



Dare valore al fine vita in RSA: la costruzione di una cultura palliativa

SEMINARIO ECM **Crediti ECM: 7.8**

4 marzo 2025 ore 10.00 -17.00

Sala Rita Dioguardi, Villa La Quiete alle Montalve, via P. Dazzi, 1 - Firenze
(Max. 40 partecipanti)



La postura palliativa nella cura





**“Le cure palliative sono un approccio
che **migliora la qualità della vita**
dei pazienti e delle famiglie che si confrontano
con i problemi associati a malattie mortali,
attraverso la prevenzione
ed il sollievo della **sofferenza**
per mezzo dell’identificazione precoce
e del trattamento del dolore
e di altri **problemi fisici, psicosociali e spirituali**”**

What is health? The ability to adapt

Health is not a "state of complete physical, mental, and social well-being". And nor is it "merely the absence of disease or infirmity". The first part of this formulation is enshrined in WHO's famous founding constitution, adopted in 1946. It was supposed to provide a transformative vision of "health for all", one that went beyond the prevailing negative conception of health based on an "absence" of pathology. But neither definition will do in an era marked by new understandings of disease at molecular, individual, and societal levels. Given that we now know the important influence of the genome in disease, even the most optimistic health advocate surely has to accept the impossibility of risk-free wellbeing.

That said, the conjunction of the physical, psychological, and social remains powerfully relevant to this day. Indeed, this framework should be extended in two further dimensions. First, human health cannot be separated from the health of our total planetary biodiversity. Human beings do not exist in a biological vacuum. We live in an interdependent existence with the totality of the living world. The second dimension is in the realm of the inanimate. The living world depends upon a healthy interaction with the inanimate world. Thanks to the science of climate change, we now understand only too well how contingent our human wellbeing is on the "health" of the Earth's systems of energy exchange.

Science has contributed to our understanding of wellbeing through an ingenious apparatus of techniques that reveal not only the causal pathways of ill health but also evidence for their amelioration. But the language of science can be inhibitory. For example, the notion of suffering is no longer fashionable. It is not a scientific word; it seems vague and old-fashioned, harking back to a time of clinical impotence, when patients had to endure and tolerate pain without respite or relief. Science aims to deliver the means to eliminate much of what once passed for human suffering.

But as the opening article in our Series on health in the occupied Palestinian territory shows, dimensions of suffering, especially at the community level, are measurable and often severe. Science has not eradicated suffering, despite its enormous power to deliver technologies to improve health. Being more humble about the experience of individuals, rather than simply drawing up reductive report cards of their health status, opens up the possibility

for a more realistic understanding of what it means to be healthy. The fact is that one cannot be healthy in an unhealthy society.

Health certainly has to encompass these complex determinants of illness. But to say this can induce a feeling of fatigue, even defeat. The obstacles to a minimum quantity of health seem so huge and so complex that it is almost impossible for a single doctor to have any influence on their effects. But if we take a more modest view of what health means, perhaps we may be able to transcend the complexities of disease and offer a very practical mission for modern medicine.

That mission was set out most clearly by a French physician, Georges Canguilhem, in his 1943 book, *The Normal and the Pathological*. Canguilhem rejected the idea that there were normal or abnormal states of health. He saw health not as something defined statistically or mechanically. Rather, he saw health as the ability to adapt to one's environment. Health is not a fixed entity. It varies for every individual, depending on their circumstances. Health is defined not by the doctor, but by the person, according to his or her functional needs. The role of the doctor is to help the individual adapt to their unique prevailing conditions. This should be the meaning of "personalised medicine".

The beauty of Canguilhem's definition of health—of normality—is that it includes the animate and inanimate environment, as well as the physical, mental, and social dimensions of human life. It puts the individual patient, not the doctor, in a position of self-determining authority to define his or her health needs. The doctor becomes a partner in delivering those needs.

For a scientific journal too, Canguilhem's definition is liberating. By using adaptability as the test of health, a journal can evolve to address the changing circumstances of disease. Adaptability frees us to be agile in the face of shifting forces that shape the wellbeing of individuals and populations. Canguilhem's definition also allows us to respond to disease globally, taking account of the context of conditions in a particular place, as well as time.

Health is an elusive as well as a motivating idea. By replacing perfection with adaptation, we get closer to a more compassionate, comforting, and creative programme for medicine—one to which we can all contribute. ■ *The Lancet*



See Series page E57

The Lancet.
Vol 373 March 7, 2009

Postura gentile

Dal latino **gentilis** “che appartiene alla gens” e cioè al gruppo di famiglie che si riconoscevano discendenti da un comune capostipite

La parola “**kindness**” ha le sue radici nell’inglese antico cynd – significante natura, famiglia, lignaggio – parentela.

La «gentilezza» implica dunque il riconoscimento di appartenere alla stessa natura degli altri.

Postura gentile

- ❑ Una pratica della Cura orientata alla “Gentilezza” non significa affatto, o soltanto, abbellire la relazione tra curati e curanti con modi cortesi.
- ❑ Non è una questione cosmetica, di “etichetta”, ma di “etica”, cioè di dare valore all’Altro **riconoscendone i diritti.**

Postura gentile

Una pratica della Cura ispirata alla gentilezza deve sapersi muovere all'incrocio fra i diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato **efficacemente** e quello ad essere **rispettato** come persona, espressione complessa di varie integrazioni bio-psico-socio-ambientali.

Il cardine della relazione di Cura è il **consenso informato**, che purtroppo è spesso ridotto a mera pratica burocratica ed invece nel suo significato più vero sta a significare la consapevole partecipazione del paziente alle scelte che riguardano la sua salute, realizzando così la sintesi tra due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute.

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti

LEGGI 22 dicembre 2017, n. 203
Schema di legge di consenso informato e di divieto di trattamento sanitario
 IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
 PROMULGA
 la seguente legge:
 Art. 1
 Consenso informato
 1. La presente legge, nel rispetto del principio di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona interessata, stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

ARTICOLO 1 - Consenso informato

Comma 1

La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, **tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge**

Dovere di informare

Articolo 1, Comma 3

Ogni persona ha il **diritto di conoscere le proprie condizioni di salute** e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico

Diritto di non sapere

Consenso informato

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

(2014)

Art. 20

Relazione di cura

La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità.

Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura.





**“Scrivere ricette è facile,
ma è comprendersi con la gente
per tutto il resto
che è difficile”**

Franz Kafka

Un medico di campagna, 1919



***“E’ molto più importante sapere
che tipo di paziente ha quella malattia,
piuttosto che sapere
che tipo di malattia ha quel paziente”***

William Osler - Remark on specialism. Boston Med Surg J 1892;126:457-9

Consensus Conference

“Linee di indirizzo per l’utilizzo della medicina narrativa

in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative”

11-12-13 giugno 2014

Aula Rossi

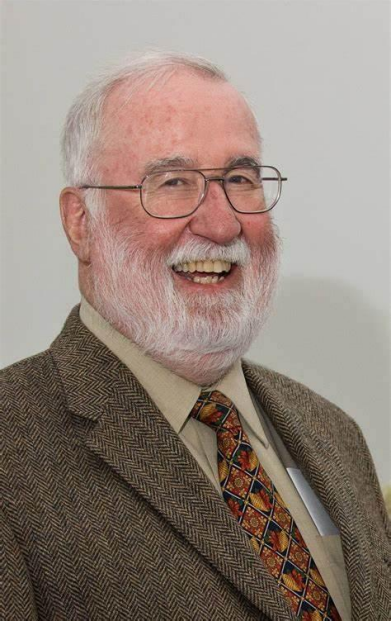
Istituto Superiore di Sanità

Via Giano della Bella, 34 - Roma

Con il termine di Medicina Narrativa (mutuato dall’inglese *Narrative Medicine*) si intende una metodologia d’intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura).

La Medicina Narrativa (NBM) si integra con la Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate.

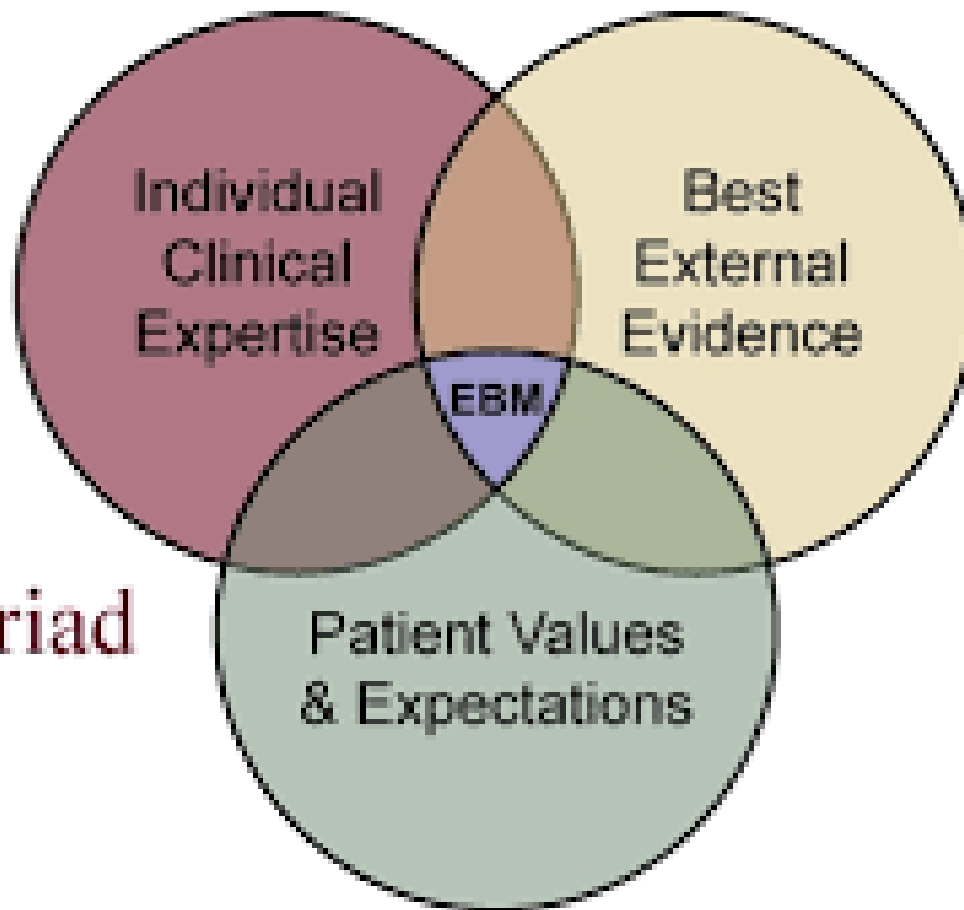
La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagonisti del processo di cura.



“Il premuroso ed empatico riconoscimento delle difficili condizioni dei pazienti, dei loro diritti e delle loro preferenze nelle decisioni che riguardano la loro cura” è una componente essenziale di quella *expertise* dei curanti che, insieme all’*utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso della migliore letteratura scientifica*” costituisce il fondamento della EBM

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS.
Evidence based medicine: what it is and what it isn't.
BMJ 1996;312:71-2

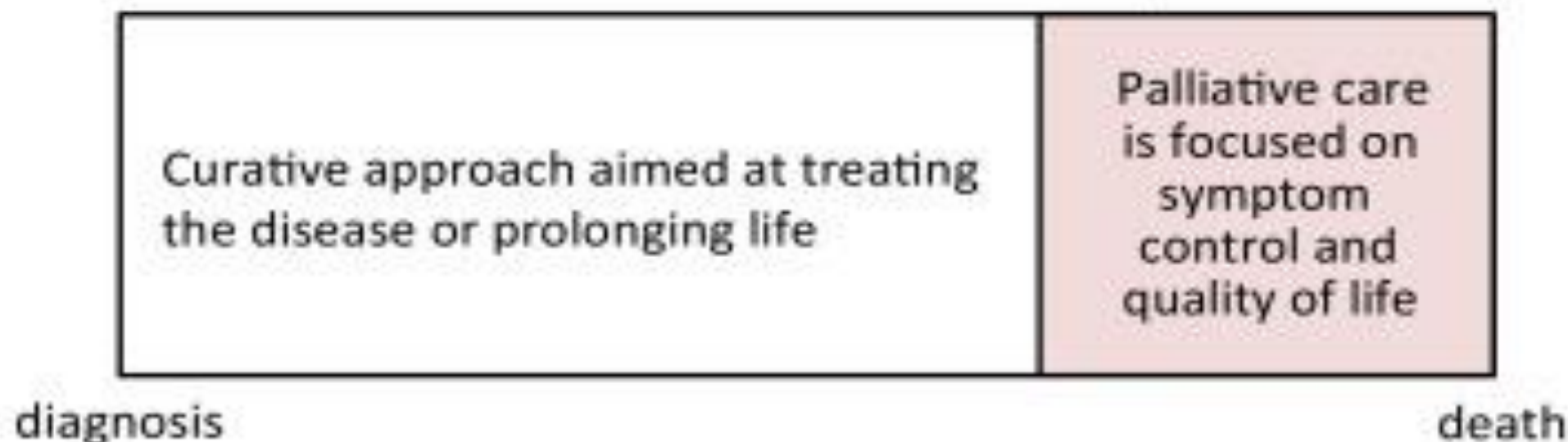
The EBM Triad



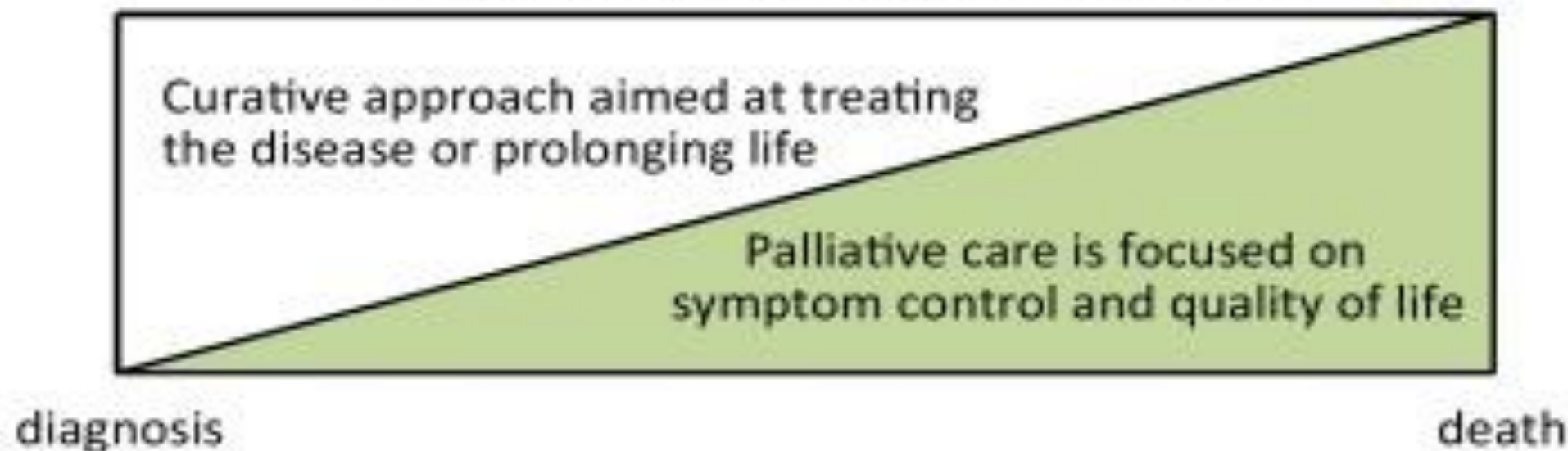
«L' EBM costituisce un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente»

David Sackett

Traditional transition between curative and palliative care



Early integration model of palliative care



Roma. Il figlio che ha scritto a Lorenzin: "Era malato terminale di cancro, per lui solo indifferenza"

"Urla, risate, panini mio padre moriva e il pronto soccorso era una bolgia"

MARIA NOVELLA DE LUCA

ROMA. «È morto in quello stanzone del San Camillo, tra tossicodipendenti e vagabondi, la sua agonia offerta agli occhi di tutti, mentre noi cercavamo di proteggere i suoi ultimi respiri facendo scudo con i nostri corpi. Si chiamava Marcello, aveva 74 anni, era un uomo allegro ed era mio padre: ha detto addio alla vita tra gente che urlava, medici

mato un'ambulanza».

Siete arrivati al San Camillo.

«Mio padre è entrato al Pronto Soccorso alle 5, e io sono riuscito a vederlo soltanto dopo molte ore, durante le visite delle 12.30. I medici avevano capito che era gravissimo, ma l'avevano lasciato in mezzo allo stanzone dei codici verdi e bianchi, dove finiscono i casi meno urgenti, uomini e donne insieme, da chi si rompe una gamba

ziane, affette da Alzheimer, che continuavano a spogliarsi, e i parenti del letto accanto che ridevano. Ho vegliato mio padre seduto sul pavimento di quel girone infernale, scacciando chi si fermava a guardare la sua agonia».

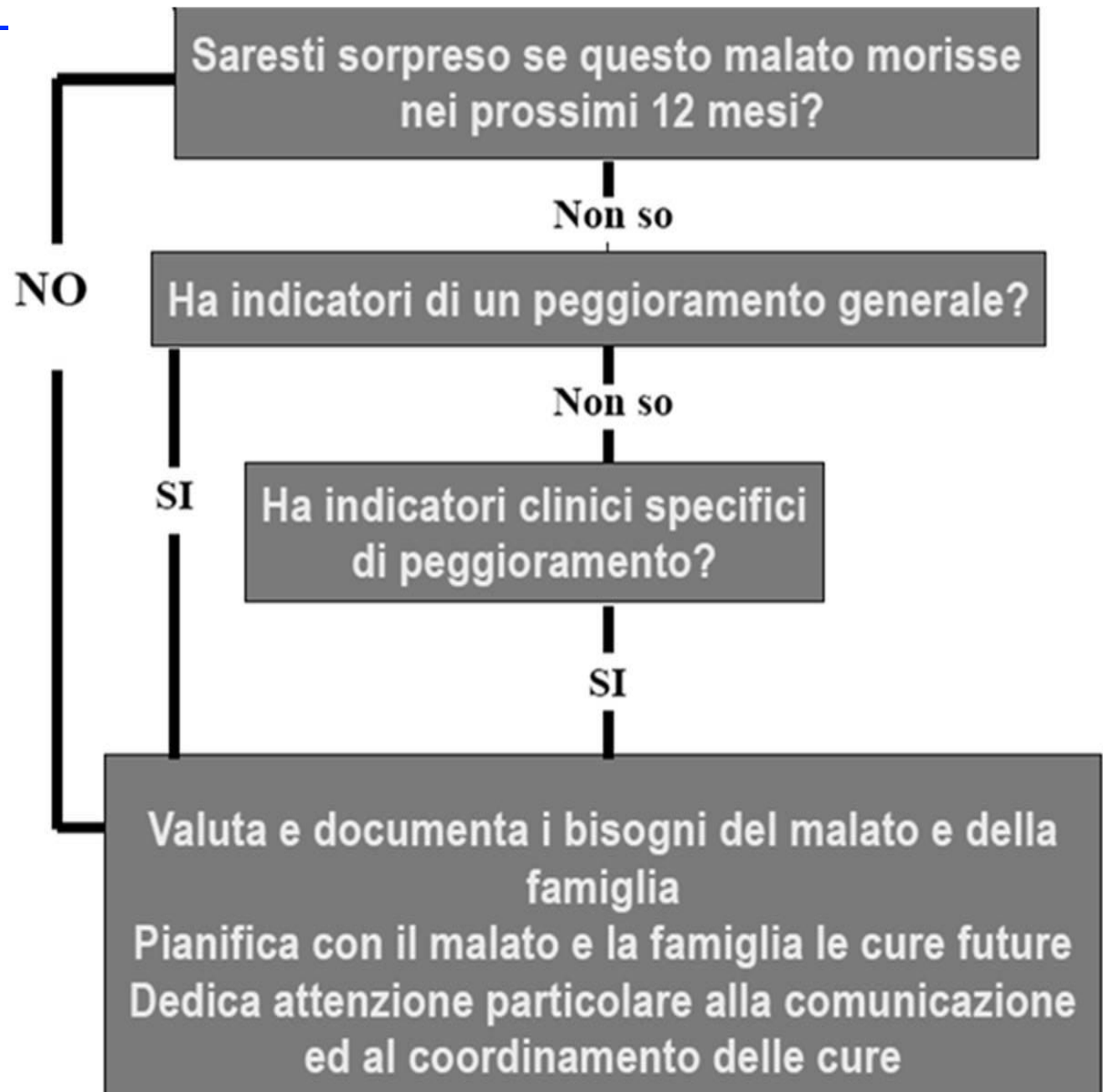
Alla fine il paravento lo avete conquistato...

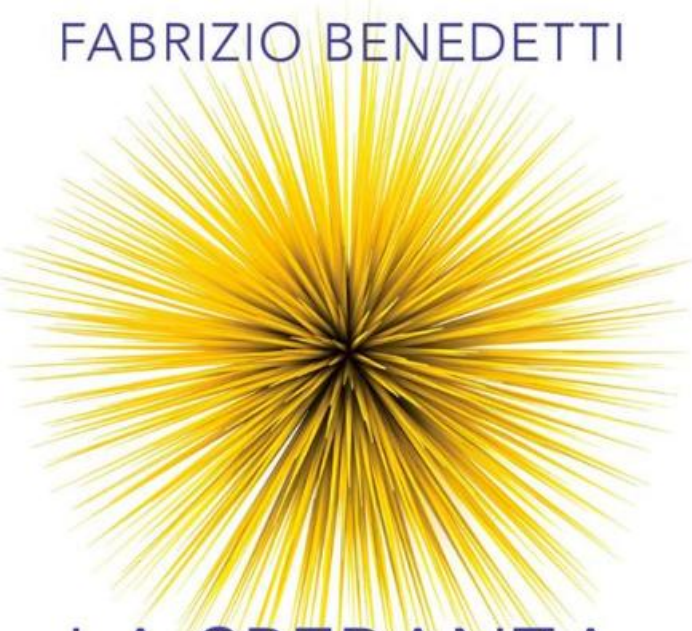
«Sì, grazie ad una infermiera, molto professionale ma anche umana, che ce ne ha rimediato

che a tutti sembrasse normale che un uomo potesse agonizzare in una stanza piena di gente. E ancora una volta, soltanto grazie a quella infermiera che vorrei ringraziare, abbiamo ottenuto un posto un po' più appartato. E in quella bolgia l'unica persona che ci ha dato un po' di conforto è stata la mamma di una ragazza gravemente disabile. Ricordo il dolore dei suoi occhi».

Perché non avete trasferito

The «surprising» question





LA SPERANZA
È UN
FARMACO

Come le parole possono vincere la malattia

MONDADORI

"Oggi la scienza ci dice che le parole sono delle potenti frecce che colpiscono precisi bersagli nel cervello, e questi bersagli sono gli stessi dei farmaci che la medicina usa nella routine clinica. Le parole attivano le stesse vie biochimiche di farmaci come la morfina e l'aspirina.

In questo libro voglio lanciare un messaggio: parole, speranza e farmaci inducono effetti simili con meccanismi simili. E lo faccio parlando sì di scienza, ma raccontando anche brevi storie di pazienti che ci hanno fatto capire tutto ciò. Solo con questo duplice approccio, la scienza da una parte e la prospettiva di chi soffre dall'altra, è possibile comprendere la vera forza della speranza nella sofferenza e nella malattia."



[HOME](#) [COS'È SLOW MEDICINE](#) [NEWS](#) [IL PENSIERO SLOW](#) [PROGETTI](#) [CHOOSING WISELY](#) [LA RETE SLOW](#) [CONTATTI](#) [DIVENTA SOCIO](#)

SOBRIA



GIUSTA



Sobria Rispettosa Giusta



FARE DI PIÙ NON VUOL DIRE FARE MEGLIO

La diffusione e l'uso di nuovi trattamenti sanitari e di nuove procedure diagnostiche non sempre si accompagnano a maggiori benefici per i pazienti. Interessi economici e ragioni di carattere culturale e sociale spingono all'eccessivo consumo di prestazioni sanitarie, dilatando oltre misura le aspettative delle persone, più di quanto il sistema sanitario sia poi in grado di soddisfarle. Non si pone inoltre sufficiente attenzione all'equilibrio dell'ambiente e all'integrità dell'ecosistema.

Una medicina sobria implica la capacità di agire con moderazione, gradualità, essenzialità e di utilizzare in modo appropriato e senza sprechi le risorse disponibili. Rispetta l'ambiente e salvaguarda l'ecosistema.

Slow Medicine riconosce che fare di più non vuol dire fare il meglio.



VALORI, ASPETTATIVE E DESIDERI DELLE PERSONE SONO DIVERSI E INVIOLABILI

Ognuno ha diritto di essere quello che è e di esprimere quello che pensa. Una medicina rispettosa accoglie e tiene in considerazione i valori, le preferenze e gli orientamenti dell'altro in ogni momento della vita; incoraggia una comunicazione onesta, attenta e completa con i pazienti.

I professionisti della salute agiscono con attenzione, equilibrio e educazione.

Slow medicine riconosce che valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili.



CURE APPROPRIATE E DI BUONA QUALITÀ PER TUTTI

Una medicina giusta promuove la prevenzione, intesa come tutela della salute, e cure appropriate, cioè adeguate alla persona e alle circostanze, di dimostrata efficacia e accettabili sia per i pazienti che per i professionisti della salute.

Una medicina giusta e completa contrasta le disuguaglianze e facilita l'accesso ai servizi socio-sanitari, supera la frammentazione delle cure e favorisce lo scambio di informazioni e saperi tra i professionisti in una logica sistemica.

Slow Medicine promuove cure appropriate e di buona qualità per tutti.



FARE DI PIÙ NON VUOL DIRE FARE MEGLIO

La diffusione e l'uso di nuovi trattamenti sanitari e di nuove procedure



VALORI, ASPETTATIVE E DESIDERI DELLE PERSONE SONO DIVERSI E INVIOLABILI

Ognuno ha diritto di essere quello che è e di esprimere quello che pensa.



CURE APPROPRIATE E DI BUONA QUALITÀ PER TUTTI

Una medicina giusta promuove la prevenzione, intesa come tutela della

SPECIAL ARTICLES

The End of the Disease Era

Mary E. Tinetti, MD, Terri Fried, MD

The time has come to abandon disease as the focus of medical care. The changed spectrum of health, the complex interplay of biological and nonbiological factors, the aging population, and the interindividual variability in health priorities render medical care that is centered on the diagnosis and treatment of individual diseases at best out of date and at worst harmful. A primary focus on disease may inadvertently lead to undertreatment, overtreatment, or mistreatment. The numerous strategies that have evolved to address the limitations of the disease model, although laudable, are offered only to a select subset of persons and often further fragment care. Clinical decision making for all patients should be predicated on the attainment of

individual goals and the identification and treatment of all modifiable biological and nonbiological factors, rather than solely on the diagnosis, treatment, or prevention of individual diseases. Anticipated arguments against a more integrated and individualized approach range from concerns about medicalization of life problems to “this is nothing new” and “resources would be better spent determining the underlying biological mechanisms.” The perception that the disease model is “truth” rather than a previously useful model will be a barrier as well. Notwithstanding these barriers, medical care must evolve to meet the health care needs of patients in the 21st century. **Am J Med.** 2004;116:179–185. ©2004 by Excerpta Medica Inc.

The End of the Disease Era

Mary E. Tinetti, MD, Terri Fried, MD

The time has come to abandon disease as the focus of medical care. The changed spectrum of health, the complex interplay of biological and nonbiological factors, the aging population, and the interindividual variability in health priorities render medical care that is centered on the diagnosis and treatment of individual diseases at best out of date and at worst harmful. A primary focus on disease may inadvertently lead to undertreatment, overtreatment, or mistreatment. The numerous strategies that have evolved to address the limitations of the disease model, although laudable, are offered only to a select subset of persons and often further fragment care. Clinical decision making for all patients should be predicated on the attainment of

individual goals and the identification and treatment of all modifiable biological and nonbiological factors, rather than solely on the diagnosis, treatment, or prevention of individual diseases. Anticipated arguments against a more integrated and individualized approach range from concerns about medicalization of life problems to "this is nothing new" and "resources would be better spent determining the underlying biological mechanisms." The perception that the disease model is "truth" rather than a previously useful model will be a barrier as well. Notwithstanding these barriers, medical care must evolve to meet the health care needs of patients in the 21st century. *Am J Med.* 2004;116:179-185. ©2004 by Excerpta Medica Inc.

The time has come to abandon disease as the focus of medical care.

The changed spectrum of health, the complex interplay of biological and nonbiological factors, the aging population, and the interindividual variability in health priorities render medical care that is centered on the diagnosis and treatment of individual diseases at best out of date and at worst harmful.

Clinical decision making for all patients should be predicated on the attainment of individual goals and the identification and treatment of all modifiable biological and nonbiological factors, rather than solely on the diagnosis, treatment, or prevention of individual diseases.

The End of the Disease Era

Mary E. Tinetti, MD, Terri Fried, MD

The time has come to abandon disease as the focus of medical care. The changed spectrum of health, the complex interplay of biological and nonbiological factors, the aging population, and the interindividual variability in health priorities render medical care that is centered on the diagnosis and treatment of individual diseases at best out of date and at worst harmful. A primary focus on disease may inadvertently lead to undertreatment, overtreatment, or mistreatment. The numerous strategies that have evolved to address the limitations of the disease model, although laudable, are offered only to a select subset of persons and often further fragment care. Clinical decision making for all patients should be predicated on the attainment of

individual goals and the identification and treatment of all modifiable biological and nonbiological factors, rather than solely on the diagnosis, treatment, or prevention of individual diseases. Anticipated arguments against a more integrated and individualized approach range from concerns about medicalization of life problems to "this is nothing new" and "resources would be better spent determining the underlying biological mechanisms." The perception that the disease model is "truth" rather than a previously useful model will be a barrier as well. Notwithstanding these barriers, medical care must evolve to meet the health care needs of patients in the 21st century. *Am J Med.* 2004;116:179-185. ©2004 by Excerpta Medica Inc.

Table 1. Characteristics of Two Models of Medical Care

Disease-Oriented Model	Integrated, Individually Tailored Model
<p>Clinical decision making is focused primarily on the diagnosis, prevention, and treatment of individual diseases.</p> <p>Discrete pathology is believed to cause disease; psychological, social, cultural, environmental and other factors are secondary factors, not primary determinants of disease.</p> <p>Treatment is targeted at the pathophysiologic mechanisms thought to cause the disease(s).</p> <p>Symptoms and impairments are best addressed by diagnosing and treating "causative" disease(s).</p> <p>Relevant clinical outcomes are determined by the disease(s).</p> <p>Survival is the usual primary focus of disease prevention and treatment.</p>	<p>Clinical decision making is focused primarily on the priorities and preferences of individual patients.</p> <p>Health conditions are believed to result from the complex interplay of genetic, environmental, psychological, social, and other factors.</p> <p>Treatment is targeted at the modifiable factors contributing to the health conditions impeding the patient's health goals.</p> <p>Symptoms and impairments are the primary foci of treatment even if they cannot be ascribed to a discrete disease.</p> <p>Relevant clinical outcomes are determined by individual patient preference.</p> <p>Survival is one of several competing goals.</p>



***Tutto ciò che è tecnicamente possibile
è anche eticamente ammissibile,
socialmente accettabile,
giuridicamente lecito?***



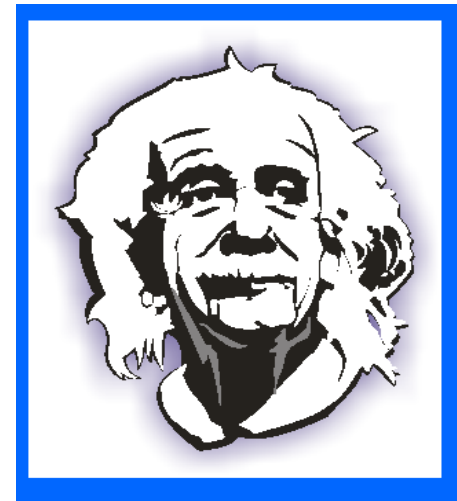
PATIENT-CENTERED CARE



Concept by Sachin Jain, Art by Matthew Hayward © 2014 All Rights Reserved

Sachin H. Jain, Harvard Medical School

**“I problemi che abbiamo oggi
non saranno mai risolti
all’interno della stessa cultura
che li ha generati”**



Le cure palliative del XXI secolo

Cambiamento da

- Malattia terminale
- Cancro
- Malattia
- Andamento progressivo
- Dicotomia **CURATIVO-PALLIATIVO**
- Ruolo passivo del paziente
- Servizi di cure palliative

A

- Malattia cronica in fase avanzata
- Tutte le malattie croniche *end stage*
- Condizione (fragilità, polipatologie, dipendenza)
- Andamento progressivo con crisi e riesacerbazioni
- Cure **SIMULTANEE, COMBinate**
- *Advanced care planning*
- Approccio palliativo in ogni setting

Da Gomez-Batiste X. et al. "Identifying needs and improving palliative care..."
Curr.Opin.Support Palliat.Care 2012;6:371-78

