



Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie

XXIX
Congresso Nazionale
S I F O



NAPOLI
12 - 15 Ottobre 2008
MOSTRA D'OLTREMARE

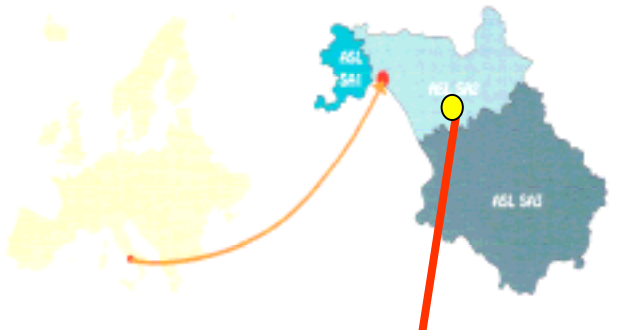


**LA GESTIONE DOMICILIARE DEL MALATO CHE NON
PUO' PIU' GUARIRE**

LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

dott. Armando De Martino

**Hospice "Il Giardino dei Girasoli" -U.O. di Medicina del Dolore e Cure Palliative
Distretto B di Eboli – ASL Salerno2**



PROVINCIA DI SALERNO



DISTRETTI SANITARI
ASL Salerno 2



U.O. di Medicina del dolore e C.P.

CENTRO RESIDENZIALE PER LE CURE PALLIATIVE
(Hospice " IL GIARDINO DEI GIRASOLI ")

CE. N.A.D. EST

DISTRETTO SANITARIO B
LOCALITA' ACQUARITA - EBOLI



CHI SIAMO

“l’articolazione dell’Azienda Sanitaria Locale in cui si realizza il livello di integrazione complessa delle attività sociosanitarie, ponendo al centro della propria attività il cittadino/utente garantendogli l’unitarietà e la globalità degli interventi e la continuità di cura, esercitando funzioni di governo e orientamento della domanda, di ricomposizione dell’offerta”

ASSISTENZA AMBULATORIALE

ASSISTENZA DOMICILIARE

ASSISTENZA IN HOSPICE

1 MEDICO DIRIGENTE

1 MEDICO ESPERTO CP

4 MEDICI C.A.

2 NUTRIZIONISTE

1 COORDINATRICE II.PP.

12 INFERMIERI PROF

1 O.T.A.

12 O.S.A

1 COORDINATORE T.d R.

1 T.d R.

VOLONTARI

1 FISIATRA

1 SOCIOLOGA

1 PSICOLOGO

2 AMBULATORI

2 PL. DAY-HOSPICE

6 PL. DEGENZA HOSPICE

1 SALA DI SOCIALIZZAZIONE

1 SALA STERILE

1 CAMERA BIANCA

1 SALA ASSOCIAZIONI ONLUS

COLLABORAZIONE CON

M.M.G.

UFF.ACCOGLIENZA / P.R.

UU.OO. DISTRETTUALI

(Appropriatezza Assistenza Farmaceutica e
Protesica)

PP.OO. AZIENDALI

ASSOCIAZIONI NON PROFIT
COMITATO 1 HOSPICE X EBOLI

"ROBERTO CUOMO"

"MARCO IAGULLI – ARCOBALENO"



Il ricovero in hospice garantisce la disponibilità di un'assistenza specializzata 24 ore su 24 in un ambiente accogliente e familiare, il più possibile simile a quello domestico.

Il numero di pazienti che potranno essere accolti in hospice è 10.

Ogni unità abitativa è dotata di:
un letto regolabile elettricamente
un secondo letto a disposizione del familiare che è accanto al malato
un armadio per effetti personali
telefono per chiamate interne e ricezione chiamate dall'esterno
un tavolo
un televisore a colori dotato di telecomando
aria condizionata.
cucina con dotazione completa di stoviglie e vasellame
servizio igienico con doccia





PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER
ESTERNI

Best

**RETE INTEGRATA DI ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI
TRA GLI HOSPICE, I SERVIZI E LE STRUTTURE ESISTENTI SUL
TERRITORIO PREPOSTI ALLE CURE PALLIATIVE**

(DGR N° 4408 DEL 26/9/2001)

**COORDINAMENTO
RETE**

**DISTRETTO SANITARIO F
MERCATO S. SEVERINO**

NU.DI. C.P.

N.A.D.

O. FUCITO S. SEVERINO

**DISTRETTO SANITARIO D
PONTECAGNANO -FAIANO**

NU. DI.C.P.

**U.O. DIPART.
MEDICINA DEL DOLORE
P.O. OLIVETO CITRA**

**DISTRETTO SANITARIO A
BUCCINO**

NU.DI. C.P.

**DISTRETTO SANITARIO E
SALERNO**

**U.O. DI MEDICINA DEL DOLORE
E CURE PALLIATIVE**

Hospice

**DISTRETTO SANITARIO C
BATTIPAGLIA**

NU. DI.C.P.

**S.C. NEONATOLOGIA E T.I.
P.O. BATTIPAGLIA**

**DISTRETTO SANITARIO B
EBOLI**

**U.O. MEDICINA DEL DOLORE E
CURE PALLIATIVE - CE. N.A.D.**

HOSPICE

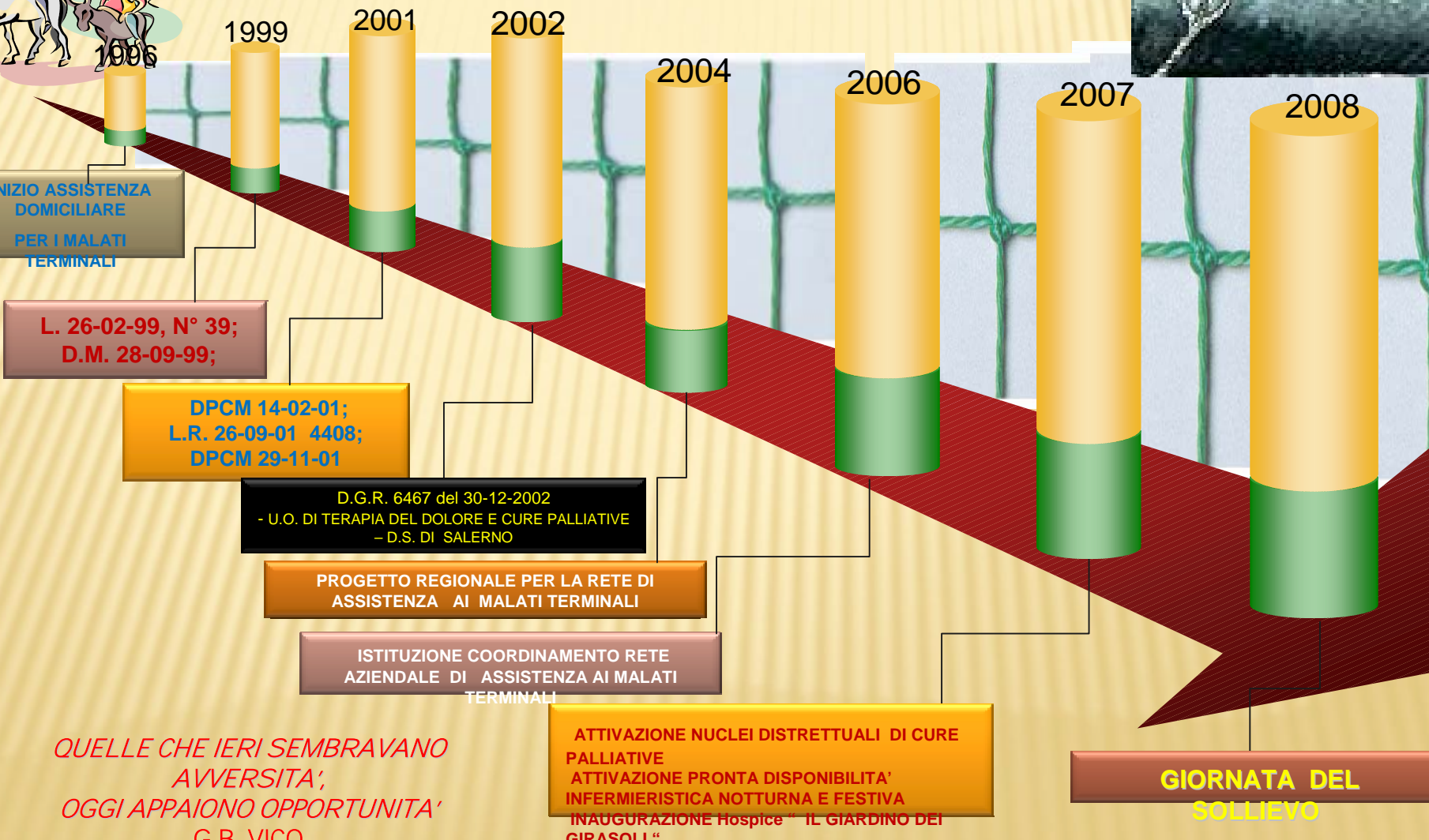
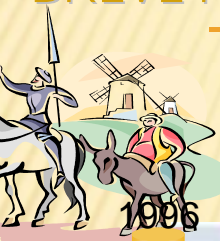
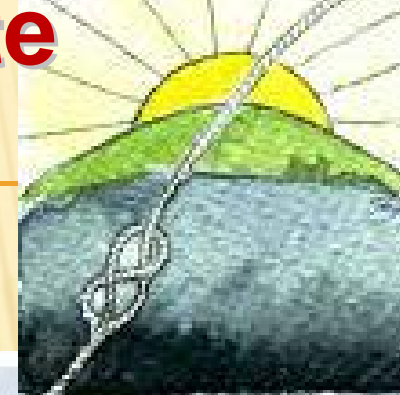
1520 malati neoplastici/anno



**RETE INTEGRATA DI ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI
TRA GLI HOSPICE, I SERVIZI E LE STRUTTURE ESISTENTI SUL
TERRITORIO PREPOSTI ALLE CURE PALLIATIVE**

I nodi della nostra rete


BREVE NOTA BIOGRAFICA:CORREVA L' ANNO 1996



*QUELLE CHE IERI SEMBRAVANO
AVVERSITA';
OGGI APPAIONO OPPORTUNITA'*
G.B. VICO

DA ANNI CERCHIAMO DI DARE VOCE A CHI NON HA VOCE

Il 90% delle persone che in Italia muoiono a causa di una malattia neoplastica necessita di un **piano personalizzato di cura ed assistenza** in grado di garantire **la migliore qualità di vita residua possibile** durante gli ultimi mesi di vita.
(fase terminale)



La "fase terminale", è caratterizzata per la persona malata da una **progressiva perdita di autonomia**, dal manifestarsi di **sintomi fisici e psichici spesso di difficile e complesso trattamento** primo fra tutti il **dolore**, e da una **sofferenza globale** che coinvolge anche il nucleo familiare e quello amicale, e tale da mettere spesso in crisi **la rete delle relazioni sociali ed economiche del malato e dei suoi cari.**

La fase terminale non è caratteristica esclusiva della malattia oncologica, ma rappresenta una costante della fase finale di vita di persone affette **da malattie ad andamento evolutivo, spesso cronico, a carico di numerosi apparati e sistemi.**



MALATTIA TERMINALE E CURE PALLIATIVE

RELAZIONE TRA DECESSI PER TUMORI E RICHIESTA DI CURE PALLIATIVE

Decessi x tumore

1. Triennio 1999 – 2001

Provincia di Salerno

– tot. 6.771

- ASL SA1: **2.129**

- ASL SA2: **2.924**

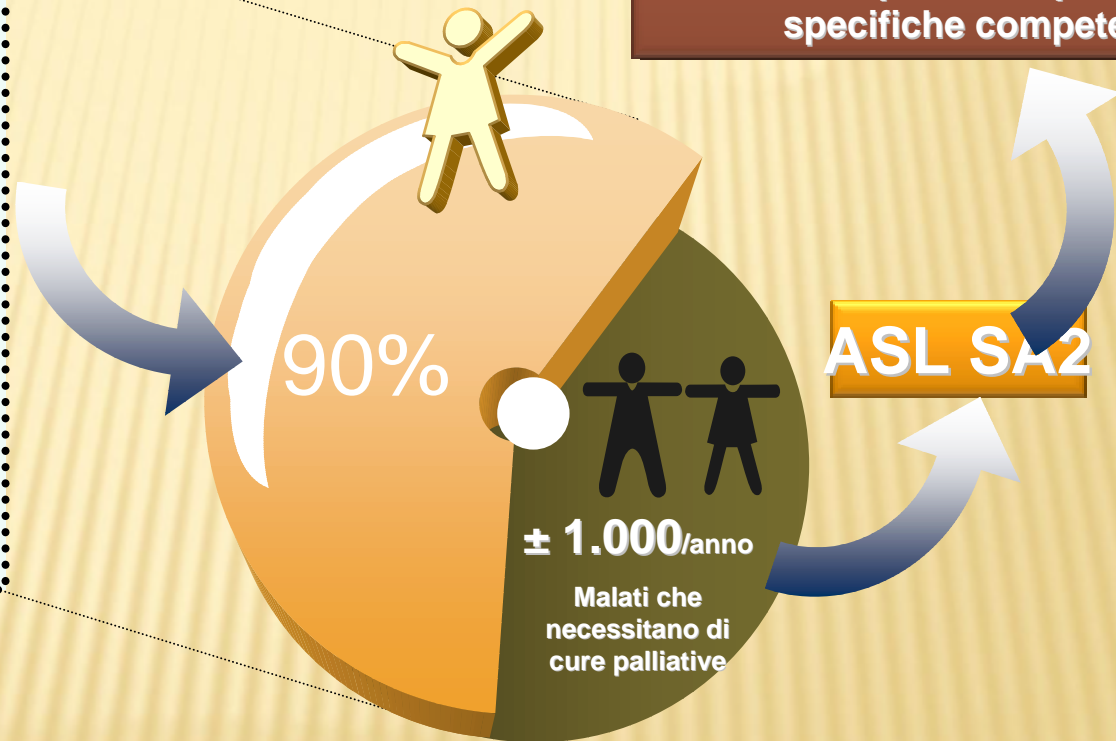
- ASL SA3: **1.718**

2. ANNO 2002

Regione Campania

tot. decessi: **12.494**

Cure soprattutto domiciliari
caratterizzate da una risposta
intensiva a bisogni di elevata
complessità erogata da un'Equipe
multidisciplinare in possesso di
specifiche competenze



LA RETE

è una realtà integrata all'interno dei servizi territoriali e ospedalieri e rivolta ai pazienti con malattie inguaribili.

Essa ha il compito di aiutare il malato e la sua famiglia nel facile percorso di cura e garantire assistenza adeguata su tutto il territorio dell'ASL Salerno2, **7 gg.> 7 - 24h.>24**

La rete si compone di tre strutture fondamentali:
L'UFFICIO DI COORDINAMENTO CENTRALE per garantire la necessaria aggregazione delle strutture coinvolte nel percorso assistenziale

LE DUE UU.OO. DI MEDICINA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE DISTRETTUALI

GLI HOSPICES DI SALERNO E DI EBOLI

Stabilisce una fattiva collaborazione con:

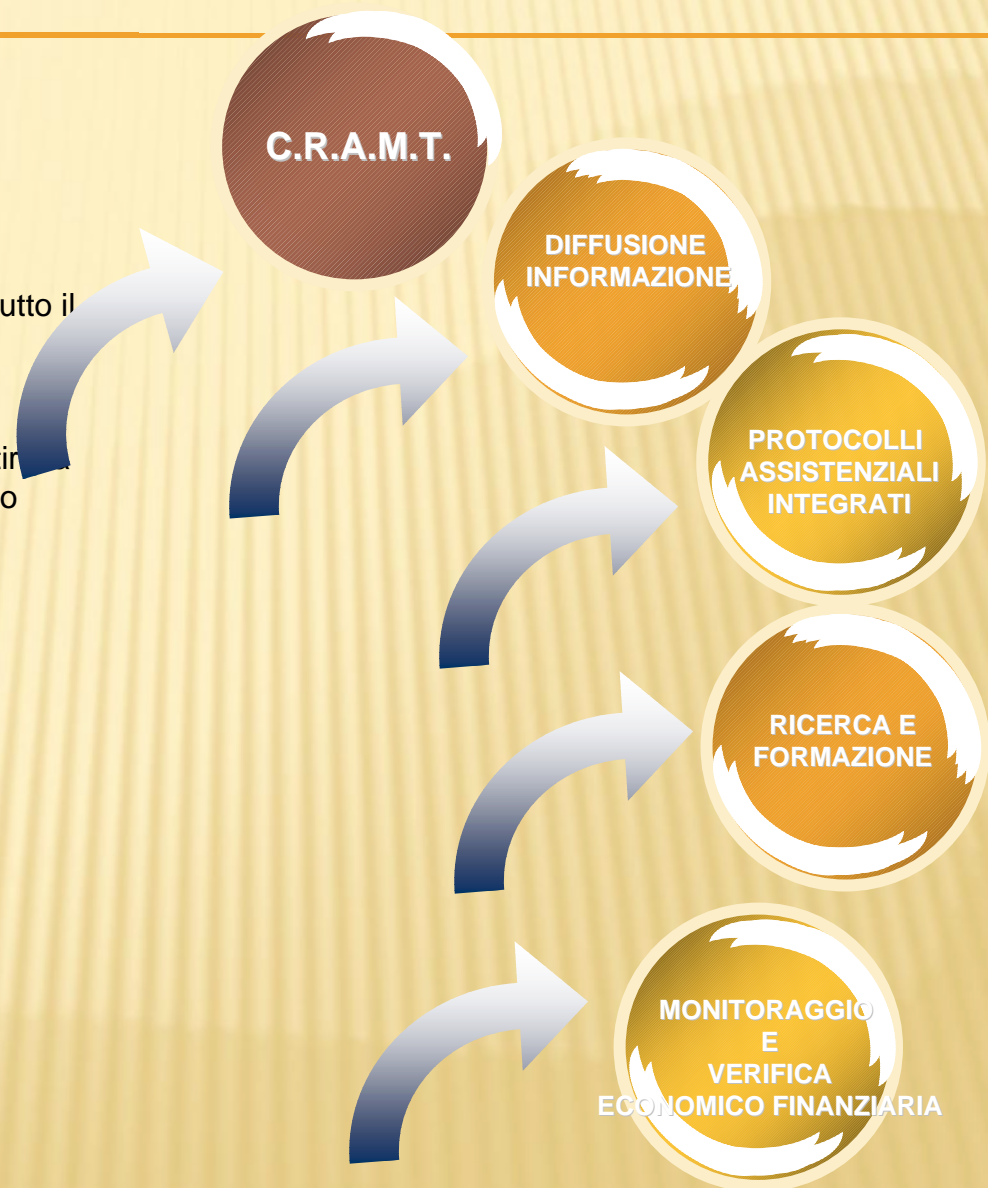
Medici di Medicina Generale
e **UU.OO. di C. D. degli altri DD.SS.** In cui sono stati individuati i **Nu. di. C.P.**

Reparti ed i Servizi Ospedalieri

Medici di C. A.

Servizi Socio-Assistenziali

e **Associazioni di Volontariato**



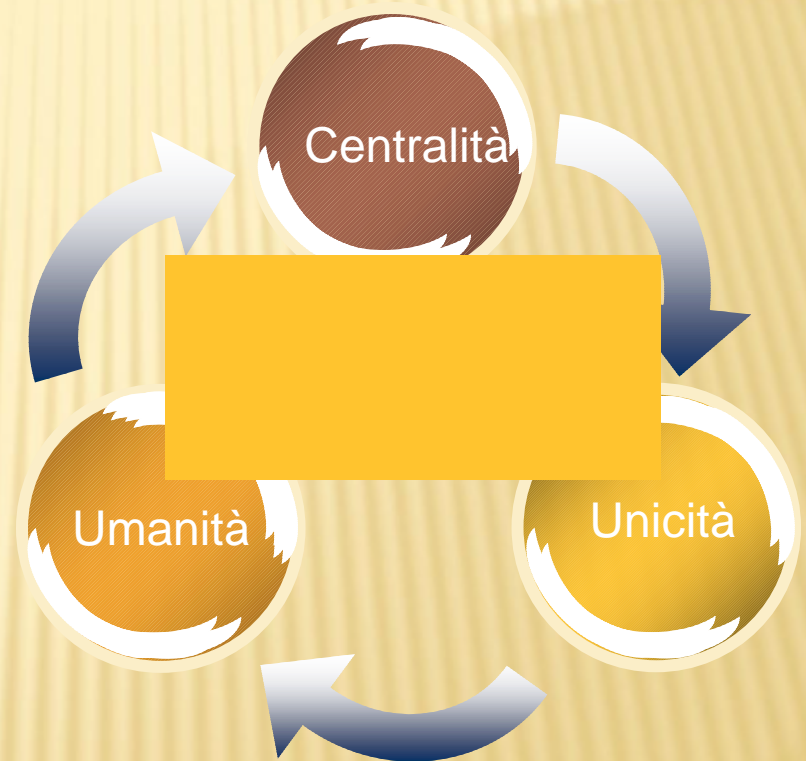
IL MALATO AL CENTRO DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

Adoperarsi per tutelare e favorire la migliore qualità di vita per il paziente che soffre è un dovere etico irrinunciabile.

PER ALLEVIARE LA SOFFERENZA

è necessario:

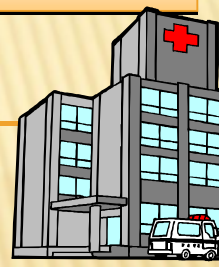
Centralità	affermare la centralità della persona malata
Umanità	<i>il sostegno psicologico e la capacità di rapportarsi umanamente a chi soffre</i>
Unicità	considerare il malato nella sua interezza



..... quanto sei grato al medico che si ferma più a lungo al tuo letto che si siede, addirittura sul tuo letto, come se si avvicinasse al tuo corpo malato, con una confidenza inattesa, assolutamente impreveduta, perchè così tanto umana
..... ti conforta, ti scalda

OSPEDALE

PERCORSO ASSISTENZIALE



**MEDICO DI
MEDICINA GENERALE**

PROTOCOLLO D'INTESA
CORSA P...
TERENZIALE PER
RICOVERI



DOMICILIO

DIMISSIONI PROTETTE

U.V.I. CU.D.

**ALTRE UU.OO.
DISTRETTUALI**

**U.O. APPROPRIATEZZA
ASSISTENZA FARMACEUTICA
E PROTESICA**

**U.O. MEDICINA DEL DOLORE
E CURE PALLIATIVE**

- 1. Consulenza Specialistica
- 2. Assistenza Domiciliare

**ALTRI DISTRETTI
Nu. Di. C.P.**



**ACCOGLIENZA
CURE DOMICILIARI**

Servizi Socio-Assistenziali
Associazioni...ariato

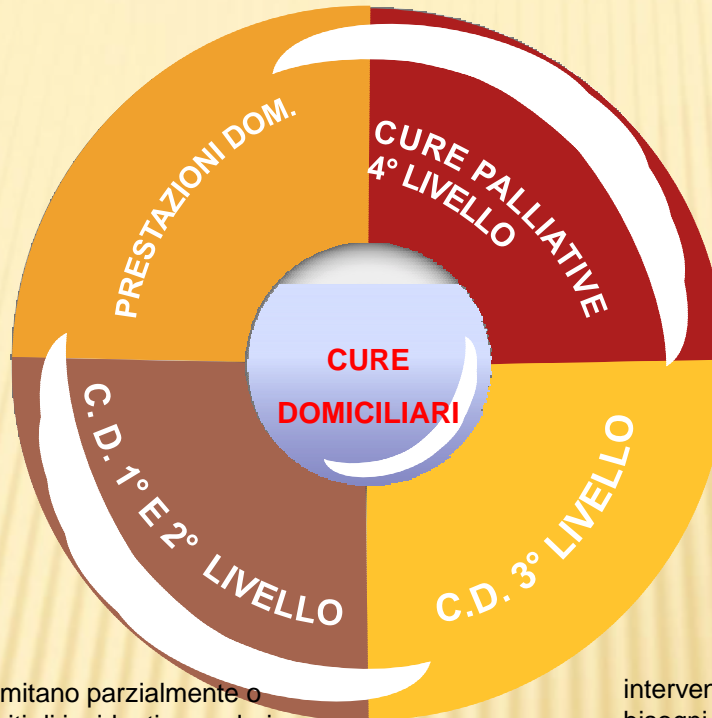
HOSPICE



CURE DOMICILIARI – NUOVI L.E.A.

C.D. PRESTAZIONALI

prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato



C.D. 4° LIV. CURE PALLIATIVE

CURE PALLIATIVE

per i malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe dedicata di cui fa parte il medico di medicina generale

- malati terminali (oncologici e non)
- malati con necessità di Nutrizione Artificiale;

C.D. 3° LIVELLO

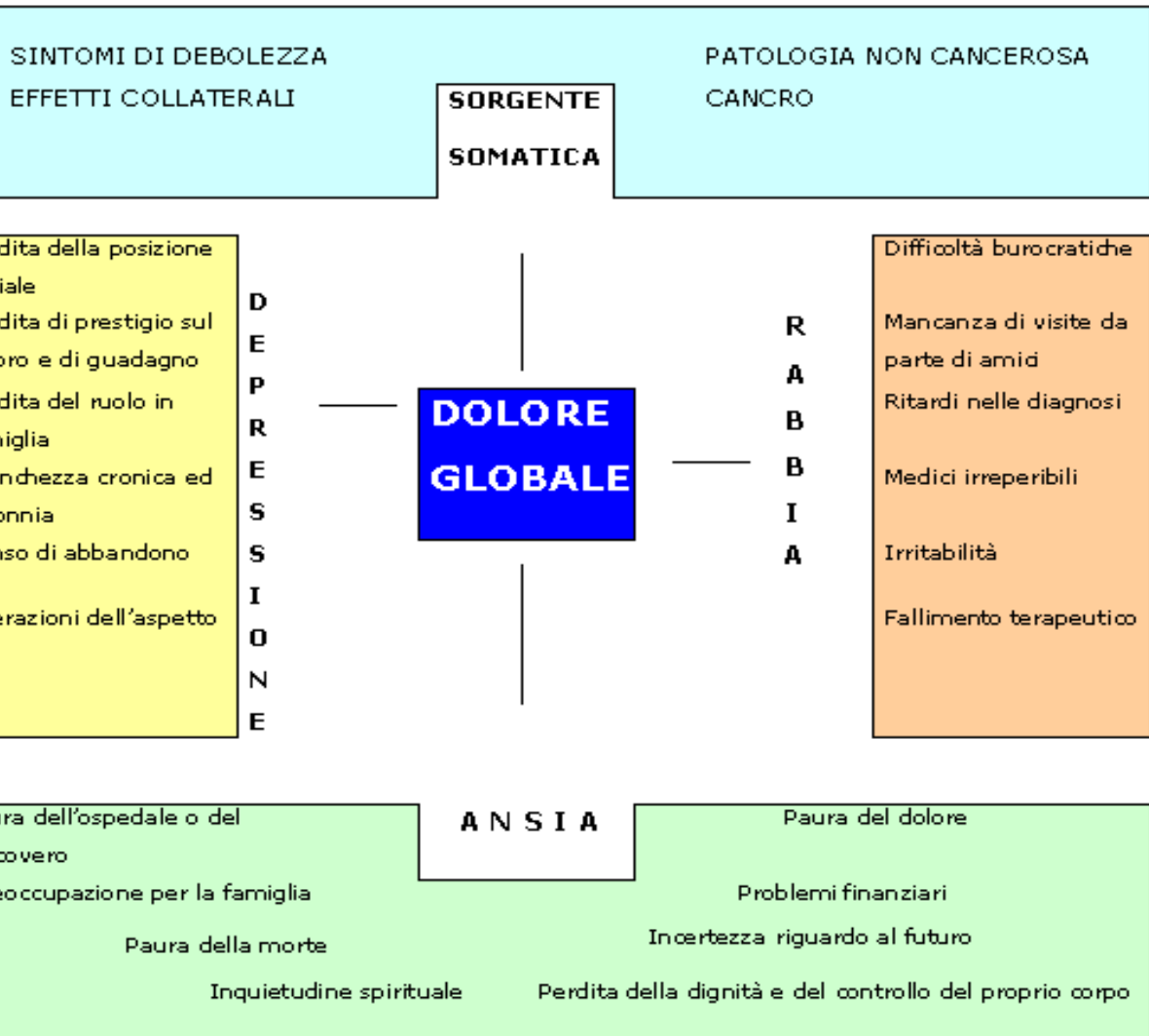
interventi professionali rivolti a malati che presentano bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche.

- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare, altre malattie rare);
- malati in fase avanzata e complicata di malattie croniche;
- malati con necessità di supporto ventilatorio invasivo
- malati in stato vegetativo e stato di minima coscienza

C.D. 1° E 2° LIV.

definite ADI
anziani non autosufficienti;
malati con patologie, in fase acuta o cronica, che limitano parzialmente o totalmente il grado di autonomia (gravi fratture; esiti di incidenti vascolari acuti; insufficienza respiratoria cronica senza necessità di assistenza ventilatoria meccanica; patologie neurologiche non in fase avanzata);
malati con patologie oncologiche in fase non terminale (A.D.O.)
e:
sono in ambiente domestico idoneo
dispongono del supporto di un nucleo familiare consapevole e compenetrato, all'interno del quale è possibile individuare un familiare (care-giver) che collabora con il MMG e gli altri operatori della rete assistenziale domiciliare.

Dolore globale e i suoi fattori determinanti



BISOGNI DA

- × **Dolore //Sofferenza**
- × **Nausea – vomito** (effetto chemio ed trattamento con oppioidi)
- × Crisi respiratorie
- × Fratture patologiche
- × Disidratazione
- × **Angosce (di morte, di ruolo..)**
- × **Attacchi di panico, ansia**
- × **Ipoalimentazione**
- × Ritenzione urinaria acuta e cronica, incontinenza degli sfinteri
- × Prurito
- × Squilibri metabolici
- × Infezioni ricorrenti in fase acuta
- × **Alterazioni del ritmo sonno/veglia**

COMPLICANZE

- × Alterazioni elettrolitiche
- × Anemia
- × Ansia, Depressione, insonnia
- × Astenia e fatigue
- × Coagulazione intravascolare disseminata
- × Compressione midollare e Ipertensione endocranica
- × Delirium
- × Dispnea
- × Dolore
- × Embolia polmonare
- × Febbre
- × Ipercalcemia
- × Lesioni e piaghe da decubito
- × Metastasi ossee
- × Occlusione intestinale inoperabile e ileo paralitico

MANAGEMENT DEL MALATO ONCOLOGICO TERMINALE

BISOGNI DA

- × Singhiozzo
- × Stipsi
- × Tosse
- × Turbe della nutrizione: anoressia e cachessia
- × Versamenti maligni pleurici, pericardici, peritoneali
- × xerostomia
- × Alopecia
- × Cardiotossicità
- × Neurotossicità
- × Tossicità polmonare
- × Nefro-urotossicità

- × Accessi venosi centrali e sistemi infusionali
- × Diarrea
- × Incontinenza fecale e gestione delle stomie
- × Mucosite
- × Neutropenia e infezioni
- × Piastrinopenia
- × Sindrome da lisi tumorale
- × Reazioni allergiche

MANAGEMENT DEL MALATO ONCOLOGICO TERMINALE



DEFINIZIONE CURE PALLIATIVE (O.M.S.)

"cura attiva, totale, di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici.

Il suo obiettivo fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi,
e in generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali”

Obiettivo

Obiettivo: migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie.

Alcuni aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche
più precocemente nel corso della malattia.

CURE PALLIATIVE

Le Cure Palliative si caratterizzano per:

1. ~~la globalità dell'intervento terapeutico~~
 2. la valorizzazione delle risorse del paziente e della sua famiglia oltre che del tessuto sociale in cui sono inseriti;
 3. la molteplicità delle figure professionali e non professionali che sono coinvolte nel piano di cura
 4. il pieno rispetto dell'autonomia e dei valori della persona malata;
 5. il pieno inserimento e la forte integrazione nella rete dei servizi sanitari e sociali;
 6. l'intensità dell'assistenza globale che deve essere in grado di dare risposte specifiche, tempestive, efficaci ed adeguate al mutare dei bisogni del malato;
 7. la continuità della cura fino all'ultimo istante di vita;
 8. la qualità delle prestazioni erogate.
- × CONOSCERE LA STORIA NATURALE DELLA MALATTIA
 - × CONOSCERE LE PROCEDURE DEL CONSENSO INFORMATO ED IL CODICE DEONTOLOGICO PROFESSIONALE
 - × FORMULARE UN PIANO DI ASSISTENZA
 - × CONOSCERE I CONFLITTI ETICI RELATIVI ALLE DECISIONI DELLA FASE TERMINALE (INFORMAZIONE, ALIMENTAZIONE, SEDAZIONE, EUTANASIA)
 - × CONOSCERE LE PROCEDURE E LE INDICAZIONI ALLA SEDAZIONE TERMINALE
 - × APPLICARE SCHEMI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DI VITA E DI MORTE

OBIETTIVI

LA GESTIONE DEL DOLORE ONCOLOGICO

Prevalenza del dolore da cancro

- × Ovaio, cervice, pancreas 100%
- × Colon, retto, mammella 95%
- × Vie biliari, cavo orale 80%
- × Prostata, urinario 75%
- × Utero, laringe 70%
- × Stomaco 65%
- × Linfomi 20%
- × Leucemia 5%

Dolore nel cancro

- × Fase iniziale: 30-40%
- × Fase terminale: 60-80%

INTENSITA'

- × **Lieve** **20%**
- × **Moderato** **50%**
- × **Severo** **30%**

SINDROMI DEL DOLORE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO:

Dolore acuto

- Da manovre o terapie
- Post-chirurgico
- Da neoplasia o patologia correlata

Dolore cronico

- Correlato al tumore
 - Dolore nocicettivo
 - Dolore neuropatico
- Correlato al trattamento
 - Dolore nocicettivo
 - Dolore neuropatico

FATTORI RESPONSABILI DI INADEGUATO CONTROLLO DEL DOLORE

- ✘ Sottostima del dolore (dolore inespresso,)
- ✘ Incertezza diagnostica (tipo di dolore)
- ✘ Prescrizioni “al bisogno”
- ✘ Insufficiente ricorso all’associazione di farmaci
- ✘ Ricorso alla via IM quando possibile la via orale
- ✘ Insufficiente prevenzione e controllo degli effetti collaterali
- ✘ Sottoutilizzo degli adiuvanti
- ✘ Insufficiente ascolto: Paziente, operatori sanitari, familiari,
- ✘ “Fatalismo” (“deve sopportare perché ha il cancro ...”)
- ✘ Pregiudizi e paura nell’uso di oppioidi

LA GESTIONE DEL DOLORE ONCOLOGICO

- ✘ Scala OMS e raccomandazioni EAPC sull'uso degli oppioidi nel dolore da cancro
- ✘ prevenzione e trattamento degli effetti collaterali degli oppioidi

SCALA OMS PER IL DOLORE CRONICO DA CANCRO (WHO: CANCER PAIN RELIEF, GINEVRA, 1986)
MODIFICATA DALL'ESPERIENZA

× 1° gradino: oppioidi minori
+ non oppioidi
+ adiuvanti

CODEINA

CODEINA



PARACETAMOLO

TRAMADOLO

TRAMADOLO



PARACETAMOLO

PREGABALIN

× 2° gradino: oppioidi maggiori
+ non oppioidi
+ adiuvanti

METADONE - MORFINA SOLFATO

- OSSICODONE -

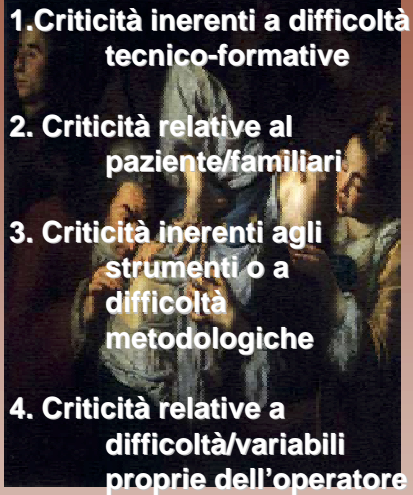
FENTANYL TD - IDROMORFONE

PREGABALIN

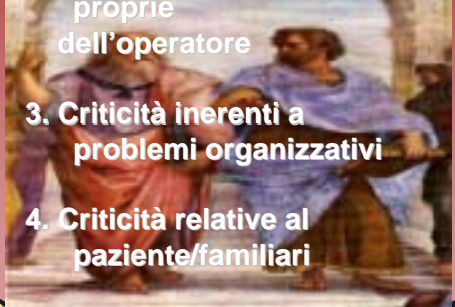
× 3° gradino: interventi di
neurolesione/neuroablazione e

CRITICITA'

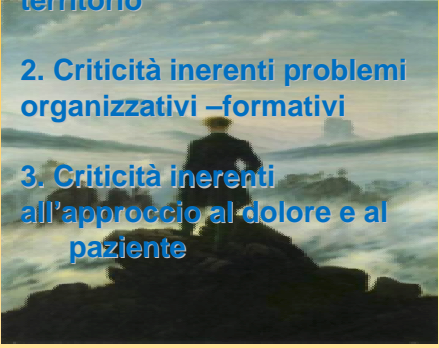
CRITICITÀ NELLA VALUTAZIONE

1. Criticità inerenti a difficoltà tecnico-formative
 2. Criticità relative al paziente/familiari
 3. Criticità inerenti agli strumenti o a difficoltà metodologiche
 4. Criticità relative a difficoltà/variabili proprie dell'operatore
- 

CRITICITÀ NEL TRATTAMENTO

1. Criticità relative all'intervento terapeutico
 2. Criticità relative alla formazione/variabili proprie dell'operatore
 3. Criticità inerenti a problemi organizzativi
 4. Criticità relative al paziente/familiari
- 

CRITICITÀ NELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

1. Criticità inerenti a difficoltà nel rapporto tra gli operatori dell'ospedale – territorio
 2. Criticità inerenti problemi organizzativi –formativi
 3. Criticità inerenti all'approccio al dolore e al paziente
- 

..... dopo tanta nebbia ad una ad una si svelano le stelle
Ungaretti



Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera
Tesi Sperimentale

Aspetti normativi e farmaco-economici della gestione di un Centro Residenziale di Cure Palliative: esperienza dell'Hospice "Il Giardino Dei Girasoli".

A.S.L. SA/2 distretto "B" di Eboli (SA)

Relatore:

Ch.mo Prof. Gianluca Sbardella

Specializzanda:

Dott.ssa Assunta Giordano

Correlatore:

Ch.mo Dott. Armando De Martino

Anno Accademico 2007/2008

L'approvvigionamento di:

Dispositivi medici come:

- Aghi cannula radiopachi in poliuretano
- Sistemi di infusione ad energia elastomerica in continuo

Soluzioni infusionali come:

- Aminoacidi ramificati 4% (siframin®)
- Poliaminoacidi 10% (sintamin®)
- Calcio gluconato
- Soluzione fisiologica 0,9%
- Soluzione glucosata 5%, 10%, 33%
- Vitamine idrosolubili e liposolubili per N.P.T (cernevit®)

Alcune preparazioni per N.P.T. in sacca tipo:

- nutriperi lipid®
- nutriplus lipid®
- oliclinomel® N4
- clanimix® N9

Alcuni sistemi di integrazione nutrizionale come:

- Jevity Fos® e Jevity Plus® usati per la nutrizione enterale totale di lunga durata
- Oxepa® è la formulazione nutrizionale per sonda ipercalorica
- Prosure® è la terapia nutrizionale specifica per pazienti con involontaria e progressiva perdita di peso.
- Pulmocare® per fabbisogni nutrizionali dei pazienti polmonari,
- Renalcare® nutrizione enterale totale di pazienti con insufficienza renale
- Fortimel® supplemento nutrizionale per os, indicato per pazienti anziani
- Diasip® supplemento nutrizionale per os per pazienti diabetici
- Cubison® dieta polimerica per sonda, indicata per nutrizione enterale di pazienti con lesioni da decubito o pazienti con ustioni.

Farmaci: oppioidi - antibiotici – ecc. ecc. ecc.

gas medicali

- D.S. B di Eboli - A.S.L. Sa/2

Responsabile dott.ssa Rosa Capozzolo

Materiale di consumo	Anno 2006	Anno 2007	Primo semestre 2008
Dispositivi medici	16.218 €	25.083 €	9.478 €
Soluzioni infusionali	19.802 €	25.931 €	13.038 €
Nutrienti	17.100 €	18.086 €	7.693 €
Farmaci	4.452 €	6.956 €	3.186 €
Materiale per medicazione	986 €	2.100 €	1.166 €
Materiale per laboratorio	553 €	1.100 €	288 €
Emoderivati	1.237 €	182 €	0 €
Gas medicali	0 €	0 €	447 €
Totale	60.348 €	79.440 €	35.296 €

si evince chiaramente come la spesa per l'assistenza sia certamente aumentata per quanto concerne hospice ed assistenza domiciliare, ma nel contempo ha favorito la diminuzione dei ricoveri ospedalieri "impropri", portando ad un risultato finale di risparmio sulla Spesa Sanitaria totale.

IL CONTESTO DELLA SPERIMENTAZIONE

“l’articolazione dell’Azienda Sanitaria Locale in cui si realizza il livello di integrazione complessa delle attività sociosanitarie, ponendo al centro della propria attività il cittadino\utente garantendogli l’unitarietà e la globalità degli interventi e la continuità di cura, esercitando funzioni di governo e orientamento della domanda, di ricomposizione dell’offerta”

D.S. B di Eboli - A.S.L. Sa/2

Responsabile

U.O. Appropriately Assistenza Farmacologica e Protesica

dott.ssa Rosa Capozzolo

1. DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI DEL PRONTUARIO PREVIA VERIFICA
2. EROGAZIONE DEI FARMACI RELATIVI ALLA LEGGE 648/96
3. EROGAZIONE DIRETTA DI AUSILI: X INCONTINENZA; X COLO-ILEO-UROSTOMIA
4. EROGAZIONE DI FARMACI E PRESIDI A MALATI DI MALATTIE RARE

- EROGAZIONE DI MICROINFUSORI PER INSULINA
- EROGAZIONE DI FARMACI E PRESIDI ALLE UU.OO DISTRETTUALI ALLA CASA DI RECLUSIONE
- EROGAZIONE DI FARMACI PRESIDI SACCHE NUTRIZIONALI PER I MALATI IN CURE DOMICILIARI

- > STESURA MENSILE DI REPORT PER LA VALUTAZIONE DELL’ANDAMENTO DELLE ATTIVITA’ E DEI COSTI
- > VERIFICA TRIMESTRALE DEL PROCESSO DI BUDGET PER CENTRO DI COSTO

ORGANICO: UNA DIRIGENTE FARMACISTA
RIPARTIZIONE DEI SERVIZI: TALASSEMIA RICOVERATI IN HOSPICE

- 2 infermiere
- 2 amministrativi
- 1 ausiliario specializzato



Obiettivi raggiunti :

- Continuità diagnostico-terapeutica ed assistenziale garantendo un percorso per il ricovero ospedaliero (programmato o urgente) in tutti i casi di necessità clinica
- Dimissione protetta garantendo la presa in carico dei malati una volta terminata la necessità della degenza ospedaliera sia per i malati che già fanno parte della rete per le C.P. che per quelli il cui bisogno assistenziale venga evidenziato nel corso del ricovero
- Riduzione di ricoveri impropri per non occupare posti ospedalieri, garantendo comunque un'adeguata assistenza al domicilio del malato
- Umanizzazione di una drammatica realtà clinica di una patologia inguaribile

Conclusioni

Le Cure Palliative sono sicuramente un elemento essenziale, sul territorio e in strutture residenziali dedicate, per assicurare un QoL ottimale ai pazienti terminali.

L'hospice come struttura residenziale di supporto per le cure dei pazienti a termine di vita è una realtà di sicuro effetto benefico in questa delicata situazione assistenziale.

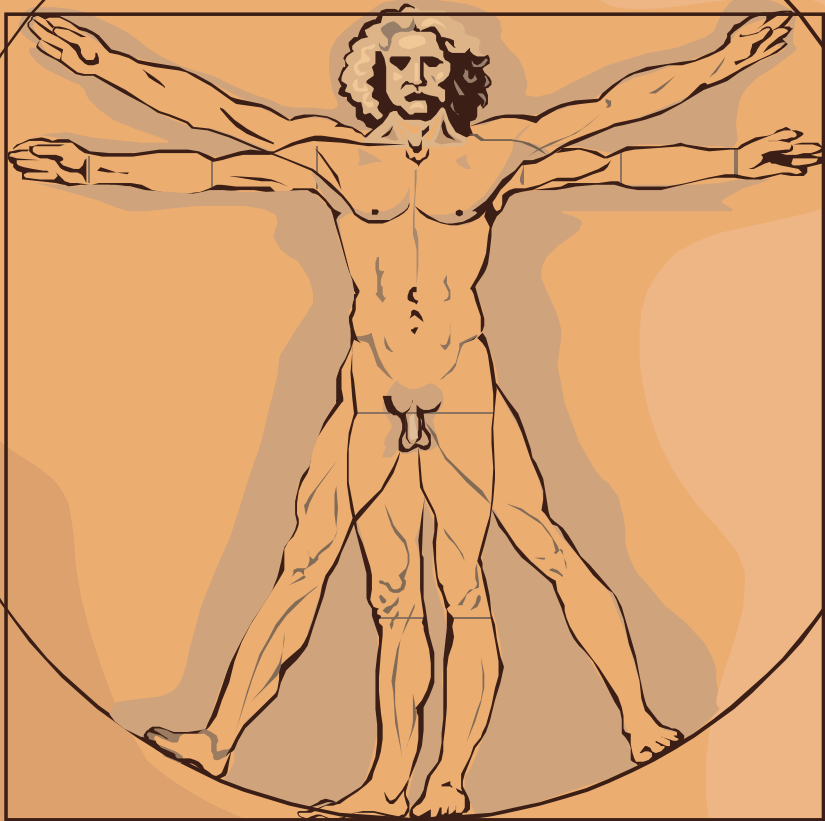
L'apporto di presidi, farmaci e quant'altro necessitante a livello domiciliare e residenziale, in misura **calibrata, concordata e monitorata**, è un sicuro mezzo per il risparmio per la spesa farmaceutica.

L'impatto delle cure palliative in hospice sulla spesa farmaceutica "tradizionale" e ospedaliera, è certamente positivo con notevole risparmio finale.

Infine,

“ci vuole tutta una vita per imparare a vivere, e ciò che è più strano ancora, ci vuole tutta la vita per imparare a morire”

(Seneca da “De Brevitate vitae”)



È frequente sentirsi dire dai nostri
malati:
QUANDO NON HO IL DOLORE
DIMENTICO DI AVERE IL
CANCRO!

..... Il tunnel della malattia continua,
però i colori che vedo, le case, le colline, la gente, gli strepiti, i
profumi della campagna sono annunci che non possono
mentire:

Questi sono i segnali della vita.

Gigi Ghiotti

Züté|x