



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA  

---

Corso di Laurea in INFERMIERISTICA

**D.A.T. E OPIIODI**  
**NEL DOLORE ONCOLOGICO**  
**Un case report sulle sfide future**

Relatore: Chiar.mo  
**Dott. Maurizio Massetti**

Tesi di Laurea di:  
**Cristina Spurio Vennarucci**

Correlatore: Chiar.mo  
**Dott.ssa Tiziana Traini**

A.A. 2018/2019

*La sensibilità verso la sofferenza,  
unita al rispetto per la libertà e la dignità della  
persona,  
è ciò senza cui qualunque progetto di riumanizzazione della medicina  
è destinato al fallimento.*

*Angelo Guido Sabatini, Medicina e morale, 1983*

*A mamma e zio, i miei due angeli*

## Sommario

INTRODUZIONE.....	1
1 CAPITOLO: IL DOLORE.....	3
1.1 Definizione del dolore.....	3
1.2 Fisiologia del dolore.....	3
1.3 Classificazione del dolore.....	5
1.4 Accertamento infermieristico del dolore e riferimento al caso clinico.....	6
1.5 Assistenza infermieristica e dolore: case report.....	8
1.6 Trattamento del dolore.....	10
2 CAPITOLO: Le DAT: Disposizioni anticipate di trattamento.....	17
2.1 Definizione di DAT.....	17
2.2 Le DAT e la richiesta della signora.....	18
2.3 La legislazione delle DAT.....	19
3 CAPITOLO: L’Infermiere palliativista.....	21
3.1 Le cure palliative.....	21
3.2 La rete delle cure palliative.....	22
3.3 Legge 39/1999.....	22
3.4 Le competenze che caratterizzano il core curriculum dell’infermiere e la formazione 23	
3.5 Dove lavora l’infermiere delle cure palliative: Hospice e Domicilio.....	25
3.6 Cicely Saunders.....	27
4 IL METADONE.....	29
4.1 La storia.....	29
4.2 Il metadone.....	29
4.3 Farmacodinamica del metadone.....	30
4.4 Il metadone nel case report.....	31
5 CAPITOLO: Presentazione del caso clinico.....	32
5.1 CENNI DI ANATOMIA, FISIOLOGIA E PATOLOGIA:.....	32
5.2 LA MALATTIA.....	34
1.3 IL CASO.....	36

5.3	Diagnosi infermieristiche in riferimento al caso clinico .....	39
	CLASSIFICAZIONE DIAGNOSI .....	39
	DIAGNOSI.....	39
6	CONCLUSIONI.....	43

## INTRODUZIONE

La scelta di trattare questo argomento nasce dalle mie esperienze di tirocinio, svolte attraverso il percorso universitario.

Numerose volte, soprattutto nelle U.O di medicina, pneumologia e rianimazione, mi sono trovata davanti ad assistiti, giunti in Ospedale al termine della lotta alla sopravvivenza per l'aggravarsi della loro patologia.

Il primo approccio alla persona che si trova alla fine della propria vita, l'ho avuto proprio al primo anno di corso, all'inizio delle mie esperienze accademiche. Si trattava di pazienti che avevano convissuto per anni, con due o più malattie croniche e che erano giunti al ricovero perché le loro condizioni cliniche erano peggiorate.

Ricordo che sebbene gli operatori fossero consapevoli del fatto che il decesso fosse imminente, non ne discutevano né con l'assistito, né con i famigliari: anzi, molto spesso erano i coniugi o i figli a chiedere delucidazioni riguardo allo stato di salute del congiunto, che quasi sempre restava all'oscuro di tutto. Il fatto che non si parlasse della morte, rendeva le circostanze più angoscianti di quanto non fossero già, dato che nella nostra società, la morte resta tuttora è un argomento "buio".

Ho percepito inoltre, per esempio che spesso molti sintomi (come il dolore, la dispnea e l'agitazione), in ospedale sono poco controllati e che alcuni interventi vengono eseguiti quando molte volte il beneficio che l'utente ne può trarre è ben poco. Tutto ciò mi ha dato la sensazione che sebbene si fosse consapevoli della situazione, si facesse di tutto pur di posticipare il momento del decesso (medicina difensivistica).

La fase terminale della propria vita è un momento importantissimo, che può essere ancora pieno di significato e di possibilità. Per questo infatti è opportuno che si cerchi di integrare alla prospettiva meramente tecnica delle terapie "un'etica dell'accompagnamento", che permetta al malato di vivere con dignità il tempo che gli resta. Si tratta quindi di un approccio che riesca a porre l'attenzione sui desideri del paziente, spostando il punto di vista verso il "prendersi cura" piuttosto che sul "guarire". Sarebbe dunque di focale importanza che tra infermiere e paziente si instauri un rapporto di fiducia reciproca.

I pazienti hanno bisogno di trovare nell'infermiere, una figura esperta nel soddisfare i loro bisogni e risolvere le loro problematiche assistenziali, tramite un ascolto attivo. In definitiva, sono alla ricerca di un professionista capace ad aiutarli nel loro percorso di cura.

Ho avuto poi la fortuna di avvicinarmi, alla fine di questo percorso, ad una realtà diversa: le cure a domicilio.

In questo periodo mi è stata concessa la possibilità di conoscere B.T., una donna che convivendo con una malattia cronica, come lo è un carcinoma, ha trovato la forza, grazie anche all'aiuto di personale sanitario a "combattere".

E' stata proprio questa signora di 53 anni a fornirmi lo stimolo di realizzare questo progetto finale, nel quale, è lei stessa la protagonista.

Questo elaborato tesi, ha quindi come obiettivo quello di diffondere il concetto recente di assistenza al dolore nel paziente oncologico, nonché nel malato terminale, mirando ad una buona qualità di vita.

Vengono studiati inoltre gli effetti di una terapia alternativa: il metadone.

# 1 CAPITOLO: IL DOLORE

## 1.1 Definizione del dolore

La IASP (International Association for the Study of Pain - 1986), definisce il dolore come “un’esperienza sensoriale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno.

E’ un’esperienza individuale e soggettiva, a cui convengono componenti puramente sensoriali (nocicezione), relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziale e affettive, che modulano in maniera importante questo percepito”.

Se si parla invece di dolore a livello clinico, viene definito come un sintomo frequente, importante per la diagnosi di malattie, per indicarne l’evoluzione positiva o negativa durante il decorso di una patologia, come riflesso di ansia e paura per la sua presenza nel corso di una procedura diagnostico/terapeutica,

E’ il sintomo che crea più angoscia e preoccupa sia la persona stessa che i famigliari, creando un notevole impatto sulla qualità della vita.

Nella storia della Medicina, il dolore è sempre stato considerato come un sintomo ed ancora oggi è diffusa la convinzione che sia inutile e spesso abolirlo risulti pericoloso. Questa convinzione nasceva dal fatto che ancora non era stata effettuata una vera e propria distinzione fra i due grandi tipi di dolore: cronico e acuto.

Se il dolore acuto è spesso un sintomo guida per un corretto percorso diagnostico, il dolore cronico è ad oggi considerato una malattia.

Tutto ciò anche, e soprattutto, in relazione al fatto che il dolore, viene considerato come 5° segno vitale e come tale deve essere monitorizzato, valutato e trattato.

Per sottolineare l’importanza di questo è stato redatto anche il primo Codice Etico per il Dolore nel 2010 [1].

Il codice etico studia la missione scientifica di studiare una problematica tanto complessa, si occupa di garantire livelli di assistenza sempre più adeguati, diffusi e condivisi e di offrire modelli terapeutici aggiornati, efficaci ed efficienti.

## 1.2 Fisiologia del dolore

Il dolore può essere considerato una sottocategoria di sensazioni associate a danno in atto o potenziale o espresse in termini di danno.

---

<sup>1</sup> A cura dell’Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD) e della Fondazione Paolo Procacci; pubblicato sull’European Journal of Pain (Coaccioli S. et al. Eur J Pain, 2012)

Si tratta sostanzialmente di un meccanismo di difesa che sfrutta proprio a tal fine le vie del sistema limbico che conferiscono al dolore una forte componente emozionale.

Per questa ragione, la sensazione del dolore è soggettiva.

Vengono coinvolti anche il sistema endocrino e immunitario, dall'attivazione delle vie nervose e biochimiche.

Gli stimoli algogeni (dolorifici e nocicettivi), sono percepiti come tali al livello della corteccia cerebrale, dopo essere stati elaborati.

Come tutti gli stimoli, passano prima a livello del midollo spinale e vengono integrati ed elaborati nel talamo.

Una parte raggiunge la corteccia somatoestesica primaria e crea la base della sensazione, un'altra parte va nel sistema limbico, dove la sensazione, confrontata con i ricordi, influisce sul comportamento e sull'umore, questa via si interfaccia poi, con la corteccia prefrontale e la sensazione del dolore assume sfumature comportamentali legate alla personalità.

Si riconoscono quindi, due strutture nel cervello che sono coinvolte nella sensazione del dolore:

- La neocortex: la corteccia cerebrale, questa gestisce gli eventi coscienti e cioè i processi cognitivi, le attività pianificate, i movimenti intenzionali.
- Il sistema limbico

Il sistema limbico è una rete di neuroni che formano anse intorno alla parte interna dell'encefalo, mettendo in connessione l'ipotalamo con la corteccia cerebrale e con le altre strutture.

Sempre a partire dal talamo, per via delle vie talamo- limbiche, i segnali algogeni raggiungono il sistema limbico, dove vengono elaborati come elementi emotivi e incosci.

Le sedi più importanti per l'elaborazione di tali segnali sono:

- L'ippocampo, importante per la memoria a breve termine
- Ipotalamo: controlla lo stato ormonale dell'organismo
- L'amigdala: stabilizza l'umore e regola l'aggressività e il comportamento sociale

La proiezione dei segnali algogeni al sistema limbico è la base per l'effetto che ha il dolore sullo stato d'animo (il dolore rende irrequieti e tristi). Tuttavia, il sistema limbico influenza anche la percezione cosciente del dolore (chi è euforico o sotto choc non sente dolore) e viceversa (chi è ipocondriaco o ansioso sente in modo accentuato anche minimi dolori).



### 1.3 Classificazione del dolore

Le due classi principali in cui viene classificato il dolore, sono in base alla durata e alla sede della lesione (Orlandini, 1996).

Quest'ultima suddivide il dolore in:

- Dolore tessutale
- Dolore neuropatico
- Dolore psicogeno
- Dolore di origine sconosciuta e incerta

In base alla durata:

- Dolore acuto: Il dolore acuto corrisponde ad un danno tessutale o nocicettivo in atto, ha una durata limitata nel tempo, nel quale è ben evidente il rapporto causa/effetto e si accompagna a risposte neuroendocrine, emotive e comportamentali
- Dolore cronico

Nel dettaglio ed in riferimento al caso gestito dall'Ambulatorio di Medicina del Dolore dello Stabilimento Ospedaliero "Madonna del Soccorso", verrà trattato la tipologia di dolore che ha alterato la quotidianità di BT: il dolore cronico.

E' una condizione che perdura oltre i 3 mesi e può non avere più un nesso con la sua causa iniziale, tanto che il dolore stesso diventa una "malattia".

Si accompagna a scarse risposte neuroendocrine, ma ha importanti conseguenze comportamentali.

E' caratterizzato dall'esaurimento progressivo di tutte le funzioni di difesa e da implicazioni psicologiche che ipertrofizzano il dolore stesso e attenuano sempre più i meccanismi neuro-umorali di difesa.

Un esempio è il dolore da neoplasia con caratteristiche che inizialmente sono proprie del dolore acuto ma poi si spostano verso quelle del dolore cronico, in un quadro di esaurimento psico-fisico e di insorgenza di disturbi di ogni genere che hanno indotto a definire il dolore da neoplasia come "dolore globale".<sup>i</sup>

In Europa circa il 18% della popolazione è affetta da dolore cronico moderato o grave (Brevik e Collett et al., 2006). Quest'ultimo è spesso causa di compromissione funzionale e disabilità, disagio psicologico (ansia, depressione) e privazione del sonno (Brookoff D., 2000). Quasi l'80% della popolazione che ne soffre, riferisce che il dolore sconvolge le loro attività di vita quotidiana, e influenza negativamente i rapporti interpersonali, con notevoli costi economici (Vo P, et al., 2008).<sup>ii</sup>

## 1.4 Accertamento infermieristico del dolore e riferimento al caso clinico

L'art.7 della L. 38 del 15/03/2010 rende obbligatoria la rilevazione del dolore, con le specifiche caratteristiche, la tecnica antalgica utilizzata, la sua evoluzione nel corso del ricovero, i farmaci somministrati con i relativi dosaggi ed il risultato antalgico conseguito.

Il dolore deve essere considerato come un quinto parametro vitale da rilevare, monitorare e annotare per tutti i pazienti insieme a: frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa e temperatura corporea.

L'accertamento del dolore deve partire dalla premessa che il "dolore esiste" quando l'individuo afferma di percepirlo e che la persona è l'unica ad essere la vera conoscitrice del proprio dolore.

Fondamentale è poi distinguere l'accertamento dalla misurazione.

L'accertamento implica la considerazione e valutazione di tutti gli aspetti che compongono l'esperienza globale del dolore.

La misurazione invece, è riferita a un solo fattore quantificabile: l'intensità.

Nell'accertamento eseguito con la signora BT, abbiamo valutato, coinvolgendola:

- L'intensità
- La localizzazione
- Qualità
- Tempo di insorgenza
- Durata
- Fattori scatenanti

Nel nostro caso si tratta di un'intensità molto elevata, di una localizzazione generale, variabile nel corso degli anni (si parte da un dolore al fianco, fino ad arrivare a un dolore osseo in tutte le parti del corpo), di una qualità anch'essa diversa nel corso della malattia e di un dolore cronico.

L'accertamento infermieristico si basa sulla teoria degli 11 modelli funzionali di salute ideata da Marjory Gordon<sup>2</sup>, che sono:

1. Modello di percezione-gestione della salute
2. Modello nutrizionale-metabolico
3. Modello di eliminazione

---

<sup>2</sup> (Cleveland , 10 novembre 1931 - Massachusetts , 29 Aprile 2015), teorica infermieristica che ha creato la teoria degli 11 modelli funzionali.

4. Modello di attività-esercizio fisico
5. Modello di riposo-sonno
6. Modello cognitivo-percettivo
7. Modello di percezione di sé-concetto di sé
8. Modello di ruolo-relazione
9. Modello di sessualità-riproduzione
10. Modello di adattamento-tolleranza allo stress
11. Modello di valori-convinzioni

Per Modello si intende una serie di comportamenti che si ripetono nel tempo, consapevoli e volontari o meno, che possono essere funzionali o disfunzionali nella complessità del soggetto.

Nel caso clinico, vengono rilevate le seguenti problematiche :

la signora BT presentava alterazioni nel modello di gestione della propria salute ,poiché il suo stato non le permetteva di prendersi cura di sé, in autonomia; alterazione del modello nutrizionale, con un BMI (indice di massa corporea) inferiore allo standard. L'attività e l'esercizio fisico venivano meno, soprattutto con il progredire della malattia, fino al completo allettamento, per il modello sonno e riposo, la signora riferisce di dormire circa 3 ore a notte, non sufficienti per un buono stato di salute.

Viveva una situazione di depressione, legata alla scoperta della sua malattia, questo la portava ad avere un coping inefficace, alterando quindi il modello di adattamento-tolleranza allo stress.

Vengono inoltre utilizzate scale di valutazione per studiare l'intensità del dolore:

- VAS: visual analogical scale; È la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore che il malato soggettivamente avverte. La VAS è rappresentata da una linea lunga 10 cm nella versione originale validata, con o senza tacche in corrispondenza di ciascun centimetro. Un'estremità indica l'assenza del dolore e corrisponde a 0, l'altra estremità indica il peggiore dolore immaginabile e corrisponde a 10. La scala è compilata manualmente dal malato, al quale è chiesto di tracciare sulla linea, un segno che rappresenti il dolore percepito.
- NRS: Si tratta di una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore a 11 punti; la scala prevede che l'operatore chieda al malato di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore, da 0 a 10, in quel preciso momento.  
"Se 0 significa nessun dolore e 10 indica il peggiore dolore possibile, qual è il dolore che prova ora?"

Ha la caratteristica di eliminare la necessità della coordinazione visiva e motoria quindi ha maggior possibilità di completamento

- VRS (verbal rating scale): Si basa sulla scelta da parte del malato di 6 indicatori verbali descrittivi del dolore (nessun dolore - dolore molto lieve - dolore lieve - dolore moderato - dolore forte - dolore molto forte). Il malato definisce il dolore verbalmente, utilizzando l'aggettivo che ritiene più appropriato su una serie proposta. Questa scala è spesso utilizzata nelle persone anziane o con deficit cognitivo e al Pronto Soccorso.

Al primo accertamento effettuato alla signora BT, è stata utilizzata la scala NRS, con un risultato pari a 10.<sup>iii</sup>

### **1.5 Assistenza infermieristica e dolore: case report**

La valutazione e la gestione del dolore, rappresentano uno dei principali focus della professione infermieristica.

Dai professionisti, è considerato, infatti, un problema multidimensionale che richiede conoscenza, competenza e professionalità.

Secondo l'IASP, nella gestione del dolore acuto e cronico, all'infermiere compete:

- Identificare il paziente con dolore
- Effettuare una valutazione completa del dolore, incluso l'impatto sulla sua vita socio-familiare
- Compiere azioni per il controllo del dolore con rivalutazione dell'efficacia
- Il ruolo dell'infermiere - e la responsabilità che ne consegue - nella valutazione e trattamento del dolore richiedono che vengano acquisite maggiori conoscenze specifiche riguardo: i meccanismi d'azione del dolore, l'epidemiologia, le possibili barriere al controllo del dolore, le condizioni associate che possono influenzare la percezione del dolore, metodi efficaci e riproducibili di rilevazione e trattamento.

I principi che, secondo l'IASP, dovrebbero guidare la formazione infermieristica prevedono:

- La comprensione del dolore come fenomeno multidimensionale, biopsicosociale che include fattori sociali, psicologici e biologici
- La conoscenza della variabilità del dolore che può assumere diverse intensità (acuto, persistente, o combinazione di acuto e cronico) e dell'eziologia che può guidarne la valutazione e il trattamento

- La valutazione con metodi efficaci, validi e riproducibili come le scale di valutazione che devono essere adattate allo stato del paziente e alla sua condizione (neonati, pazienti con demenza)
- Il diritto di tutti i pazienti al miglior trattamento possibile con il coinvolgimento, se il paziente lo desidera, dei propri familiari
- La documentazione in maniera chiara ed univoca della rilevazione e del trattamento all'interno della cartella clinica
- L'educazione terapeutica al paziente e ai suoi familiari nel management del dolore come elemento fondamentale
- L'essenzialità degli infermieri come membri del team di pain management.

Il dolore viene definito dagli infermieri come modalità di manifestazione di uno specifico bisogno di assistenza infermieristica. In quest'ottica, l'infermiere quotidianamente assiste persone che si muovono, si alimentano, eliminano con dolore, interessandosi di esso non tanto e non solo in sé, ma nella misura in cui limita l'autonomia della persona nel soddisfacimento dei propri bisogni.

Tra le associazioni scientifiche di rilievo internazionale che classificano il dolore come autonoma diagnosi infermieristica, si riconosce la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Una coerente adozione dei principi e della logica che hanno originato la tassonomia diagnostica, elaborata dalla NANDA, comporta che il processo diagnostico condotto dall'équipe infermieristica si applichi non tanto all'identificazione del dolore in sé, quanto delle modalità reattive attuate dalla persona nei confronti di esso. All'infermiere, dunque, è richiesto di allargare il proprio interesse professionale allo stato di salute complessivo della persona che risulta dall'insieme delle risposte - potenzialmente adattive - che quella stessa produce in conseguenza del manifestarsi del fenomeno doloroso. Si deduce, dunque, che lo scopo dell'assistenza infermieristica è assistere la persona che soffre, aiutarla ad auto-assistersi, piuttosto che gestire 'esternamente' il dolore.

Gestire la relazione con un paziente che ha dolore, non è semplice e così è stato anche con la signora BT.

Si hanno di fronte delle persone che soffrono, che provano dolore e rabbia poiché credono che nessuno possa fare qualcosa per loro.

L'approccio deve basarsi quindi su una relazione empatica, su tecniche di ascolto attivo, al fine di instaurare un colloquio, necessario per una buona riuscita terapeutica.

Per praticare l'ascolto attivo bisogna:

- saper tacere, lasciando lo spazio al paziente di parlare e di entrare in comunicazione con se stesso, per permettergli di esprimere ciò che sente;
- Invitare il paziente a parlare, trasmettendogli la nostra disponibilità ad ascoltarlo, esprimendola anche attraverso dei feedback;
- Proporre al paziente delle domande aperte come: “cosa si sente?”..
- Effettuare chiarificazioni e verifiche

Quest’ultimo è stato il modello che adottato per innescare un per approccio con la paziente. Grazie a questo è stato possibile creare un rapporto di fiducia reciproca, base fondamentale per la buona riuscita terapeutica.<sup>iv</sup>

## 1.6 Trattamento del dolore

Il diritto per tutti i cittadini di essere curati per la “malattia” dolore, è sancito nella Costituzione Italiana e ribadito con la Legge 38 del 15 marzo 2010 – Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Con il termine terapia del dolore si intendono tutti quegli atti farmacologici, interventistici, chirurgici e cognitivo- comportamentali mirati a ridurre il dolore inutile, cioè quella sofferenza che non ha nessuna utilità nell’esserci.

Le terapie farmacologiche prevedono il ricorso ad analgesici (narcotici o non narcotici) ed anestetici locali.

Per alcuni tipi di dolore sono indicati i FANS (farmaci anti-infiammatori non steroidei).<sup>v</sup>

La terapia non farmacologica comprende la terapia fisica e quella comportamentale e può attivare i meccanismi nervosi che inibiscono la nocicezione o bloccare la progressione dello stimolo doloroso.

Entrando nel particolare riferito al nostro caso, è stato trattato il dolore cronico neoplastico.

La strategia terapeutica che rimane tuttora una pietra miliare nel trattamento del dolore da cancro, è quella proposta nel 1986 dall’OMS, la cosiddetta Analgesic Ladder, e alla quale le altre linee-guida prodotte da varie Agenzie e Società Scientifiche danno comunque riferimento. Essa consiste nell’utilizzo di FANS e Paracetamolo nel dolore lieve (farmaci del primo gradino), di “oppioidi per il dolore lieve-moderato” per il dolore lieve-moderato (farmaci del secondo gradino) come codeina e tramarolo e “oppioidi forti”, per il dolore moderato-severo (farmaci del terzo gradino) come morfina, ossicodone, metadone, idromorfone e fentanyl.

I farmaci vanno somministrati secondo regole ben precise:

- Orari fissi, associato a necessità di farmaci al bisogno
- Individualizzata (dosi e caratteristiche mirate al paziente)
- Con attenzione ai dettagli (dosi, orari e effetti collaterali)

### *Tipi di farmaci*

#### Paracetamolo:

Il paracetamolo è un farmaco dotato di spiccate proprietà analgesiche e antipiretiche, conosciute e utilizzate da oltre un secolo, con un profilo di efficacia e tollerabilità tale da farne una delle molecole più utilizzate al mondo tra quelle disponibili in tale categoria farmacologica.

Ha un ottimo assorbimento per via orale e le numerose forme farmaceutiche in commercio (compressa tradizionale, masticabile, effervescente, bustina effervescente, gocce, sciroppo, supposte), offrono la possibilità di scegliere l'opzione più adeguata alla situazione e alle esigenze del paziente. Il paracetamolo è uno dei farmaci di prima scelta nella terapia del dolore, in particolare nel dolore cronico.

Il paracetamolo è stato (ed è tutt'oggi in alcuni testi e secondo alcuni farmacologi) incluso nella categoria dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), con i quali ha in comune l'effetto analgesico e antipiretico, mentre non ne possiede l'effetto antinfiammatorio.

Il paracetamolo possiede diversi meccanismi d'azione. Come i FANS, inibisce la produzione di prostaglandine, ma senza interferire con quelle che hanno la funzione di protezione della mucosa gastrica. Un meccanismo che caratterizza l'azione analgesica esclusiva del paracetamolo è l'azione a livello del sistema dolorifico centrale, dove interferisce con varie vie, quali quelle degli oppioidi e della serotonina.

Dal punto di vista farmacocinetico, il paracetamolo dopo somministrazione per via orale, è rapidamente assorbito, raggiunge la concentrazione massima nel plasma dopo 30-60 minuti ed ha un'emivita di 2 ore. Il dosaggio per via orale varia fra i 500 e i 1000 mg. Non è consigliabile superare la dose di 4 g/die per il rischio di tossicità epatica.

Dal momento che non provoca irritazione gastrica, può essere assunto indipendentemente dai pasti, con un intervallo di tempo di 4-6h, poiché agisce dopo 30 min e l'effetto rimane per le restanti ore.

#### Fans tradizionali

Sono farmaci capaci di ridurre processi infiammatori, ma non fanno parte dei corticosteroidi.

Oltre a questa caratteristica sono ottimi analgesici.

Questi farmaci agiscono inibendo la cicloossigenasi (COX), un enzima che permette la trasformazione dell'acido arachidonico in prostaglandina H<sub>2</sub>, che rappresenta il precursore di tutte le prostaglandine, che hanno il compito di garantire l'integrità della mucosa gastrica, un normale flusso plasmatico renale e una funzione piastrinica efficiente.

Esistono due isoforme di COX: COX1 e COX2, quest'ultime vengono prodotte prevalentemente nelle sedi in cui si verifica un'infiammazione.

L'effetto dei fans oltre a inibire il processo dell'infiammazione è anche quello di produrre una serie di effetti dannosi sulla mucosa gastrica.

### Oppiacei e oppioidi

Con il termine oppioide, si intendono quelle sostanze derivate direttamente dal papavero da oppio (OPPIO,EROINA,MORFINA), mentre con il termine oppiacei si indicano le sostanze sintetizzate in laboratorio come il METADONE

Fentanil citrato

Preparazioni:

- sistema transdermico: 12, 25, 50, 75 e 100 µg/ora. Il cerotto deve essere sostituito ogni 72 ore;
- orale transmucosa: 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 µg (5-15 µg/kg) ogni 4-6 ore (succhiare e non masticare).

Eliminazione/metabolismo: epatica e polmonare.

Effetti indesiderati: cefalea, vertigini, miosi, nausea, vomito, stipsi, lipotimia, sincope, prurito, ipotensione

Con la formulazione transdermica associare sempre un farmaco per il Breakthrough pain<sup>3</sup> (Figura 1)

---

<sup>3</sup> Il breakthrough pain consiste in un aumento transitorio dell'intensità del dolore, in un paziente con un dolore di base ben controllato da una terapia analgesica somministrata in modo continuativo (mediante farmaci oppioidi).

- Rapida insorgenza
- Intensità severa del dolore
- Durata limitata
- Ripetività nel corso del tempo
- Elevato impatto sulla qualità della vita
- Necessità di un trattamento specifico



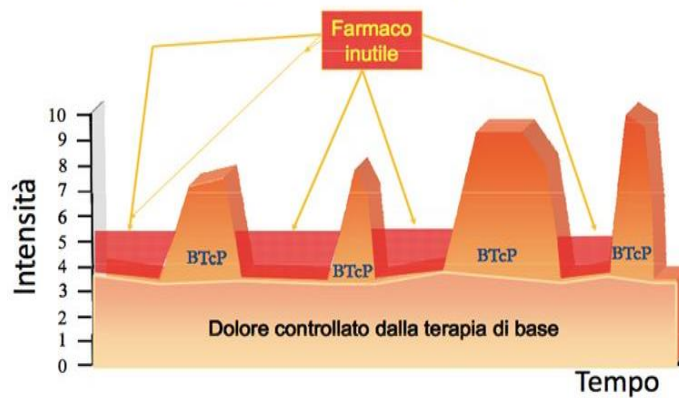


Figura 1

### Morfina

La morfina è un potentissimo analgesico in grado di ridurre, di almeno l'80%, la percezione del dolore. Viene utilizzata come presidio terapeutico nel trattamento del dolore di tipo cronico – profondo, come quello neoplastico in fase terminale. La morfina, come l'eroina, ha la capacità di interagire con i recettori oppioidi, di tipo  $\mu$ , del cervello e questo spiega lo stato di euforia che insorge in seguito alla sua assunzione.

L'eccitazione è tuttavia transitoria e già dopo pochi minuti subentrano sintomi depressivi e narcotici (il nome morfina deriva proprio dal nome Morfeo, dio greco del sonno e dei sogni). Effetti legati all'assunzione di morfina sono nausea, prurito, miosi (pupilla puntiforme) e stipsi. Particolarmente pericolose sono le ripercussioni sulla psiche della persona che ne fa uso, vista la capacità della morfina di indurre stati carenziali o di astinenza (quando si interrompe bruscamente l'assunzione insorgono effetti opposti, come diarrea, stati di malessere generale, depressione, aumento della temperatura corporea ed iperidrosi). Il bisogno di assumere morfina in continuazione, a qualsiasi costo e a dosi sempre maggiori, produce effetti devastanti sulla socialità e sulla salute mentale del tossicodipendente.

L'assunzione cronica di morfina provoca assuefazione e, come tale, si accompagna ad una resistenza ai suoi effetti. Per ovviare a questo fenomeno della "tolleranza" e mantenere la medesima azione, si aumenta gradualmente la dose. Da non sottovalutare, infine, la vera e propria dipendenza fisica dall'alcaloide; quando l'assunzione viene interrotta bruscamente, il paziente lamenta infatti una forte mancanza dello stato euforico da esso prodotto. Il più pericoloso effetto collaterale della morfina è rappresentato dalla sua potente azione depressiva sul sistema respiratorio, che in caso di intossicazione acuta, può portare a coma e a morte per paralisi respiratoria. Per tale

motivo, la morfina è controindicata per i soggetti asmatici e per chi soffre di enfisema o di altre patologie caratterizzate da ridotta efficienza respiratoria.

### **Aspetti Neurologici**

La morfina agisce, a livello del sistema nervoso centrale, come un oppioide. Supera la barriera emato-encefalica e si lega ai recettori oppioidi delle cellule cerebrali, mimando in particolare l'azione delle endorfine.

La morfina è in grado di bloccare la trasmissione del dolore dal sistema nervoso periferico a quello centrale, e quindi di provocare un effetto analgesico e di depressione dell'area cerebrale, deputata al controllo della respirazione, bloccando la produzione di alcuni neurotrasmettitori e inibendo la sintesi di determinati enzimi.

### Analgesici adiuvanti

I farmaci detti "adiuvanti" sono composti che non hanno come prima indicazione il trattamento del dolore, ma che in alcune situazioni si comportano come analgesici veri e propri. Tra questi prevalgono i farmaci antidepressivi e antiepilettici.

Nella scala analgesica dell'OMS essi sono indicati in ognuno dei tre gradini di intensità del dolore, come opzione terapeutica in associazione ai farmaci analgesici antinfiammatori, agli oppiacei minori e a quelli maggiori, per incrementare l'azione antalgica.

Secondo l'OMS e l'EAPC<sup>4</sup>, l'oppioide di prima scelta per il trattamento del dolore da cancro è la morfina (farmaco di III° gradino).

La scelta di impiegare un oppioide per il controllo del dolore è dettata fondamentalmente dall'intensità del dolore stesso.

Dati della letteratura indicano che in presenza di dolore di intensità moderata-forte è opportuno saltare il 2° gradino OMS (oppiacei per il dolore debole), sottolineando come la scala analgesica non debba essere necessariamente percorsa in senso sequenziale.

La via di somministrazione preferita è quella orale. Teoricamente sono richiesti due tipi di formulazione: quella a rilascio normale (per l'induzione della dose corretta) e quella a rilascio modificato (per il trattamento del mantenimento).

Se il paziente non è in grado di assumere la morfina per os, la via di somministrazione alternativa più valida è quella sottocutanea. Di norma, la somministrazione di morfina per via intramuscolare non è consigliata per il dolore oncologico cronico, perché la via sottocutanea è più immediata e meno dolorosa.

---

<sup>4</sup> EAPC: Associazione Europea di Cure Palliative

Il citrato di fentanil trans mucoso orale (OTFC), è un trattamento efficace per le riacutizzazioni dolorose in pazienti stabilizzati con morfina orale regolare o con un oppiaceo alternativo del “III step”.

Il fentanyl transdermico è un’efficace alternativa alla morfina orale, ma andrebbe riservato ai pazienti con esigenze oppiacee stabili. E’ particolarmente utile in soggetti che non riescono ad assumere morfina orale, in alternativa alla morfina sottocutanea. <sup>vi</sup>

Nel caso in gestione, il trattamento che è stato posto alla signora BT, ha previsto fin dall’inizio terapia con analgesici di primo livello, poiché nei primi anni l’assistita ha vissuto periodi di relativo benessere, fino a quando, nel 2014, dopo l’intervento chirurgico con resezione costale, laminectomia e stabilizzazione vertebrale D8-D11, il dolore comincia ad aumentare, con NRS-score pari a 8.

Si inizia quindi con l’uso di FANS, farmaci che rispondono bene oltretutto al dolore osteo-midollare.

Mantiene questa terapia, fin quando la progressione della malattia è tale da non reggere più il trattamento.

Siamo all’anno successivo, il tumore oltre ad essere arrivato al polmone, ha invaso anche il midollo senza però comprimerlo.

Il dolore è sempre più frequente, inizia terapia con oppioidi come Contramal e Toradol.

Fino a quando nel 2017, dopo consulto con i terapisti del dolore, applica Fentanyl transdermico 25 mcg ogni 72h.

Per il breakthrough pain vengono usati sempre Contramal<sup>5</sup> e Toradol<sup>6</sup>.

Il benessere non migliorava, si sostituiscono così questi ultimi con effentora<sup>7</sup> dapprima sublinguale e poi per via nasale.

Tutto ciò non vide esiti positivi sulla qualità della vita della paziente, si consiglia poi di ruotare il fentanyl transdermico ogni 48h invece di 72.

Si procede con l’aggiunta nel 2018 di un altro farmaco: ULTIVA<sup>8</sup> 10 mg in associazione agli altri precedentemente prescritti.

Si arriva quindi ad un’iperalgia, condizione di aumentata sensibilità al dolore.

---

<sup>5</sup> Tramadolo - il principio attivo di Contramal è un analgesico (contro il dolore) che deriva dalla classe degli oppioidi, agisce a livello del sistema nervoso centrale. Riduce il dolore agendo su cellule nervose specifiche del midollo spinale e del cervello.

<sup>6</sup> FANS: è indicato soltanto nel trattamento a breve termine (massimo 5 giorni) del dolore post operatorio di grado moderato.

<sup>7</sup> Il principio attivo di Effentora è il fentanil citrato. Effentora è un antidolorifico noto come oppioide, che viene utilizzato per trattare il dolore episodico intenso in pazienti adulti con cancro già in trattamento con un altro oppioide per il dolore cronico persistente (24 ore su 24) dovuto al cancro.

<sup>8</sup> Ultiva contiene un medicinale che si chiama remifentanil. Esso appartiene ad un gruppo di medicinali conosciuti come oppioidi, che sono utilizzati per alleviare il dolore. Ultiva differisce da altri medicinali di questo gruppo per la rapida insorgenza e la breve durata d'azione

Venne poi man mano modificata la terapia, fino all'arrivo dell'uso del metadone, a cui viene dedicato un capitolo di questo progetto.

## 2 CAPITOLO: Le DAT: Disposizioni anticipate di trattamento

### 2.1 Definizione di DAT

Il testamento biologico, o biotestamento è un documento legale redatto da una persona per specificare in anticipo i trattamenti sanitari da intraprendere nel caso di un' eventuale impossibilità di comunicare direttamente a causa di una malattia o incapacità.

Nella legislazione italiana è chiamata disposizione anticipata di trattamento (DAT).

Tale diritto è un diritto di libertà e di responsabilità, che ognuno deve avere verso se stesso e verso gli altri e dovrebbe escludere la possibilità che importanti decisioni, vengano prese direttamente da un altro soggetto, che sia esso un sanitario, un familiare o un giudice. La garanzia del diritto di ogni cittadino a realizzare la propria volontà sulla sua esistenza, coincide con questo diritto e con l'autonomia individuale, fondamento della prospettiva in bioetica. Ognuno ha su se stesso, sul proprio corpo e sulla propria mente, la piena sovranità, data la capacità di una persona di darsi delle regole, di decidere per il suo essere. L'autonomia delle decisioni rappresenta «non soltanto una facoltà o magari un diritto dal punto di vista etico (un moral right), ma un diritto giuridicamente fondato come diritto di libertà».<sup>vii</sup>

Esprimere in autonomia le proprie convinzioni e preferenze indica la possibilità di poter scegliere senza ingerenze o condizionamenti, da parte di altri soggetti esterni, come morire. I progressi ottenuti nel campo biomedico hanno trasformato, nel giro di pochi decenni, le circostanze e le modalità del morire e, insieme, hanno contribuito a cambiare le visioni della morte. Lo storico francese Philippe Ariès, nel suo saggio "L'uomo e la morte, dal medioevo ai nostri giorni", ha mostrato come gli atteggiamenti verso le ultime fasi della vita siano progressivamente mutati e si sia passati, nei secoli, dall'accettazione della morte, pensata come evento naturale, a una negazione della morte, propria della società moderna e contemporanea.<sup>9</sup>

L'attenzione nei confronti della fase finale della vita umana si è spostata dal problema morte, come evento di interesse meramente filosofico, al tema più concreto del morire, con tutti i concetti derivanti, quali vecchiaia, malattie croniche, cure palliative, trapianti d'organo. Così, si va diffondendo sempre di più la voglia di vivere attivamente la propria morte, mediante decisioni da non delegare passivamente né ai medici, né ai familiari da ciò ne derivano richieste di eutanasia e le volontà riguardanti la fine della propria esistenza, espresse anticipatamente per mezzo dei cosiddetti "testamenti

---

<sup>9</sup> Hiram, Il testamento biologico nel dibattito bioetico, in Rivista del Grande Oriente d'Italia n°1, 2010, p. 9.

biologici” o “testamenti di vita”. Essi rappresentano la voglia di “prendere le redini” sull’evento morte, pensato e programmato relativamente per certi aspetti particolari, senza più lasciarlo completamente al caso o nelle mani altrui.<sup>viii</sup>

## 2.2 Le DAT e la richiesta della signora

Siamo nel 2018, quando la signora BT attraversava un periodo complicato della propria vita.

Esausta di tutta la situazione, del suo dolore, insieme al suo marito, nonché il suo caregiver, decise di chiedere informazioni riguardo le disposizioni anticipate di trattamento.

Consultandosi però con medici e specialisti, si arrivò a trovare una terapia sostitutiva, usata solo quando tutte le altre alternative sono vane: il metadone.

Decisero infine, di tentare quest’ultima opportunità non concludendo la richiesta delle DAT.

La capacità di intendere e di volere, *conditio sine qua non* per richiedere una DAT, non mancava alla signora BT.

Richiesta dall’art. 85 del Codice Penale ed è definita «idoneità del soggetto a conoscere, comprendere e discernere i motivi della propria condotta, valutandone le conseguenze», e «attitudine a determinarsi in modo autonomo, scegliendo la condotta adatta al motivo che appare più ragionevole».<sup>10</sup>

Ovviamente, se manca la capacità di intendere, mancherà anche quella di volere (*ubi maior minor cessat*), viceversa, è possibile che ci sia la capacità di intendere, ma non quella di volere.

Esistono vari modi per richiedere le disposizioni anticipate di trattamento, per atto pubblico, per scrittura privata autenticata, per scrittura privata consegnata personalmente all’Ufficiale di Stato Civile del Comune di residenza, che provvede all’annotazione in apposito registro e presso strutture sanitarie.

La signora B.T si recò lei stessa all’ufficiale di Stato Civile del proprio comune di residenza.

---

<sup>10</sup> F. Antolisei, Manuale di Diritto Penale, P. Generale, a cura di L. Conti, Giuffré, pag. 530.

## 2.3 La legislazione delle DAT

Dopo lunghi accessi dibattiti e situazioni attuali come il caso di Eluana Englaro, che ha coinvolto il nostro paese sulle tematiche di fine vita, è entrata in vigore il 31/01/2018 la legge n°219, approvata in via definitiva il 22/12/2017 dal Senato, recante “ Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”. In particolare, nell’art. 4 si parla delle DAT, acronimo di disposizione anticipata di trattamento, conosciute generalmente come “biotestamento” o “testamento biologico”.

Con questa nuova legge si potrà usufruire della possibilità di scegliere ed esprimere la propria volontà, nonché il consenso o il rifiuto su accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche, singoli trattamenti sanitari, in prevenzione di un’eventuale perdita assoluta della capacità di intendere e di volere.<sup>11</sup>

La legge è composta da 8 articoli, ognuno dei quali tratta un argomento specifico.

Si divide in linea di massima in due parti: una più generale, sul consenso informato riguardo i trattamenti a fine vita e una sulla compilazione delle DAT.

Il consenso informato svolge un ruolo centrale all’interno del nostro SSN, elemento fondamentale senza il quale nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito.

Questo documento trova riscontro anche nella Costituzione, dalla lettura congiunta degli art. 2, 13 e 32.

L’art. 2 tutela e promuove i diritti fondamentali della persona, l’art. 13 sancisce l’inviolabilità della libertà personale e l’art. 32 secondo cui “nessun individuo può essere obbligato a determinati trattamenti sanitari se non per disposizioni di legge”.

I riferimenti sul consenso informato sono inoltre presenti negli articoli 1 (Dignità umana), 2 (Diritto alla vita) e 3 (Diritto all’integrità della persona) della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea, che costituisce parte del Trattato sul funzionamento dell’Unione Europea approvato a Lisbona, secondo cui «deve essere rispettato il consenso libero ed informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge»<sup>ix</sup>. In particolare, l’art. 32 rappresenta il punto di riferimento del diritto alla salute, diritto che la nostra Costituzione definisce come “fondamentale” e che assume un aspetto multiforme, quale diritto ad essere curati ovvero a ricevere

---

<sup>11</sup> - Presidente della Repubblica, LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219: Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, 22 dicembre 2017, <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg> (ultima consultazione il giorno 09 settembre 2018).

- Ministero della Salute, Disposizioni anticipate di trattamento – DAT, Ministero della Salute, <http://www.salute.gov.it/portale/dat/dettaglioContenutiDat.jsp?lingua=italiano&id=4954&area=dat&menu=vuoto>, 30 marzo 2018, (ultima consultazione il giorno 15 settembre 2018).

prestazioni sanitarie (comma 1), ma anche come diritto di non essere curati, cioè di rifiutare le cure (comma 2).

Il termine “consenso informato”, appunto, nacque dopo il processo di Norimberga, quando venne evidenziato il principio dell’inviolabilità della persona umana, e successivamente venne decretato l’obbligo del consenso come condizione necessaria per la liceità della ricerca dal Rapporto Belmont nel 1979, secondo i tre principi fondamentali etici dell’autonomia, della giustizia e di beneficenza e non maleficità.<sup>x</sup>

Nel secondo atto, si parla di DAT, disposizioni anticipate di trattamento.

Chiamandole disposizioni si pone l’accento sulla “dichiarazione di volontà” del paziente, il quale esercita anticipatamente, e con pienezza, il suo diritto all’autodeterminarsi.

La legge, inoltre, prevede che il dichiarante possa designare una persona (ex lege maggiorenne e capace di intendere e volere, come da comma 2) di fiducia, il “fiduciario”, che ne faccia le sue veci e che lo rappresenti nelle relazioni con le strutture e le “figure” sanitarie; la scelta è rimessa completamente alla volontà del disponente, il quale lo indicherà o al professionista sanitario o direttamente o attraverso le DAT o, ancora, nella pianificazione condivisa delle cure (advance care health planning). Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto da comunicare al disponente; al contrario, il suo incarico può essere revocato dal tradens in qualsiasi momento, senza obbligo di motivazione e con le stesse modalità previste per la nomina.



### 3 CAPITOLO: L'Infermiere palliativista

#### 3.1 Le cure palliative

Per cure palliative si intende “l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici”<sup>12</sup>

La parola “palliativo” deriva dal latino *pallium*, che significa mantello, protezione.

Le cure palliative, nate circa 30 anni fa in Inghilterra, sono quindi, quell'insieme di cure, non solo farmacologiche, che servono per migliorare la qualità di vita del malato e della famiglia, nella fase terminale.

Per fase terminale si intende quella condizione irreversibile, in cui la malattia non risponde più alla terapia, come nel nostro caso, caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi psicologici e fisici quale il dolore, coinvolgendo anche i famigliari/caregivers.

Si tratta quindi di pazienti oncologici, come la signora BT, pazienti con patologie respiratorie, cardiache, neurologiche..

L'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria ai pazienti terminali, l'assistenza territoriale residenziale e semi residenziale a favore dei pazienti terminali, i trattamenti erogati nel corso del ricovero ospedaliero (quindi anche per pazienti terminali) e gli interventi ospedalieri a domicilio, costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.)

La rete assistenziale deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia, ove presente, possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata ed in genere preferita dal malato e dal nucleo familiare nel 75-85% dei casi e le strutture di degenza, specificamente dedicate al ricovero dei malati non assistibili presso la propria abitazione.

Lo scopo quindi di questo tipo di approccio della medicina non è quello di accelerare né ritardare la morte, ma di perseverare la migliore qualità della vita fino alla sua morte.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Salute) lo definisce come “.. un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo

---

<sup>12</sup> Legge 15 marzo 2010, n. 38 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. [GAZZETTA UFFICIALE]

della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e di altre problematiche di natura fisica, psicologica, sociale e spirituale."

Questi tipi di cure comprendono trattamenti medici, interventi infermieristici e sostegno psichico, sociale e spirituale.

Le cure palliative devono rispondere in modo esaustivo ai bisogni del paziente.

L'infermiere specialista in questo campo è definito: infermiere palliativista.

### **3.2 La rete delle cure palliative**

La prima definizione di rete comparse per la prima volta nell'allegato 1 del Decreto del Ministero della Sanità il 28 settembre 1999 e recita: "La rete di assistenza ai pazienti terminali è costituita da una aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che opera in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale, nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale dei rispettivi componenti". Con l'Intesa siglata presso la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012, la definizione viene modificata nella seguente: "La Rete Locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale".

Questa nuova definizione evidenzia in modo univoco le strutture in cui vengono prestate le cure palliative; si afferma inoltre che le persone all'interno delle strutture residenziali per disabili o per anziani ricevano questo servizio anche avvalendosi delle unità di cure palliative domiciliare territorialmente competenti.

Viene inoltre chiariti aspetti delle cure palliative in ospedale, caratterizzate da:

- Consulenza palliativa, equipe medico- infermieristica con specifica competenza
- Prestazioni in regime diurno
- Attività ambulatoriale
- Degenza in Hospice qualora questa struttura sia presente

### **3.3 Legge 39/1999**

La legge del 26 febbraio 1999 n°39, ha sancito il diritto del cittadino di accedere alle cure palliative ed ha previsto un programma nazionale per la creazione di strutture residenziali di cure palliative (Hospice) in tutte le regioni italiane.

La legge e il suo relativo decreto del 28 settembre 1999, disponeva che le regioni presentassero all'allora Ministero della Sanità, sia progetti per la costruzione di

Hospice, sia programmi di organizzazione di reti assistenziali di cure palliative sul territorio.<sup>xi</sup>

### **3.4 Le competenze che caratterizzano il core curriculum dell'infermiere e la formazione**

Nel 2013 un gruppo di infermiere della Società Italiana di Cure Palliative (SICP), hanno lavorato ad un progetto per la stesura del core curriculum dell'infermiere chiedendo alla Federazione IPASVI di sostenere la diffusione del documento.

Questo lavoro di costruzione del core si basa sulla revisione di 7 curriculum già esistenti, messi in relazione con le indicazioni dell' EAPC (European Association for Palliative Care).

Il modello teorico di riferimento scelto, è l'HUMANISTIC NURSING THEORY di Josephine Paterson and Loretta Zderad

Le competenze individuate e riconosciute sono:

- Competenze associate ai valori professionali e al ruolo dell'infermiere in cure palliative
- Competenze associate al ruolo decisionale
- Competenze associate all'uso appropriato di interventi, attività e abilità infermieristiche
- Competenze comunicative
- Competenze di leadership, management e gestione delle dinamiche di gruppo

Un argomento rilevante è la "formazione centrata sulle competenze"; si tratta di un approccio per preparare i professionisti alla pratica, orientato sulle abilità e organizzato intorno alle competenze derivate da un'analisi dei bisogni della società e del paziente (Frank, 2010).

Questa formazione appartiene alla tipologia di Outcome Based Education (Harden 1999).

Gli infermieri che aderiscono a questo modello organizzativo assistenziale, devono rispondere alle esigenze di cura del malato affetto da patologie croniche con andamento evolutivo, per le quali non esistono terapie ai fini della guarigione, nonché delle loro famiglie,.

Le funzioni dell'infermiere si esprimono attraverso l'acquisizione di competenze quali:

- Competenze etiche: comprensione di situazioni difficili;

- Competenze cliniche: appropriati ed efficaci interventi di valutazione e trattamento dei sintomi della fase avanzata della malattia in ogni patologia evolutiva;
- Competenze comunicativo- relazionali: considerando dignità e volontà della persona assistita e della famiglia
- Competenze psico-sociali
- Competenze di lavoro in equipe: approccio integrato per la gestione dei problemi assistenziali.

La costruzione del core curriculum si sviluppa attraverso un modello a matrice: dalle macrocompetenze, si sviluppano competenze sempre più specifiche per campi e ad ogni campo, corrisponde un core di obiettivi formativi specifici.

Il CCICP è un documento fortemente ancorato al codice deontologico<sup>13</sup> dell'infermiere, del quale si riportano gli articoli di riferimento:

Art.3 La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Art.6 L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, palliazione e riabilitazione.

Art.8 L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo.

Art.14 L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per rispondere ai problemi dell'assistito.

Art.16 L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

Art.20 L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali,

anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

---

<sup>13</sup> Il Codice Deontologico afferma, dunque, che l'infermiere è un professionista che fa derivare gli ambiti di autonomia e responsabilità professionale direttamente dai principi e dai valori dell'infermieristica che esercita attraverso competenze specifiche di natura tecnica, educativa e relazionale. Affermazione presente anche nel D.M. 739/94 - Profilo Professionale dell'Infermiere - che attribuisce la diretta responsabilità dell'assistenza infermieristica in ambito preventivo, curativo, riabilitativo e palliativo.

Art.32 L'infermiere si adopera affinché l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche e sperimentali sia presa in considerazione, tenuto conto dell'età del minore e del suo grado di maturità.

Art.35 L'infermiere si attiva per alleviare la sofferenza, adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Art.36 L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Art.37 L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Art.38 L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato

Art.40 L'infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.<sup>xii</sup>

### **3.5 Dove lavora l'infermiere delle cure palliative: Hospice e Domicilio**

Nel case report, oggetto di questo elaborato, si prendono in considerazione le cure di tipo palliativo alle quali ha accesso la signora BT, iniziate in regime ambulatoriale, per poi essere continuate a domicilio.

Esistono però delle strutture residenziali denominate Hospice, che sono quasi completamente assenti nella nostra regione Marche.

Il termine Hospice derivato dall'inglese, è riconosciuto a livello internazionale con un significato ben preciso: centro residenziale di cure palliative.

E' quindi una struttura residenziale per malati terminali. In altri termini si tratta di un luogo di accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale il paziente viene accompagnato nelle ultime fasi della sua vita con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale affinché viva questa fase nel modo più dignitoso possibile.

Questa struttura include anche il sostegno psicologico e sociale delle persone che sono legate al paziente.

Si parla quindi, di un approccio sanitario olistico, in cui il fine è quello del "prendersi cura" della persona nel suo insieme.

L'equipe che lavora all'interno di queste strutture è costituita da: medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, assistente spirituale e volontario.

Gli hospice sono situati all'interno di strutture ospedaliere o sul territorio e possono essere gestiti direttamente dalle Aziende sanitarie o da associazioni di volontariato no profit in convenzione con le Aziende sanitarie.

Si svolgono prestazioni sia in Day hospital e day Hospice (ricovero diurno) che di ricovero residenziale.

Strutturalmente si presenta con camere singole con bagno privato e luoghi comuni come un soggiorno e una cucina.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000 riguardante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative elenca le caratteristiche che devono possedere gli hospice.

Non esistono orari di entrata e di uscita e sono garantiti anche i pasti per gli accompagnatori. Dall'hospice sono bandite regole e divieti riguardanti l'orario al fine di consentire la presenza di parenti ed amici in qualsiasi momento.

In tutto il periodo di degenza l'hospice tutela e garantisce la privacy del paziente.

Le cure domiciliari invece, sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita.

Includono interventi di base, garantendo un approccio palliativo al controllo dei sintomi e un'adeguata comunicazione con il malato e la famiglia.

Queste cure richiedono interventi programmati in relazione al PAI (progetto di assistenza individuale).

Gli obiettivi specifici delle cure palliative domiciliari sono:

- garantire ai pazienti che lo desiderano cure a casa che assicurino la migliore qualità di vita possibile;
- realizzare un sistema integrato di risposte ai bisogni dei malati e dei loro familiari;
- garantire continuità terapeutica e assistenziale fra ospedale e territorio;
- attivare piani di cura e gestire percorsi assistenziali complessi anche a domicilio;
- monitorizzare i processi assistenziali e valutarne i risultati.

Le condizioni necessarie perché possano essere erogate le cure palliative a domicilio sono:

- consenso alle cure domiciliari;

- indicazioni, in pazienti in fase avanzata di malattia, al trattamento di tipo palliativo finalizzato al miglioramento della qualità di vita ed al controllo dei sintomi;
- ambiente abitativo e familiare idoneo;
- livello di complessità ed intensività delle cure compatibili con l'ambiente domestico;
- disponibilità della famiglia a collaborare.

Le cure palliative domiciliari sono attivate o per richiesta del medico di medicina generale (per un paziente che si trova a domicilio) o per dimissione protetta da un reparto ospedaliero.

### 3.6 Cicely Saunders

Cicely Saunders (Barnet, 22 giugno 1918- South London, 14 luglio 2005), è stata un'infermiera, medico e filosofa che ha dato vita alla diffusione degli Hospice, sottolineando l'importanza delle cure palliative nella medicina moderna, assistendo i malati terminali fino alla fine della loro vita.

La Saunders avrebbe voluto frequentare l'Università di Oxford dopo il diploma al Roedean ma, non avendo superato l'esame di ammissione, si recò alla Bendixen, un centro di lezioni private, e riuscì a farsi ammettere alla Society for Home Students, il futuro St Anne's College di Oxford. Avendo rinunciato al suo vecchio progetto di seguire le orme paterne in campo immobiliare, decise di studiare scienze politiche, filosofia ed economia, prima di cambiare repentinamente idea a seguito dello scoppio della Seconda guerra mondiale. Il suo disagio nel rimanere impotente mentre il conflitto mondiale infuriava la spinse a lasciare il St. Anne's, dare gli esami di pronto soccorso ed assistenza domiciliare ai malati presso la Croce Rossa britannica e, infine, prendere il diploma di infermiera.

Fin da ragazza aveva presentato una leggera scoliosi alla colonna vertebrale che, a causa del duro sforzo fisico che scaturiva dal lavoro in corsia (ed il conseguente spostamento di una vertebra), la costrinse ad abbandonare la professione infermieristica tanto desiderata.

Per non abbandonare la cura dei malati, la Saunders intraprese il ruolo di assistente sociale sanitario presso il Royal Cancer Hospital e, infine nel 1947, entrò a far parte dell'équipe dello St. Thomas's Hospital, struttura specializzata nel trattamento dei pazienti oncologici.

E' in questa struttura che si innamorò di un paziente terminale, prendendosi cura di lui in qualità di assistente sociale ospedaliera.

Spinta dall'emotività di quest'ultimo e dall'esperienza avuta successivamente al St. Luke, la Saunders comprese che era necessario soddisfare le esigenze emotive e spirituali oltre che alleviare il dolore fisico, cosicchè iniziò a delinearsi in lei un progetto di un Hospice.

Consapevole che come infermiera non sarebbe stata ascoltata con la sufficiente attenzione, la Saunders, con l'aiuto del dottor Barret (un chirurgo di cui era diventata la segretaria), si iscrisse alla facoltà di medicina all'età di trentatré anni.

Laureatasi nel 1957, entrò nel dipartimento di farmacologia al St. Mary's Paddington come ricercatrice, dove concentrò i suoi studi sull'attenuazione del dolore dei malati terminali.

Forte dell'esperienza al St. Luke, promosse la tecnica della regolare somministrazione di antidolorifici, contro la vigente norma secondo cui venivano somministrati solo quando il paziente lo richiedesse. Cicely sviluppò la teoria che la dipendenza da tali farmaci forti, come la morfina, non derivasse da una loro somministrazione regolare ma dal bisogno costante dei pazienti di richiederli, che ne ricordava loro la dipendenza. Una somministrazione regolare, invece, permetteva al paziente di ricevere dosi minori, di rimanere vigile e, allo stesso tempo, di ridurre il rischio di dipendenza. Questo approccio alla gestione del dolore divenne uno dei capisaldi dell'assistenza all'Hospice. Una volta che il suo piano fu delineato, la Saunders iniziò la raccolta di fondi per finanziare il suo progetto: la costruzione dello St. Christopher's Hospice, nel 1967.

Si tratta quindi, di un istituto che ospita malati terminali di cancro e di altre malattie, ma anche anziani e malati cronici costretti a vivere a letto.

Viene definiti “un ospedale e una casa”.



## 4 IL METADONE

### 4.1 La storia

Nel 1939 fu sintetizzata la petidina, da parte di due ricercatori Eisleb e Schaumann, avente una struttura simile a quella della morfina.

Successivamente Bockmul e Fhrhart lavorarono su composti come simili alla petidina (Dolphine); in questo modo si ottenne il metadone, brevettato l'11 settembre 1941.

Il metadone fu usato durante la II guerra mondiale come sostituto della morfina.

Il nome Dolphine si presuppone prendesse origine da Adolf Hitler, ma ovviamente si tratta di una leggenda metropolitana, poiché questo nome deriva dall'unione di due parole francesi Dolor e fin, ovvero fine del dolore..

Dopo la guerra il brevetto fu spostato negli Stati Uniti come risarcimento dei danni della guerra.

Nel 1947 la società farmaceutica statunitense Eli Lilly lo introdusse nel mercato USA e successivamente in altri paesi.

Dal 1960 il metadone viene usato anche come terapia sostitutiva nella dipendenza da eroina.

Inoltre da alcuni decenni il metadone è impiegato nella terapia del dolore oncologico o cronico incoercibile, in alternativa alla morfina, ossicodone, etc..

### 4.2 Il metadone

Il metadone si presenta sotto forma di cristalli incolori, inodore o di polvere bianca cristallina. Esso è solubile in acqua, in alcool e in cloroformio. Si conserva in contenitori ermeticamente chiusi ad una temperatura di 25 °C, e deve essere protetto dalla luce (fotosensibile).

È una sostanza derivante da una miscela racemica di due molecole speculari, una con evidenti proprietà analgesiche e l'altra con proprietà antitussive e non è analgesica.

Il metadone viene assorbito nel tratto gastrointestinale, metabolizzato a livello epatico e i metaboliti sono escreti nella bile e nelle urine.

Questo farmaco ha un'emivita lunga e per questo si elimina con minore facilità, di conseguenza si ha l'accumulo nei tessuti.

Il metadone è un potente antagonista dei recettori oppioidi ed esercita la sua azione antidolorifica in maniera analoga a quella della morfina.

Tuttavia l'assunzione orale di questo farmaco lo rende anche più potente della morfina.

I recettori oppioidi sono localizzati lungo le vie del dolore dell'organismo e il loro compito è quello di modulare la neurotrasmissione degli impulsi. Di conseguenza, quando questi recettori sono stimolati, si induce analgesia.

Il metadone essendo un antagonista selettivo dei suddetti recettori. È in grado di attivarli, esercitando così la loro azione.

### **4.3 Farmacodinamica del metadone**

Il metadone ha una potenza analgesica pari a 3-4 volte quella della morfina, ma provoca meno euforia e ha una più duratura azione farmacologica, è molto meglio assorbito rispetto alla morfina e determina come quest'ultima stipsi.

Induce dipendenza fisica.

L'impiego principale in algologia del metadone è in pazienti oncologici e/o non rispondenti ad altri oppiacei forti.

Tra i vantaggi riportati per l'uso del metadone: alta biodisponibilità sia orale che rettale, un'attività analgesica multimodale con un'algesia duratura nel tempo, una mancanza di metaboliti attivi, un'escrezione prevalentemente fecale, un basso costo e solitamente un debole effetto immunodepressivo.

Sono numerosi anche gli svantaggi, come l'alto legame con le proteine plasmatiche e la lunga e variabile emivita plasmatica, un ampio metabolismo con il citocromo P450 e le conseguenti numerose interazioni farmacologiche, la possibile comparsa di un intervallo QT all'elettrocardiogramma, ed infine reazioni cutanee quando la somministrazione è per via sottocutanea.

Il metadone è un oppiaceo unico per le sue caratteristiche farmacologiche.

Le differenze più importanti con gli altri oppioidi sono, in primo luogo la sua notevolissima biodisponibilità orale che arriva fino al 90%, inoltre, può essere rilevato nel plasma dopo 30 minuti dalla somministrazione orale, con livelli plasmatici di picco dopo 4-6 ore. Ciò al contrario dei farmaci oppioidi, che hanno un assorbimento scadente e irregolare. In secondo luogo, è la sua variabile e prolungata durata d'azione che può oscillare tra le 12 a le 150 ore, dopo una singola dose.

Questo farmaco si accumula nei compartimenti extra-vascolari per cui la sua tossicità, può perdurare anche dopo la sospensione dello stesso.<sup>xiii</sup>

#### 4.4 Il metadone nel case report

Arrivati ad una situazione di iperalgesia da oppioidi, dopo aver tentato di tutto per un relativo benessere, la signora B.T perde le speranze chiedendo informazioni riguardanti le DAT.

Nel marzo del 2019, invece, le venne proposta una nuova terapia.

Inizia così con un ricovero presso l'U.O. Medicina d'Urgenza dello Stabilimento Ospedaliero "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno, la rotazione farmacologica, il così detto "switch farmacologico".<sup>14</sup>

La signora, passa dal Fentanyl 25 mcg/ 24h al METADONE, somministrato dall'infermiere del SERT.

Dopo il terzo giorno la signora viene dimessa con diagnosi di uscita: "Paziente asintomatica dal dolore, NRS-score pari a 0"

Inizia quindi la terapia domiciliare con il metadone, con dosi giornaliere di 40mg/30mg/40 mg – 7:00/15:00/23:00.

La sonnolenza è forse l'unico effetto collaterale che la nostra assistita riferisce, dopo l'inizio di questa nuova terapia.

Questo nuovo farmaco, quindi, consente alla signora, di cambiare idea sulle DAT, ma soprattutto permette a B.T di vivere un periodo di relativo benessere.

Attualmente è in cura con il metadone e quando il picco del dolore sale, lo gestisce con l'utilizzo combinato di EFFENTORA.

#### 4.5 Il metadone in letteratura

Da un articolo, della Divisione di Medicina Palliativa, Dipartimento di Oncologia e Medicina di Famiglia, della Università di Calgary, Canada sulla gestione del dolore cronico oncologico e non è emerso che il metadone, *"quando usato in sicurezza, sembra avere dei vantaggi, rispetto agli altri oppioidi, nel controllo del dolore e nel ridurre gli effetti collaterali"* e sottolinea l'importanza di una buona formazione e comunicazione per il suo uso e come il suo utilizzo possa determinare un buon risparmio di risorse per la comunità. Utilizzato per l'analgesia ormai dagli anni 70 in pratica si riscontra uno scarso utilizzo del farmaco ancora oggi anche in Italia. Inoltre *"Il metadone è un oppioide ad azione prolungata, relativamente economico, con proprietà analgesiche, sia per il dolore neuropatico che nocicettivo, migliori degli altri oppioidi utilizzati nei pazienti in cure palliative. Però, deve essere posta attenzione agli effetti collaterali aggiuntivi che richiedono, per l'uso del metadone, una specifica formazione, un appropriato tutoraggio e sviluppo di competenze per l'utilizzo in sicurezza."*<sup>xiv</sup>

---

<sup>14</sup> Lo switch farmacologico o drug switching è molto diffuso in pratica clinica, soprattutto nel management delle patologie croniche, e si riferisce alla sostituzione di un farmaco con un altro.

## 5 CAPITOLO: Presentazione del caso clinico

### 5.1 CENNI DI ANATOMIA, FISIOLOGIA E PATOLOGIA:

#### I RENI:

I reni sono due organi pari, posti simmetricamente nella regione lombare che, insieme ai due ureteri, una vescica e un'uretra, costituiscono l'apparato urinario, il quale ha il compito di filtrare il sangue, eliminando i prodotti di scarto.

Funzione dei reni è anche quella di restituire la maggior parte di acqua e soluti al circolo sanguigno,

L'acqua e altri soluti costituiscono l'urina che fluisce negli ureteri e viene accumulata nella vescica urinaria, fino alla sua espulsione dal corpo attraverso l'uretra.

Le funzioni dei reni possono essere riassunte in 5 punti:

- 1) Regolazione dei livelli di ioni nel sangue:  $\text{Ca}^{2+}$  (ione calcio),  $\text{K}^+$  (ione potassio),  $\text{Na}^+$  (ione sodio),  $\text{Cl}^-$  (ione cloruro) e  $\text{HPO}_4^{2-}$  (ione fosfato).
- 2) Regolazione del volume e della pressione del sangue: la secrezione dell'enzima renina da parte dei reni ha una funzione molto importante nella regolazione della pressione sanguigna, in quanto attiva il processo renina- angiotensina-aldosterone.
- 3) Regolazione del pH sanguigno: regolano la concentrazione di ioni  $\text{H}^+$  espellendone una quantità variabile nell'urina. Inoltre trattengono lo ione bicarbonato  $\text{HCO}_3^-$ , che ha il compito di tamponare lo ione  $\text{H}^+$ .
- 4) Produzione di ormoni: calcitriolo (forma attiva della vitamina D), che partecipa al controllo dell'omeostasi del calcio e l'eritropoietina (stimola la produzione di globuli rossi).
- 5) Escrezione di rifiuti.

#### LA STRUTTURA DEL RENE :

Ogni rene è circondato da una capsula renale che contribuisce a mantenere la forma e fornisce protezione meccanica. Uno strato di tessuto adiposo circonda poi la capsula renale e avvolge il rene ancorandolo alla parte addominale posteriore.

Internamente i reni presentano due regioni principali:

- una più esterna, chiamata corteccia o zona corticale
- una più interna, chiamata midollare: organizzata in piramidi renali con estensioni della corticale fra queste, chiamate colonne renali.

L'urina che si forma defluisce in una cavità chiamata pelvi renale, sul cui bordo compaiono strutture chiamate calici maggiori e calici minori.

## L'IRRORAZIONE SANGUIGNA RENALE:

Circa 1200 ml di sangue al minuto, a riposo, raggiunge i reni tramite le arterie renali destra e sinistra.

All'interno di ciascun rene, l'arteria si divide in vasi sempre più piccoli (arterie segmentarie, interlobari, arcuate e interlobulari), che alla fine consegnano il sangue alle arteriole afferenti, che a sua volta si ramifica in una rete di capillari chiamata glomerulo. Il glomerulo poi dà origine all'arteriola efferente, che si divide a formare capillari peritubulari, che a loro volta formano le vene peritubulari, vene interlobulari, vene arcuate, vene interlobari, che convergono tutte nella vena renale.

## LE UNITA' FUNZIONALI DEI RENI

Il nefrone (circa un milione per ciascun rene), è l'unità funzionale del rene.

Ogni nefrone è formato da due parti:

- 1) corpuscolo renale: filtrazione del plasma sanguigno. Costituito a sua volta da due regioni: il glomerulo e la capsula di Bowmann
- 2) tubulo renale: dove scorre il filtrato, chiamato filtrato glomerulare. Formato da: tubulo convoluto prossimale, ansa di Henle (raggiunge la midollare renale), tubulo convoluto distale (che riversa il contenuto nel dotto collettore comune).

## LE FUNZIONI DEL NEFRONE:

- 1) **FILTRAZIONE GLOMERULARE:** la pressione del sangue spinge acqua e soluti contenuti nel plasma attraverso la parete dei capillari glomerulari.
- 2) **RIASSORBIMENTO TUBULARE:** avviene mentre il fluido filtrato scorre lungo il tubulo renale e il dotto collettore, in questo tratto le cellule presenti, restituiscono le sostanze utili e l'acqua filtrata al sangue.
- 3) **SECREZIONE TUBULARE:** in questo caso le cellule del tubulo e del dotto collettore rimuovono dal sangue le sostanze inutili, come farmaci e ioni in eccesso e le riversano nel sangue che scorre nei tuboli renali.<sup>xv</sup>

## LE PATOLOGIE RENALI:

Per patologie renali si intendono tutte quelle condizioni in cui viene meno l'anatomia e la fisiologia dell'organo.

Le cause possono essere batteri, virus, parassiti, malattie genetiche, diabete, tumori..ecc

Le malattie più diffuse sono i calcoli renali, la pielonefrite (infiammazione della pelvi renale, dovuta a batteri come E. Coli, Klebsiella, Proteus, Enterococcus), la

glomerulonefrite (infiammazione dei glomeruli renali), l'idronefrosi (dilatazione della pelvi e dei calici renali, per effetto di un accumulo insolito di urina), l'insufficienza renale (incapacità dei reni a compiere le proprie funzioni) e il tumore al rene.

I sintomi di queste condizioni cliniche sono simili e comprendono: disuria (difficoltà a urinare), urine maleodoranti, urine ipercromiche, nicturia (bisogno di urinare nella notte), anuria (mancata emissione di urina), febbre, perdita di peso, dolore a un fianco, dolore addominale. Ematuria (sangue nelle urine), nausea, debolezza e affaticamento.

Per la diagnosi occorrono esami del sangue, ecografia addominale, anamnesi, esame obiettivo e analisi delle urine.

## 5.2 LA MALATTIA

Il carcinoma renale, patologia che ha colpito la signora B.T., è uno dei più frequenti tumori dell'apparato urinario, dopo quello alla prostata e alla vescica (fondazioneveronesi.it).

Nel 90% dei casi, origina da una crescita incontrollata delle cellule sulla parete dei tubuli renali che compongono i nefroni (adenocarcinoma renale).

E' frequente nei soggetti, soprattutto maschi, di età superiore a 50 anni.

Si stima che il rischio di sviluppare un tumore del rene sia pari a 1 su 40 negli uomini e a 1 su 91 nelle donne. (AIRC.it) xvi

Il più importante fattore di rischio per questa patologia è il fumo di sigaretta, ma anche l'esposizione a metalli pesanti, amianto e cadmio, ha un ruolo importante nell'insorgenza.

Può presentarsi con dolore lombare e ematuria, anche se generalmente, i sintomi hanno esordio tardivo, compaiono solo quando la massa oramai è troppo grande.

La radio e la chemioterapia sono risultate inefficaci, l'unico trattamento ad oggi possibile è la chirurgia, possibile solo in pazienti che presentano la malattia localizzata.

E' comunque opportuno eseguire una terapia di follow up (periodici controlli).

Il carcinoma renale si presenta in diverse varianti:

- A cellule chiare: 70-80% dei caso
- Papillare (di tipo I e II): 10-15% dei casi
- Cromofobo: 5% dei casi

La signora BT, protagonista del case report, è stata colpita dal carcinoma renale cromofobo.

Le caratteristiche anatomiche tumorali sono descritte nella pratica clinica con il termine TNM, nel caso del carcinoma renale vengono utilizzati anche altri sistemi di

classificazione come il PADUA (perioperative aspects and dimensions used for an anatomical classification system), R.E.N.A.L (radium, exophytic/endophy properties, Nearness of the tumor to the collecting system or sinus, Anterior/posterior, Location relative to the polar line) e il C-index.<sup>[xvii]</sup> <sup>[xviii]</sup>

Sono sistemi che prendono in considerazione la crescita endo/esofitica, i rapporti con l'ileo renale ed i dotti collettori, le dimensioni, la crescita e la posizione (anteriore o posteriore) del tumore.

Le caratteristiche istologiche del carcinoma renale invece, sono: l'istotipo (cellule chiare, papillari, cromofobo), il grading, la presenza di una componente sarcomatoide, l'invasione microvascolare, la presenza di necrosi tumorale e l'interessamento del sistema collettore. Il grading rimane il fattore prognostico di maggiore rilevanza.

Per carcinoma renale a cellule cromofobe, si intende un sottotipo raro di carcinoma delle cellule renali che origina dalle cellule intercalate dei dotti collettori.

Si tratta di un tumore circoscritto, solido, molto lobulato, che di solito viene diagnosticato precocemente.

Nella maggior parte dei casi è asintomatico, o esordisce con sintomi non caratteristici del tumore renale, come cachessia, febbre o affaticamento.

Quando compaiono sintomi propri del carcinoma renale, ci si trova già in uno stadio avanzato della malattia.<sup>xix</sup>

### 1.3 IL CASO

Con la presentazione di questo caso clinico vengono prese in considerazione, dal primo accesso al pronto soccorso al domicilio, le condizioni della signora BT, di anni 53, colpita da un carcinoma renale a cellule cromofobe con susseguenti metastasi ossee e polmonari.

Verrà soprattutto studiato il dolore, sintomo che l'ha accompagnata in tutto il suo percorso, e il suo relativo trattamento, nonché la sua qualità di vita.

Il focus dello studio si concentrerà principalmente nell'ultima fase, quando la patologia ha ormai completamente invaso la vita della paziente, quando ogni terapia può risultare vana.

Attualmente B.T. risiede a domicilio presso il suo paese di origine, vive insieme al marito, che si dedica quasi completamente a lei (caregiver).

Le due figlie invece, non vivono con lei avendo preferito tenerle il più lontano possibile per non creare disturbi emotivi.

#### CONDIZIONI CLINICHE INIZIALI:

B.T, nel settembre 2011 presenta un episodio di dolore al fianco sinistro, con lieve ematuria.

Accompagnata dal marito, decide di recarsi al Pronto Soccorso dove, venne dimessa con diagnosi di colica renale; i medici consigliano però, di effettuare un' ecografia renale nei giorni successivi.

Il quadro ecografico mostra una neoformazione a livello renale.

Con successivo esame della risonanza magnetica nucleare, le viene diagnosticato poi, il carcinoma renale a cellule cromofobe. (pT3- G2-N0).

Dopo vari consulti, con numerosi oncologi si decide e si procede a sottoporsi ad intervento chirurgico per l'asportazione del rene e del surrene (nephrectomia radicale e surrenalectomia).

Chemioterapia e Radioterapia vengono sconsigliata, procedendo con il follow up.

Nel triennio successivo la signora vive un periodo di relativo benessere, con terapia antidolorifica al bisogno (TAB).

Nel 2013 una lombalgia, subentra come campanello d'allarme. Riferisce dolore trafittivo, con assenza di dolore neuropatico, NRS- score pari a 8.

Purtroppo si sono organizzate metastasi ossee, con frattura patologica di D10.



B.T. si sottopone ad intervento neurochirurgico di stabilizzazione vertebrale, tramite viti e barre paravertebrali su D8-D11-D12 e laminectomia D10 con radioterapia associata.

Nel post intervento, il dolore è quasi assente (NRS-score = 0). Continua TAB con FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei), con buona risposta antalgica.

Il dolore osteo- midollare risponde in modo positivo a questa terapia.

Tre mesi dopo, in un follow- up, si evidenzia un nodulo polmonare di 4 mm, in progressione, dal momento che, in una TC successiva si verifica la crescita aumentata del nodulo fino a 7 mm.

Le viene consigliato di proseguire il follow-up.

Nel 2015 si evidenzia un tessuto neoformato che invade il midollo senza comprimerlo; a livello di D10, deficit neurologici assenti.

Segue poi un periodo dove il benessere inizia a venire meno, con presenza di dolori lombari migranti sempre più frequenti.

L'anno successivo, nel 2016, dopo vari consulti, inizia terapia con un farmaco oncologico: SUTENT<sup>15</sup> 50 mg/die per 4/6 settimane.

Nel 2017 la signora inizia la Radioterapia per la gestione delle metastasi in D9-D11. E' da qui che inizia un periodo di peggioramento della propria qualità di vita, dovuto anche probabilmente, agli effetti collaterali del farmaco chemioterapico assunto dall'anno precedente.

Riferisce astenia, soprattutto agli arti inferiori e superiori, dolore sempre più forte, intrattabile con terapia al bisogno (TAB).

E' proprio in questo anno che B.T. ricorre alla "terapia del dolore".

Le viene somministrato FENTANYL transdermico 25 mcg/72h, in concomitanza con CONTRAMAL e TORADOL come TAB.

In una successiva visita, le viene modificata poi la TAB, aggiungendo EFFENTORA cpr sublinguale.

---

<sup>15</sup> SUTENT (SUNITINIB): è un inibitore della crescita tumorale. Usato per tumori al tratto gastrointestinale metastatico e per carcinomi renali avanzati/metastatici negli adulti.

Questa classe di farmaci agisce in modo più selettivo rispetto alla chemioterapia tradizionale, in quanto riconosce alcune proteine che si trovano sulla parete delle cellule tumorali.

Bloccano i meccanismi con le quali le cellule si riproducono.

Gli effetti collaterali più comuni sono: astenia, ossia sensazione di stanchezza e diminuzione dell'appetito.

Altri effetti più rari invece sono: sanguinamento, il più comune è quello del naso, ma si sono verificati anche casi di sanguinamento intestinale e da naso-bocca in casi sporadici di tumori intestinali; temporanea riduzione della produzione di cellule ematiche da parte del midollo osseo, causando quindi anemia; modificazione dell'attività cardiaca, che si può manifestare con dolore di tipo anginoso, difficoltà respiratorie, ipotensione.

I successivi anni sono stati drammatici, la signora non vive più una vita tranquilla, il dolore giornaliero corrisponde ad un punteggio NRS-score di 9/10, iniziano a venire meno le normali attività quotidiane (igiene personale, alimentazione...).

Numerosi sono stati gli accessi in pronto soccorso ed i ricoveri ospedalieri.

Nel 2018 la signora B.T. si alletta completamente.

Date le proprie condizioni, l'assistita decide informarsi riguardo le "disposizioni anticipate di trattamento" (D.A.T.).

Con l'appoggio sempre presente del proprio caregiver, il marito, si reca presso il proprio ufficio comunale.

Agli inizi 2019, la terapia del dolore viene modificata con: sostituzione del cerotto di FENTANYL 25 mcg ogni 48 h anziché 72h e con EFFENTORA per via nasale invece che sublinguale.

Le condizioni non migliorano, si procede così a provare, sotto consiglio dei terapisti del dolore, un'alternativa con scarsa evidenza scientifica.

Viene organizzato un team di medici della medicina d'urgenza, anestesisti, medici del pronto soccorso, personale sanitario del SERT, personale della terapia antalgica.

Passando quindi dal pronto soccorso si finge un ricovero presso la Medicina d'Urgenza dell'Ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno.

Durante la degenza avviene il così detto "switch farmacologico", si passa dal Fentanyl al Metadone.

Dopo soli cinque giorni la signora viene dimessa con diagnosi di "Paziente asintomatica dal dolore".

Ed è proprio grazie a questa terapia, che attualmente la signora è tornata a vivere una vita tranquilla, ha ricominciato ad alimentarsi, ad alzarsi dal letto, ad uscire con il marito.

La qualità della sua vita è notevolmente migliorata, anche se la patologia, le provoca, periodicamente, delle piccole ricadute.

### 5.3 Diagnosi infermieristiche in riferimento al caso clinico

CLASSIFICAZIONE DIAGNOSI	DIAGNOSI
REALE	Dolore cronico
BENESSERE	Disponibilità ad aumentare la speranza
RISCHIO	Rischio di autostima situazionale scarsa
SINDROME	Sindrome da immobilizzazione
PROBLEMA COLLABORATIVO	Complicanza potenziale: effetti avversi della terapia con farmaci antineoplastici

#### DIAGNOSI REALE

**TITOLO:** Dolore cronico

**DEFINIZIONE:** Stato nel quale la persona prova una sensazione spiacevole continua o intermittente di durata superiore a sei mesi.

#### **OBIETTIVI:**

- La persona riferirà un'attuazione del dolore e un miglioramento nello svolgimento delle attività quotidiane entro 10 giorni dall'inizio della terapia
- La persona sarà in grado di identificare i momenti del BREAKTHROUGH PAIN entro 15 giorni.
- La persona sarà in grado di gestire autonomamente la terapia antidolorifica, nei limiti del possibile entro 1 settimana.

#### **NOC<sup>16</sup>:**

- Controllo del dolore
- Controllo della depressione
- Livello di benessere

#### **NIC<sup>17</sup>:**

- Determinare l'intensità del dolore quando è massimo o quando è minimo, utilizzando scale di valutazione come la NRS, VAS, etc.
- Ridurre o eliminare i fattori che accentuano il dolore come attività di vita quotidiana (igiene, alimentarsi..), mobilizzazione

---

<sup>16</sup> NOC: outcome

<sup>17</sup> NIC: Interventi infermieristici

- Promuovere una mobilità ottimale , discutendo con l'assistito dell'importanza dell'esercizio fisico per rafforzare e distendere i muscoli.
- Aiutare a pianificare attività quotidiane quando il dolore è minimo
- Alleviare il dolore con gli analgesici prescritti dal medico
- Educare il paziente circa la gestione farmacologica
- Attuare tecniche di coping, ascolto attivo al fine di non far cadere la persona in uno stato di depressione

#### DIAGNOSI DI BENESSERE

**TITOLO:** Disponibilità ad aumentare la speranza

**DEFINIZIONE:** modello di aspettative e desideri per mobilitare energie a proprio favore che è sufficiente per il benessere e può essere rafforzato.

**OBIETTIVI:** l'assistito riferirà un aumento della speranza identificando strategie come fiducia verso di sé, possibilità di migliorare entro 1 mese.

#### **NOC:**

- Capacità decisionale
- Autocontrollo della depressione
- Speranza

#### **NIC:**

- Identificare la presenza di fattori correlati come la presenza di una malattia cronica.
- Aiutare l'assistito, ascoltandolo attivamente. Trasmettere empatia per favorire l'espressione dei dubbi, delle paure e delle preoccupazioni.
- Riconoscere il punto di vista dell'assistito, le persone affette da cancro hanno spesso una visione della realtà diversa da quella degli infermieri.
- Identificare i punti di forza dell'assistito e non quelli di debolezza.
- Aiutare l'assistito a riconoscere fonti di speranza (fede, relazioni, cose da realizzare).
- Assistere nella soluzione dei problemi e nella presa di decisioni, rispettando l'assistito come persona in grado di prendere decisione, stimolandolo a parlare per poter comprendere come percepisce le possibilità di scelta.
- Aiutare l'assistito ad acquisire capacità di coping efficaci, stabilendo obiettivi a breve e lungo termine realistici e raggiungibili.

## DIAGNOSI DI RISCHIO

**TITOLO:** Rischio di autostima situazionale scarsa

**DEFINIZIONE:** A rischio di sviluppare una percezione negativa del proprio valore in risposta a una situazione attuale

### **FATTORI DI RISCHIO:**

- Malattia cronica degenerativa (carcinoma)
- Dolore

## DIAGNOSI A SINDROME

**TITOLO:** Sindrome da immobilizzazione

**DEFINIZIONE:** stato in cui la persona è a rischio o è soggetto a deterioramento dei sistemi organici per inattività muscoloscheletrica prescritta o inevitabile

### **OBIETTIVO:**

- l'assistito non presenterà complicanze legate all'immobilizzazione come ad esempio: cute integra, capacità di eseguire le attività per quanto possibili, buona funzionalità respiratoria.. entro 1 settimana
- l'assistito sarà in grado di svolgere autonomamente le ADL (activity daily living) entro 10 giorni

### **NOC:**

- Movimenti articolari
- Resistenza
- Assenza di complicanze

### **NIC:**

- Identificare i fattori eziologici e contribuenti come il dolore, l'affaticamento
- Predisporre un piano di riposizionamento dell'assistito al fine di ridurre la pressione nelle aree a rischio
- Favorire il ritorno venoso posizionando gli arti inferiori al di sopra del cuore
- Favorire il benessere incoraggiando l'assistito a comunicare le paure e i sentimenti riguardanti la limitazione nei movimenti.

-

## **PROBLEMA COLLABORATIVO:**

Complicanza potenziale: effetti avversi della terapia con farmaci antineoplastici

Obiettivo: l'infermiere ridurrà e gestirà gli eventi avversi identificando tempestivamente i relativi segni e sintomi.

**NOC:**

- Eventi avversi assenti
- Identificazione precoce segni e sintomi

**NIC:**

- Valutare la presenza di controindicazioni alla terapia con farmaci antineoplastici come radioterapia nelle precedenti 4 settimane, allattamento al seno, primo trimestre di gravidanza,
- Spiegare i possibili eventi avversi: sistemici (alopecia, febbre, eruzione cutanea, trombocitopenia), cardiovascolari (aritmie, insufficienza cardiaca congestizia, respiratori (fibrosi polmonare), neurologici (confusione mentale, depressione, vertigini, astenia), ematologici (anemia, leucopenia), gastrointestinali (diarrea, mucosite, enterite, ulcere intestinali, vomito), epatici (epatotossicità), genitourinari (insufficienza renale, amenorrea, sterilità)
- Monitorare segni e sintomi degli effetti avversi per intervenire tempestivamente e ridurre la gravità (PA, FC, FR, PESO CORPOREO, TC) e insegnare ai familiari e all'assistito a riferire eventuali sintomi.

## 6 CONCLUSIONI

La gestione del caso della signora B.T non è stata semplice fin dall'inizio.

Il fatto di doversi scontrare con una realtà così dura come lo è la fase terminale della vita non è facile soprattutto dal punto di vista emotivo e soprattutto quando l'età della paziente è di soli 53 anni.

Le difficoltà incontrate sono state anche dovute alla comunicazione, avendo il timore sempre di sbagliare, di fare domande non opportune.

Sapere di dover morire, sapere che niente potrà salvarti porta a vivere una vita nel peggiore dei modi e inoltre convivere con la sensazione spiacevole del dolore non è alquanto semplice.

L'infermiere che presta assistenza deve concentrarsi sul senso proprio del termine inteso dal profilo professionale come: "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa".

Inoltre il rapporto infermiere/paziente, risulta essere il "valore aggiunto" che il DM 739/94 evidenzia nel comma 3 dell'articolo 1, nel quale si afferma che "l'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività"

Viene quindi riconosciuta la capacità esclusiva dell'infermiere di identificare i bisogni di assistenza infermieristica, dai quali scaturisce poi l'identificazione di obiettivi preceduti da un'idonea pianificazione dell'assistenza, la quale dovrà portare a dei risultati attraverso l'uso di protocolli e procedure assistenziali.

Concludendo quindi, le cure palliative, core centrale di questo progetto, rispecchiano il curriculum di un infermiere, in quanto si concentrano sul benessere dell'assistito.

Pertanto risulta opportuno saper gestire la qualità di vita della persona, in collaborazione con il medico specializzato in medicina del dolore ed altre figure.

Questo progetto, con il riferimento pratico di un caso reale, ha lo scopo sia di far comprendere il significato dell'approccio con il malato terminale e quindi il benessere della persona stessa ma anche di promuovere sempre un'alternativa, anche quando tutto sembra essere finito. La signor B.T, infatti, è passata dall'informarsi riguardo le D.A.T al non richiederle più, grazie alla terapia con metadone.

Considerata l'efficacia del metadone dimostrata nel case report, l'eventuale utilizzo di farmaci oppiacei, e il potenziale ricorso alle D.A.T., rappresentano una sfida importante da promuovere nella gestione clinico-assistenziale del malato oncologico.

---

## BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

- <sup>i</sup> Morrison RS, Magaziner J, McLaughlin MA, et al. The impact of postoperative pain on outcomes following hip fracture. *Pain* 2003;
- <sup>ii</sup> <http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-39-articolo-465.htm>
- <sup>iii</sup> [www.nurse24.it](http://www.nurse24.it)
- <sup>iv</sup> Motta P.C., “Personalizzazione dell’assistenza infermieristica e dolore: un inquadramento metodologico”, in atti del III Congresso Nazionale Dolore e assistenza infermieristica, Cernobbio, 1998.
- <sup>v</sup> <https://www.notiziariochimicofarmaceutico.it/2017/04/21/il-dolore-cronico-e-la-terapia-del-dolore/>
- <sup>vi</sup> Maltoni M, Caraceni A, Donato V, et al. Terapia del dolore in Oncologia-Linee Guida AIOM. 2009.  
[www.aiom.it](http://www.aiom.it). Ultima consultazione: febbraio 2010
- <sup>vii</sup> V. Pocar, R. Dameno, Sessant'anni dopo. L'art. 32 della Costituzione e il diritto all'autodeterminazione, in *Sociologia del diritto*, n°3, 2009, pp. 159-169.
- <sup>viii</sup> P. Funghi, Riflessione sull’idea della morte: individuazione di alcune criticità, Centro di bioetica e biodiritto, <http://www3.unisi.it/ricerca/philab/bioetica/funghi.htm>, 2006, (ultima consultazione il giorno 13 ottobre 2018).
- <sup>ix</sup> Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee, Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, art.3 (2a), 18 dicembre 2000, p.9.
- <sup>x</sup> G. Scuderi, Raccolta dei principali documenti internazionali sui principi etici della ricerca e dei principali documenti legislativi degli Stati Uniti e della Comunità Europea sulla bioetica, Istituto Superiore di Sanità, Serie Relazioni, 98.5, Roma, dicembre 1998, pp. 15-20.
- <sup>xi</sup> <http://www.salute.gov.it/portale/home.html>
- <sup>xii</sup> <http://www.fnopi.it/attualita/core-curriculum-degli-infermieri-in-cure-palliative-id974.htm>
- <sup>xiii</sup> <https://www.stateofmind.it/2017/11/metadone-quando-usarlo/>
- <sup>xiv</sup>: Srini Chary University of Calgary, Alberta, Canada, Methadone for Pain Management: Past, Present and Future, *Indian Journal of Palliative Care*, gennaio 2018
- <sup>xv</sup> Gerard J. Tortora, Bryan Derrickson (2013). *Conosciamo il corpo umano. Anatomia, fisiologia, educazione alla salute*. Zanichelli, Italia. ( capitolo 15).
- <sup>xvi</sup> <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-del-rene>



---

<sup>xvii</sup> Ficarra V, Novara G, et al. Preoperative aspects and dimensions used for an anatomical (PADUA) classification renal tumors in patients who are candidates for nephron-sparing surgery. *Eur Urol* 2009 Nov; 56: 786-93

<sup>xviii</sup> Kutikov A, Uzoo RG. The R.E.N.A.L. nephrometry score: a comprehensive standardied system for quantitating renal tumor size, location and depth. *J. Urol* 2009 Sep; 182: 844-53

<sup>xix</sup> <https://www.aimac.it/farmaci-tumore/inibitohttps://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/c/cure-palliativeri-crescita-tumorale/sunitinib-sutent>

---

## RINGRAZIAMENTI

Quando tre anni fa iniziai questo percorso ero sola, spaventata e pensavo di non potercela mai fare, invece eccomi arrivata alla fine.

Tre meravigliosi anni passati troppo in fretta.

Sono tante le persone che mi hanno sostenuto e accompagnato in questo percorso.

In primis sento di dover ringraziare il mio relatore, il dottor Maurizio Massetti, per avermi dato fiducia, per aver dedicato parte del suo tempo prezioso a me.

Alla correlatrice, la dottoressa Tiziana Traini, nonché mia tutor fin dal primo anno, lei è stata un pilastro fondamentale sia per la riuscita di questo progetto, sia per tutto il mio percorso formativo. GRAZIE

Alle tutor arrivate dopo, la dottoressa Marida Andreucci e Simonetti Valentina, che con disponibilità e gentilezza hanno contribuito a formarci sotto tutti i punti di vista.

Agli infermieri più severi e a quelli più dolci, a quelli che sono rimasti e a quelli che ho incontrato durante tutto il mio tirocinio, ognuno di loro mi ha insegnato qualcosa che porterò dietro ogni giorno nel mio lavoro.

Un grazie enorme va al mio turnetto della rianimazione, a Barbara, Simona e Lucina, tre amiche, tre sorelle, tre mamme.

Mi hanno insegnato tanto, mi hanno sostenuto, mi hanno consigliato e molto altro, vi porterò per sempre nel mio cuore.

A Marzia, Viola e Serena, loro mi hanno fatto entrare in questo mondo.

Vi ringrazio per tutti i consigli, per gli insegnamenti e per essere rimaste.

A tutte quelle persone che con passione e dedizione durante il tirocinio formativo hanno contribuito a darmi quel mattoncino in più per costruire il mio bagaglio.

A babbo, un uomo, il mio uomo, che nonostante i numerosi ostacoli incontrati in questa vita si è sempre rimboccato le maniche.

Il mio grazie per lui è infinito, mi ha permesso di intraprendere questo percorso e se oggi sono qua è grazie a lui

Alle mie sorelle Monica e Sofia, litighiamo sempre, ci scanniamo ma siete il mio tutto.

La nostra storia non è sempre stata rose e fiori ma insieme abbiamo superato sempre tutto.

Grazie per esserci sempre, è anche e soprattutto a voi che dedico questo mio traguardo.

---

A Bea, arrivata a portare la luce in un periodo buio, a lei che riesce sempre a strapparti un sorriso.

Alla mia famiglia acquisita, zia e nonna, due mamme, due persone che hanno fatto troppo per me, due persone fondamentali nella mia vita.

Scusate se non vi dimostro sempre quanto importanti siete per me.

A loro devo la persona che sono oggi.

A mio cugino Marco, un fratello, un amico, un padre, lui per me c'è sempre stato.

Ora sento di dover ringraziare i miei amici.

Alla mia compagna di università, amica, sorella, a te che mi sei stata vicino ogni giorno, insieme abbiamo fatto veramente di tutto, dall'erasmus agli esami, dal dormire nello stesso letto al piangere e litigare.

Siamo state sempre insieme e vivere ogni giorno con la stessa persona non è semplice ed è per questo che credo che tu sia parte fondamentale per me. Mi auguro che "per sempre sarai nella tasca destra in alto, in un sorriso spento in un appuntamento con il mio destino". Ti voglio bene Ci.

A Ada, prima persona incontrata al mio arrivo qui ad Ascoli, con la sua dolcezza e semplicità mi ha conquistato fin dal primo momento; le cose sono un po' cambiate ma sappi che per sempre sarai la mia COINQUI.

Alle mie amiche di una vita e a quelle incontrate dopo: Ali, Michi, Fedina, Sovri, Marti, Chia, Nico e Vale.

A voi che mi avete capito, che nonostante ci vedessimo poco io ho potuto sempre contare su di voi e non dimenticherò mai che "Wherever I go, you will lookig for me".

Ognuna di voi ogni giorno che passa mi lascia sempre qualcosa in più, dalla lentezza e saggezza di Vale, alla fobia per lo sporco di Sovri, dal prendere le situazioni sempre con ironia di Nico, all'essere chiusa in sé, perché a volte serve anche questo di Chià, dall'istinto protettivo e da mamma di Fedina, alla gasataggine di Ali per ogni minima cosa.

Non me ne vogliate ma ho cercato solo di prendere una parte di voi, la prima che penso quando mi venite in mente.

Mi sento fortunata ad avervi, siete la mia seconda famiglia.

Sento di dover però fare un ringraziamento speciale a due di loro, Marta e Michi, che mi sono state vicino in forse uno dei periodi più brutti della mia vita.

---

A qualsiasi ora del giorno sapevo che loro c'erano.

Due caratteri forti, decisi e sicuri di sé.

Mi hanno criticato, sostenuto, si sono arrabbiate, mi hanno fatto semplicemente crescere sotto tanti punti di vista. Grazie infinitamente

A Sara, la miss, Melissa e Greta, il mio gruppo Ascolano, il mio sostegno, le mie compagne di università, ma non solo di ansie, di stress ma anche di numerose feste.

A loro devo tutte le mie bocciature.

A Gabi, Lalla e Fraffi scoperte quasi alla fine, ma con loro ho fatto l'esperienza più bella della mia vita: l'erasmus. Inutile spiegare a parole quello che abbiamo vissuto, noi già sappiamo.

Grazie perché quando stiamo insieme tra di noi regna l'allegria.

A Laura, una donna meravigliosa, la mia ex suocera, la mia amica.

A lei va un grazie enorme per avermi permesso di entrare in quella famiglia (grazie anche a Robi per questo), per avermi dato tanto, per essermi stata sempre vicino ed a lei che va anche un ringraziamento per avermi aiutato in questo elaborato tesi.

Speriamo di vederci in qualche reparto collega.

A fede, il mio ex fidanzato, nonostante tutto non posso non ringraziarlo per avermi sopportato in tutti questi anni, per aver accettato le mie ansie prima degli esami i miei periodi "no", la distanza.

Grazie per avermi sostenuto sempre, sai già quello che sei stato per me.

A questo punto il ringraziamento più grande va ai miei due angeli, mamma e zio.

Mi hanno lasciata troppo presto ma in cuor mio so che loro da lassù mi guidano ogni giorno e mi aiutano nelle scelte più importanti. Mi mancate.

A loro dedico tutto i miei traguardi

Ora non mi resta che scoprire il mondo vero, quello in cui devi dimostrare di essere una persona adulta, quello in cui non puoi tornare al prossimo appello.

Grazie a tutti, Cri