutto di assistenza)

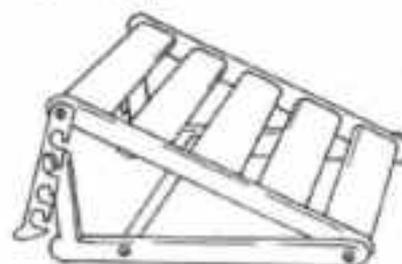
Anche in questo caso si dovrebbe rendere la casa adatta, cercando di non mutare l'aspetto della stessa. I presidi utili per l'assistenza di un paziente costretto a trascorrere molte ore a letto sono:

- **Letto e suoi accessori:** per questioni igieniche l'ideale sarebbe che il letto venisse utilizzato solo dal malato. Spesso, questo non è possibile sia per mancanza di spazio sia per motivi psicologici, infatti il paziente può risentire di essere spostato in una stanza che di solito non occupa, oppure vederlo dividersi il letto che ha sempre condiviso con il coniuge. Se il letto è singolo è bene che i lati non siano a contatto con il muro, in modo da permettere il passaggio durante le operazioni di pulizia del paziente e le eventuali medicazioni.
- **Biancheria del letto:** usare lenzuola e fodere che si possano lavare ad alte temperature o con disinfettanti per tessuti (vedi, Igiene cambio biancheria del letto pag. ...)
- **Traversa:** utile per muovere il paziente completamente immobilizzato; si

può utilizzare un lenzuolo ad una piazza piegato in due. In commercio esistono delle traverse una e getta.

- **Incrata:** in caso di perdita di urine e feci è bene utilizzarla per mantenere il materasso pulito.
- **Pannoloni:** utili nei casi di perdita involontaria di urine o feci; è importante sceglierli in base alla taglia della persona che li utilizza. In commercio esistono le misure S=small; M=medium; L= large; XL=extralarge. Proponete un pannolone ad una persona adulta e sempre un momento delicato, assicuratevi di adottare tutti gli accorgimenti necessari: ad esempio non proponetelo davanti a terzi, se possibile prevenite l'imbarazzante situazione in cui il paziente si ritrova sporco...
- **Poggia schiena:** (Fig. 2.2) utile per mettere il paziente seduto, posizione che evita accumuli di catarro nei polmoni (secrezioni bronchiali) e che facilita l'alimentazione. In caso di difficoltà a reperire un poggiaschiena è possibile creare un rialzo tra la rete ed il materasso attraverso l'utilizzo di cuscini, di libri o qualsiasi altro oggetto che possa creare spessore o consentire alla persona allettata di assumere una posizione semi seduta.

Figura 2.2 - Poggiaschiena regolabile in più posizioni



- **Materassino anti decubito** (vedi *Lesioni da pressione cap. 5 pag. ...*): i materassini anti decubito non vanno mai messi a contatto della pelle e vanno sistemati sotto le lenzuola. Esistono diversi tipi:
 - materassino ad aria: gonfiandosi e sgonfiandosi per mezzo di un piccolo compressore praticano una sorta di massaggio continuo;
 - materassino ad acqua: distribuisce il peso del corpo evitando o ritardando il formarsi di piaghe da decubito;

Il malato allettato per lunghi periodi di tempo può presentare una notevole fragilità delle ossa per osteoporosi grave o per alcune malattie come i tumori. Una persona ammalata che resta allettata per lungo tempo presenta molte difficoltà e per evitare il peggioramento della sua situazione e per la cura giornaliera è necessario mobilitarlo. Questi ammalati sono molto fragili e i movimenti bruschi o fatti male possono provocare delle fratture. Pochi movimenti ben fatti, la buona volontà e la calma, rendono molto semplici le operazioni di pulizia del letto, cambio biancheria del malato e cambio di posizione per evitare lesioni da pressione. Il familiare che si occuperà di queste manovre deve porsi come obiettivo quello di eseguirle ottenendo il miglior risultato con il minimo sforzo. Un movimento non eseguito correttamente può essere molto dannoso sia per chi presta aiuto che per chi lo riceve. Molti dolori alla schiena che lamentano i familiari sono, infatti, causati da un'errata esecuzione delle tecniche di sollevamento. Di seguito sono riportate le principali tecniche corrette di mobilitazione, durante l'esecuzione assicurarsi sempre del benessere del paziente e accertarsi di assumere posizioni corrette, prendere il tempo che serve.

✓ *Trasporto del malato dal letto alla carrozzina o sulla o poltrona: per eseguire tale manovra servono due persone (Fig. 2.3)*

- Ruotare il paziente su di un fianco e spostare poi le gambe fuori dal letto;
- Sollevare il paziente facendolo sedere sul margine del letto;
- Portare un braccio dell'operatore sotto le ginocchia e l'altro dietro la schiena;
- Appoggiare le braccia del paziente sulle spalle degli operatori;
- Sollevare il paziente e adattarlo sulla sedia o carrozzina dopo essersi assicurati di aver fissato le ruote.

Figura 2.3



- *Archetto reggi coperte* (Figg. 2.3-2.4) se il paziente non muove assolutamente le gambe usare un archetto metallico in maniera che coperto e lenzuola non pesino sui piedi facendo assumere una posizione innaturale.

Figura 2.3. - In presenza di ipocemie, paroni, sia senza mobilità degli arti inferiori, l'uso di un archetto per sollevare le coperte può agevolare i cambi di posizione

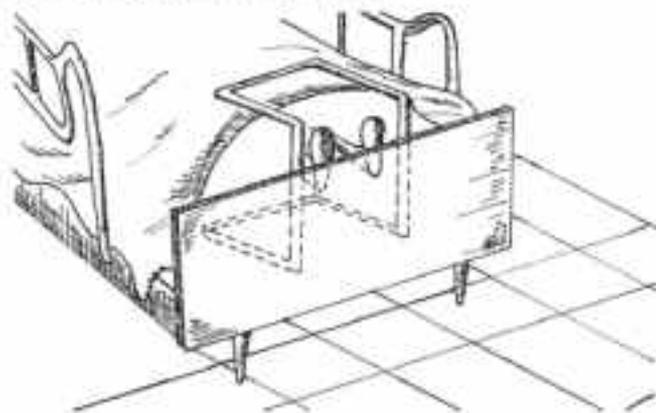
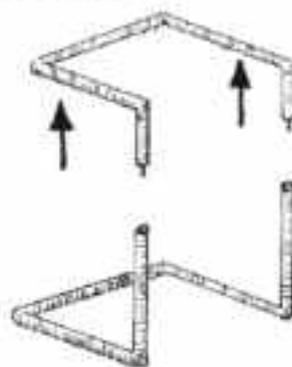


Figura 2.4. - Abbraccio a come viene progettato l'archetto: va posto in maniera tale da poterne estrarre una parte e facilitare così il cambiare le lenzuola



Il malato allettato per lunghi periodi di tempo può presentare una notevole fragilità delle ossa per osteoporosi grave o per alcune malattie come i tumori. Una persona ammalata che resta allettata per lungo tempo presenta molte difficoltà e per evitare il peggioramento della sua situazione o per la cura giornaliera è necessario mobilitarlo. Questi ammalati sono molto fragili e i movimenti bruschi o fatti male possono provocare delle fratture. Pochi movimenti ben fatti, la buona volontà e la calma, rendono molto semplici le operazioni di pulizia del letto, cambio biancheria del malato e cambio di posizione per evitare lesioni da pressione. Il familiare che si occuperà di queste manovre deve porsi come obiettivo quello di eseguirle ottenendo il miglior risultato con il minimo sforzo. Un movimento non eseguito correttamente può essere molto dannoso sia per chi presta aiuto che per chi lo riceve. Molti dolori alla schiena che lamentano i familiari sono, infatti, causati da un'errata esecuzione delle tecniche di sollevamento. Di seguito sono riportate le principali tecniche corrette di mobilitazione, durante l'esecuzione assicurarsi sempre del benessere del paziente e accertarsi di assumere posizioni corrette, prendendo il tempo che serve:

◀ *Trasporto del malato dal letto alla carrozzina o sedia o poltrona: numero minimo due persone (Fig. 2.5)*

- Ruotare il paziente su di un fianco e spostare poi le gambe fuori dal letto;
- Sollevare il paziente facendolo sedere sul margine del letto;
- Portare un braccio dell'operatore sotto le ginocchia e l'altro dietro la schiena;
- Appoggiare le braccia del paziente sulle spalle degli operatori;
- Sollevare il paziente e adagiarlo sulla sedia o carrozzina dopo essersi assicurati di aver fissato le ruote.

Figura 2.5



◀ *Trasporto del malato dal letto alla carrozzina o sedia o poltrona: numero minimo due persone (Figg. 2.6-2.10) (Figg. 2.11-2.13)*

- Posizionarsi in piedi all'altezza dell'area, mettendo un piede vicino alla testata del letto e l'altro di lato;
- Mettere un braccio dietro le spalle del paziente e l'altro sopra le cosce;
- Far spostare le gambe del paziente verso il bordo del letto e, nel frattempo, fare forza sulla propria gamba arretrata per sollevare il tronco e le gambe del paziente;
- Mettersi di fronte al paziente valutando la stabilità ed eventuali malcostumi;
- Allargare i piedi, piegare le anche e le ginocchia;
- Le gambe non devono essere allineate;
- Circondare con le braccia la vita del paziente;
- Alzare in piedi il paziente portando indietro il peso del proprio corpo;
- Appoggiare il proprio ginocchio più avanzato contro quello del paziente, fino a che si trova in posizione eretta;
- Fare forza sul piede leggermente arretrato fino a quando il paziente scende dietro di sé la sedia, mantenendo sempre le proprie ginocchia contro quelle del paziente.

Figura 2.6 - Volturno del letto: prima si ruota su la schiena (vedi tecnica) di un operatore e l'altra assume gli arti inferiori assicurandosi il loro appoggio contro il ginocchio.



Fig. 2.7

Figura 2.7 - Far ruotare il paziente di 90 gradi e, con un braccio, paralizzare il corpo del malato.



Figura 2.8 - Un braccio dell'operatore si appoggia sotto il collo, mentre l'altro si appoggia sui fianchi del malato.



Figure 2.13 e 2.14. - Operative possibili aiutare ancora presente un suo ginocchio contro quello del malato per farlo "partire", ma l'altro ginocchio dell'operatore va posto sempre tra le gambe del malato per evitare che scivoli e cada a terra.



18 - IL PAZIENTE A CASA

- Mettere una mano sotto la spalla destra del paziente e l'altra sotto il fianco destro. Chi esegue la manovra deve avere la schiena dritta e deve allungare la gamba piegata per dare la giusta spinta e facendosi contemporaneamente forza con il ginocchio appoggiato sul letto, gira il malato verso destra;
- La spalla su cui ruota il paziente non deve essere infossata ma deve essere in fase con la clavicola (la clavicola è una delle ossa che compongono il complesso articolare della spalla. È individuabile guardandosi allo specchio: si trova alla base del collo e collega lo sterno alla spalla);
- In alternativa al metodo suggerito, si può ruotare il paziente aiutandosi con il lenzuolo posto sotto di lui.

Figura 2.14. - Ogni due ore eseguire un cambio posturale, avendo cura di ripetere in ogni posizione l'asse di simmetria del malato senza torsioni e/o inclinazioni del corpo. Uso di cuscini di varie forme agevola il posizionamento. Tra ginocchia e malleoli, sotto la testa, dietro la schiena possono aiutare al corretto posizionamento.





AMMENTI DI ASSISTENZA NELLE CURE PALLIATIVE...

IMPEGNO
QUALITÀ
PASSIONE

IMPEGNO
QUALITÀ
PASSIONE

IMPEGNO
QUALITÀ
PASSIONE

IL MANUALE

- Non è un testo enciclopedico, non vuole avere, per spirito degli autori stessi, la presunzione di risolvere qualsiasi problema si possa presentare nel corso dell'assistenza domiciliare.
- La **semplicità del linguaggio** e la facile comprensione dei contenuti, non prescinde da una sua **rigorosità scientifica** e vuole essere soltanto un punto d'unione tra tutti coloro che, aiutando una persona in difficoltà, quale un malato grave, non debbano essere colpevolizzati dal fatto di **non essere addetti ai lavori**.
- Un testo **nuovo** nel suo genere, scaturito dall'idea di persone che svolgono quotidianamente un tipo di lavoro a contatto con persone malate, contesti familiari e tutto quello che può accadere dentro le case durante l'assistenza domiciliare.
- Il testo cerca perciò di porre l'attenzione sulle **necessità** più importanti sui **dubbi** più comuni sulle possibili **situazioni "difficili"** che a volte divengono vere urgenze, non dimenticando i piccoli interrogativi che spesso sono sembrati a noi stessi banali ma che, al contrario sono stati motivo di forte ansia non solo per il paziente ma anche per i familiari e per i volontari alle prime esperienze.
- **DESTINATARI** Familiari, assistenti familiari, studenti medici e infermieri, operatori socio sanitari

L'anziano

Persone ancora vitali



Persone che hanno ancora tanti desideri:
*"... di non peggiorare la salute ...di vivere il calore di una famiglia
...di essere tra i giovani e di essere rispettati"*

Chiedono di essere maggiormente coinvolti nelle questioni forti della vita, ivi comprese quelle riguardanti il futuro

QUALITA' DI VITA:

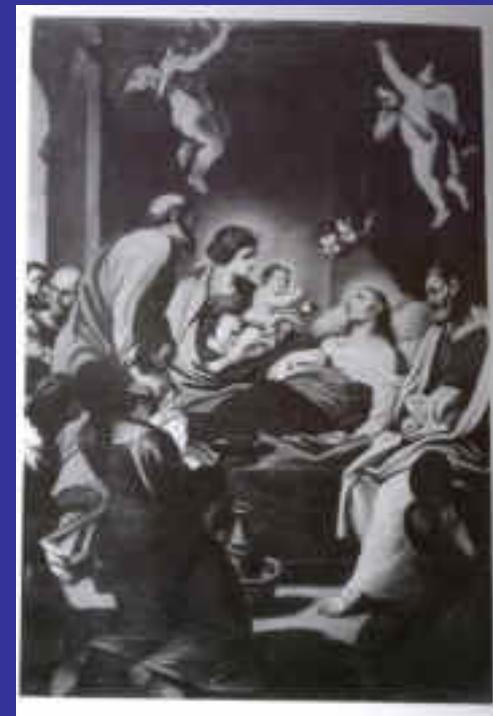
non più come *tentativo di sopravvivenza* ma come *possibilità di vivere*

La Famiglia

Cambiamento della domanda di
assistenza:
bisogno di assistenza a lungo
termine

La spesa a carico delle
famiglie è aumentata non solo
sul versante economico ma
anche su quello delle risorse
famigliari coinvolte
nell'assistenza

“...La famiglia è sempre più piccola e sempre più vecchia...”
ma mantiene necessariamente il ruolo di compensazione



Da Andrea Sacchi, *Morte di S. Anna*, Genova, Palazzo del Principe.



La Famiglia

Bisogno di sentirsi sicuri che al proprio caro venga fornita la migliore assistenza possibile

Magotti A. Spiani L. " I bisogni dei pazienti ricoverati in terapie intensive del trentino" Ass.Inf. Ric. 1999; 18:124-30

Bisogno di essere informati

L.Cunico, C. Quiri "Famigliari del paziente geriatrico in ospedale: i loro bisogni di informazione, counselling e accessibilità" Ass.Inf e ric 2003 22,4

Comunicazione e integrazione



Modelli assistenziali a confronto

A casa la famiglia e i parenti dell'anziano hanno potuto rispettare esigenze e prestare cure personalizzate

Gli operatori

COMPETENZE RELAZIONALI

*Informare vuol dire
accogliere la famiglia
Evitando tensioni ed
ostacoli generati dalla
diffidenza al momento di
entrata in istituto*

*Informare vuol dire avviare
un processo di conoscenza
reciproca*

*Conoscersi vuol dire
scambiare e raccogliere
informazioni*



COMPETENZE EDUCATIVE

*mettere in moto nella
famiglia un processo di
Empowerment finalizzato
allo sviluppo di confidenza
e competenza*

COMPETENZE TECNICHE

*Nella gestione delle attività di vita quotidiana
L'operatore diviene un Facilitatore affinché
possa trasferirle, condividendole, alla famiglia*

