



Ordine provinciale medici chirurghi e odontoiatri di Modena

Modena
5 novembre 2016

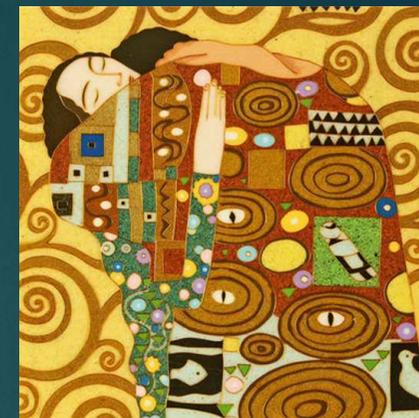
Diritti dei pazienti e doveri dei medici: un'alleanza per la non sofferenza

Supportive care: cosa si aspettano i pazienti
Massimo Annicchiarico



Storia normativa (e non) delle cure palliative in Italia

- ▶ **1976**: Collaborazione fra Istituto Nazionale Tumori di Milano, Fondazione Floriani, sezione milanese della Lega Italiana per la Lotta contro i tumori
- ▶ **1977** : prime esperienze di équipe multidisciplinari a Milano, dedicate all'assistenza domiciliare di malati terminali oncologici
- ▶ **1980**: *“Nasce il modello Floriani, che consiste nell’offrire, partendo da una struttura sanitaria esistente (ospedale, USL), un supporto continuo palliativo al malato fino all’ultimo istante di vita, con il coinvolgimento dei familiari, in accordo, ove possibile, con il medico di base”* [Ventafredda]
- ▶ **1987**: prima esperienza di Hospice italiano, a Brescia, con l’esperienza della Domus Salutis – Congregazione Ancelle della Sanità
- ▶ **PSN 1998-2000**: obiettivi atti a affrontare la fase terminale
- ▶ **1999**: legge 39/1999: assegna il ruolo di Hospice
- ▶ **2010**: legge 38/2010
- ▶ **RER: DGR 560/2015, DGR**



REGIONE EMILIA - ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE
Delibera DELIBERA

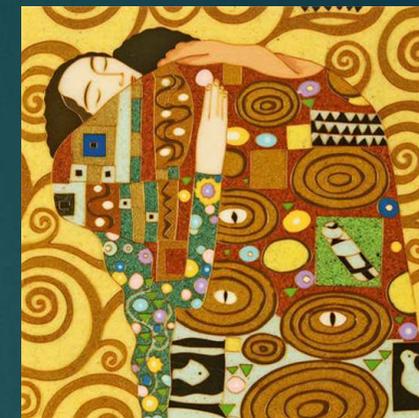
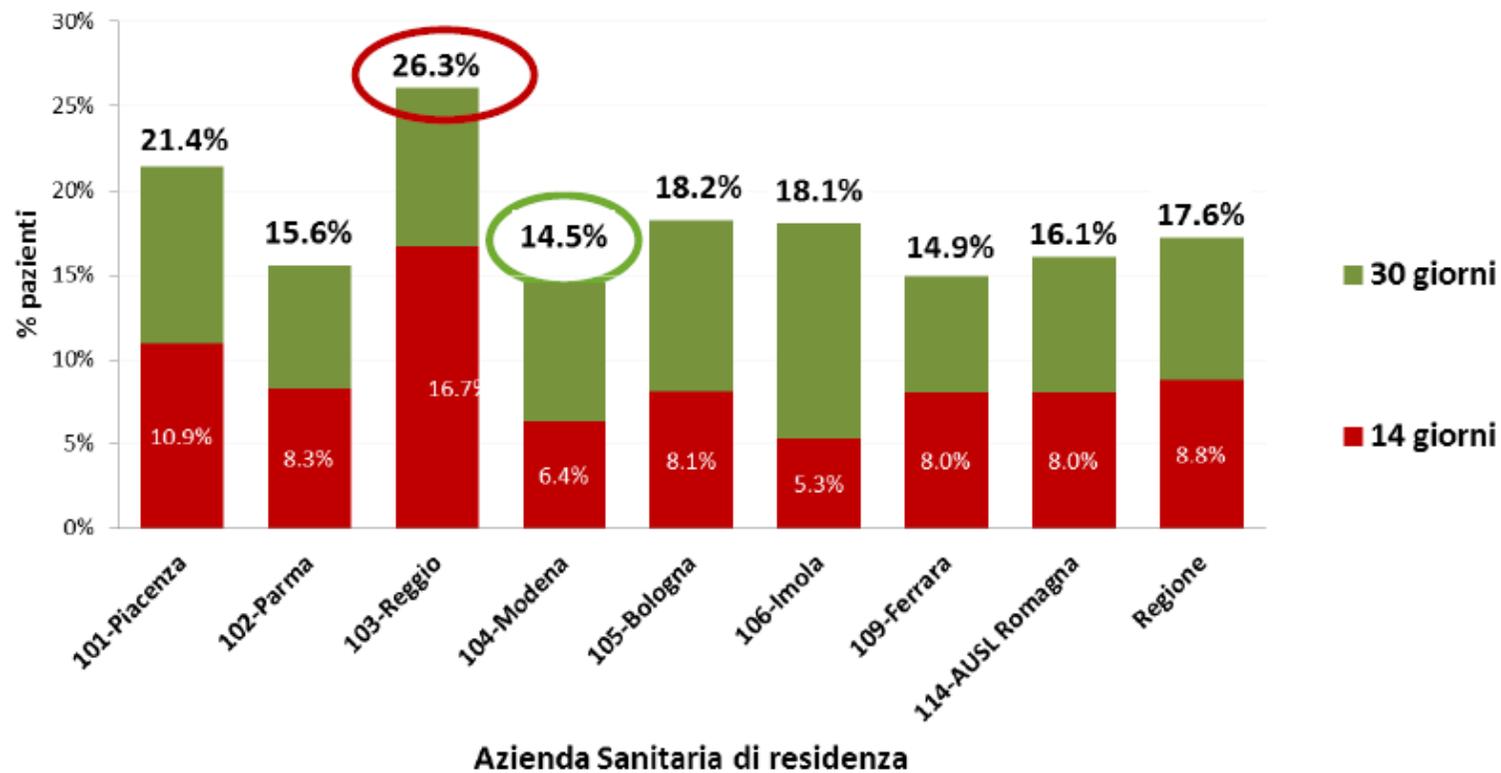
Proposta GPG/2016/1743 del 28/09/2016
Assessorato ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE
Struttura proponente SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE
Funzionario/i estensore/i ROLFINI MARIA

Oggetto REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

Anno 2015

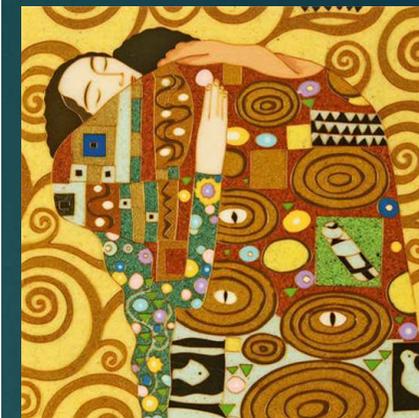
Modena
5 novembre 2016

Percentuale di pazienti con chemioterapia negli ultimi 14/30 giorni di vita



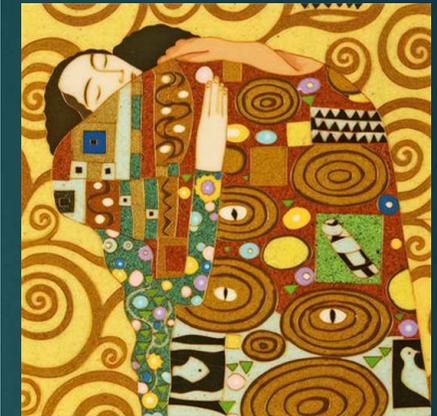
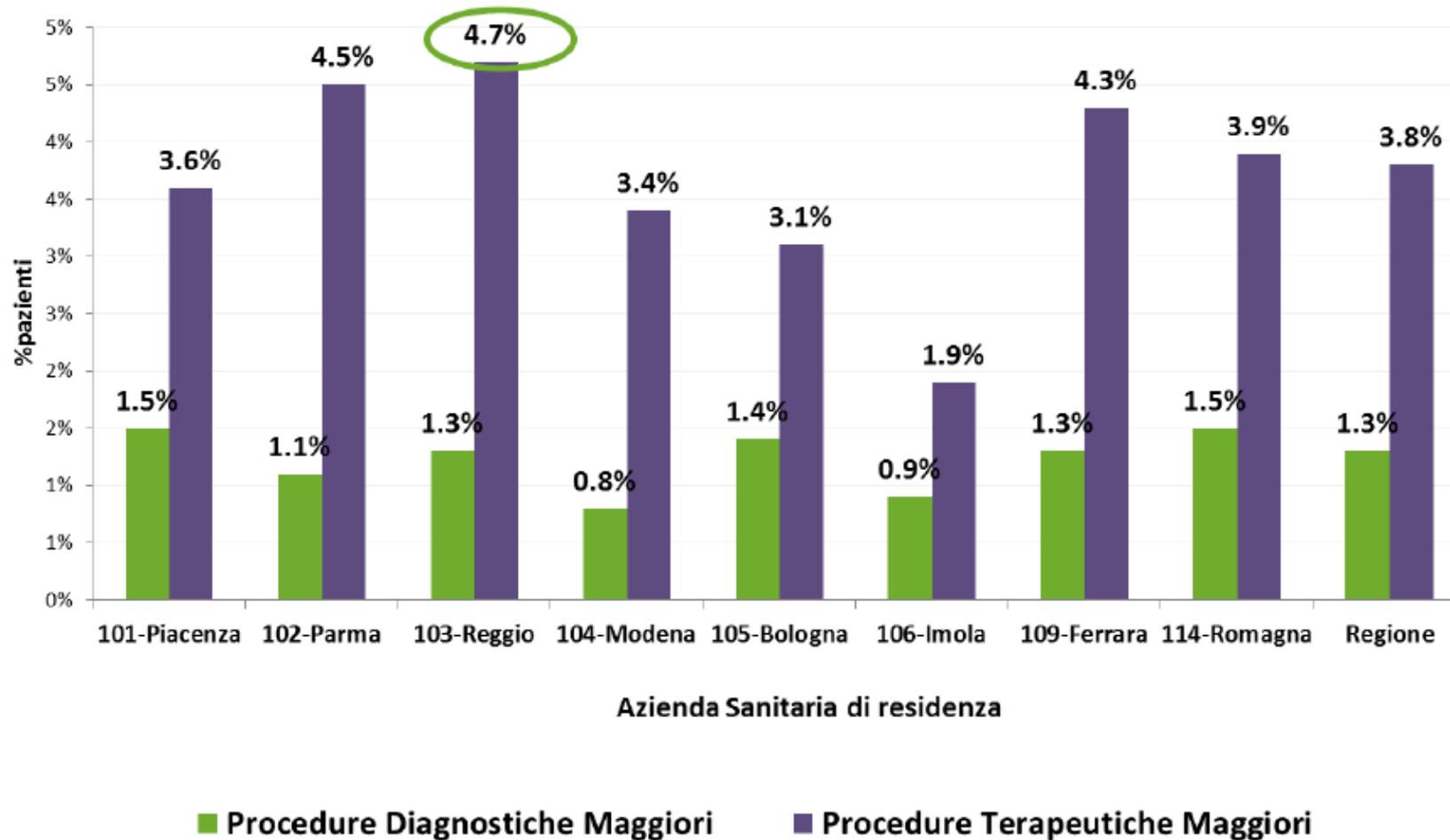
Modena
5 novembre 2016

Percentuale di pazienti con nuovo regime di Chemioterapia negli ultimi 14/30 gg di vita

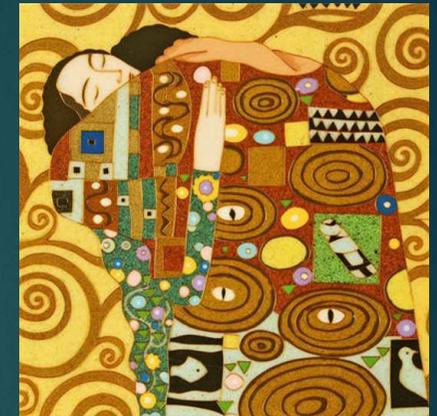


Modena
5 novembre 2016

% pazienti con procedure chirurgiche maggiori negli ultimi 30 gg di vita (anno 2015)



Modena
5 novembre 2016



Procedure chirurgiche maggiori negli ultimi 30 gg di vita
(diagnostiche e terapeutiche)
anno 2015

Tipo di ospedale	Ricoveri negli ultimi 30 gg di vita	Diagnostica Maggiore		Terapeutica Maggiore		Totale Procedure Maggiori	
	N	N	%	N	%	N	%
Presidi Ospedalieri	5,640	101	1.8%	270	4.8%	336	6.0%
Aziende Ospedaliere	2,493	47	1.9%	158	6.3%	190	7.6%

Procedure chirurgiche maggiori negli ultimi 30 gg di vita

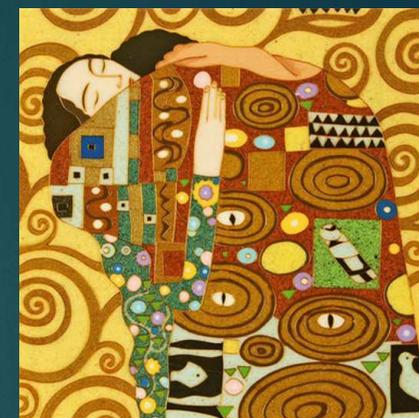
(diagnostiche e terapeutiche)

anno 2015

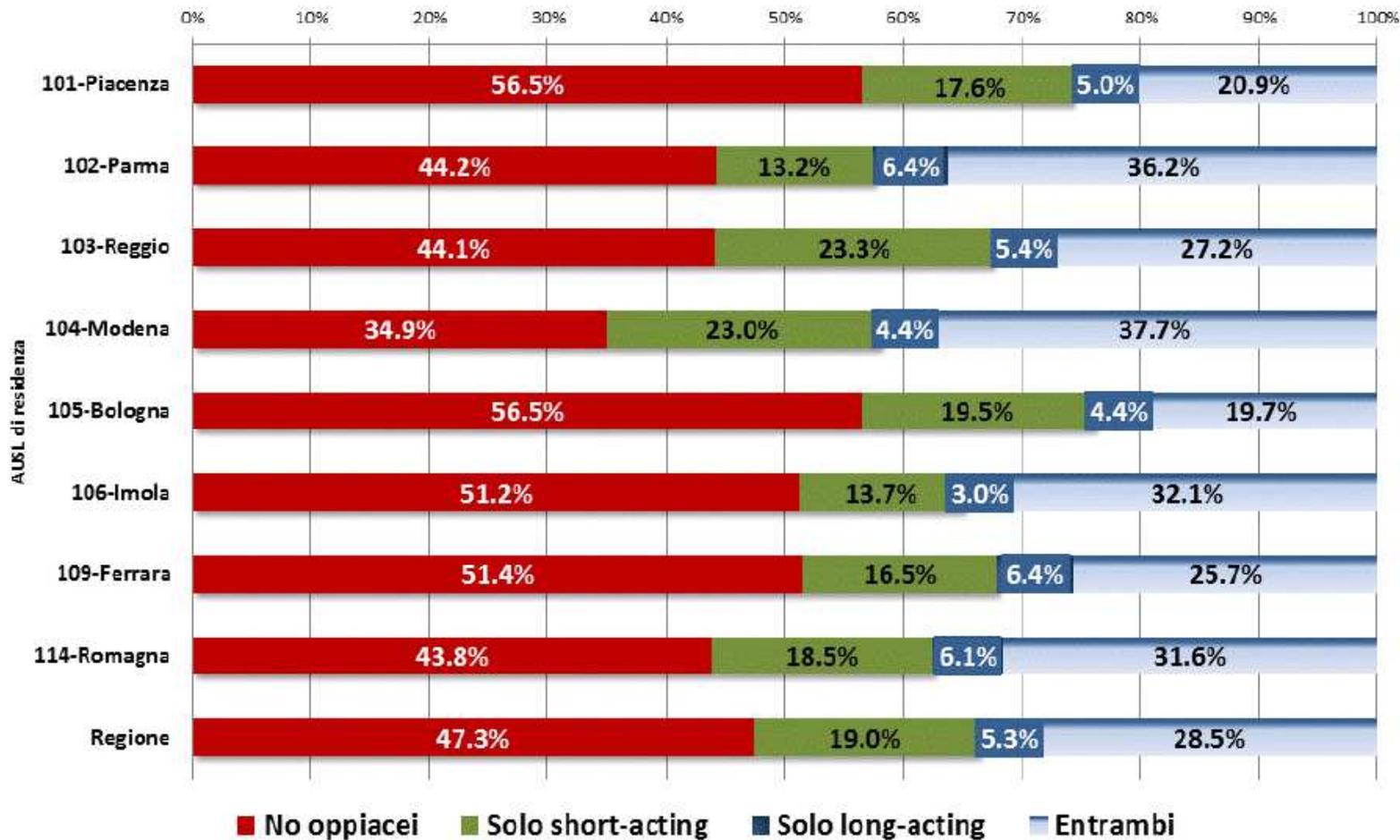
Presidi Ospedalieri	Ricoveri negli ultimi 30 gg di vita	Diagnostica Maggiore		Terapeutica Maggiore		Totale Procedure Maggiori	
	N	N	%	N	%	N	%
PIACENZA	334	10	3.0	29	8.7	36	10.8
FIDENZA	134	4	3.0	13	9.7	14	10.4
MAGGIORE (Bologna)	205	5	2.4	26	12.7	27	13.2
BAGGIOVARA (Modena)	121	5	4.1	14	11.6	16	13.2
RAVENNA	418	3	0.7	28	6.7	28	6.7
FAENZA	179	4	2.2	9	5.0	11	6.1
FORLI'	215	8	3.7	13	6.0	19	8.8
CESENA	185	9	4.9	16	8.6	23	12.4
RIMINI	359	6	1.7	29	8.1	33	9.2
Osp DEL DELTA	137	3	2.2	7	5.1	10	7.3

* Ospedali che effettuano ≥ 10 procedure maggiori negli ultimi 30 giorni di vita.

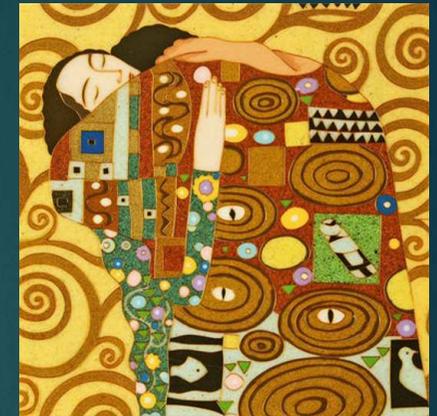
Modena
5 novembre 2016



Prescrizioni oppiacei negli ultimi 30 giorni di vita Paz. >20 gg a domicilio



Modena
5 novembre 2016

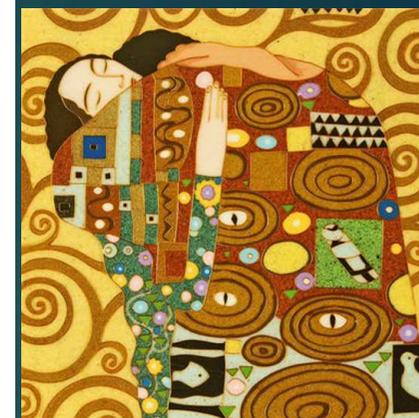
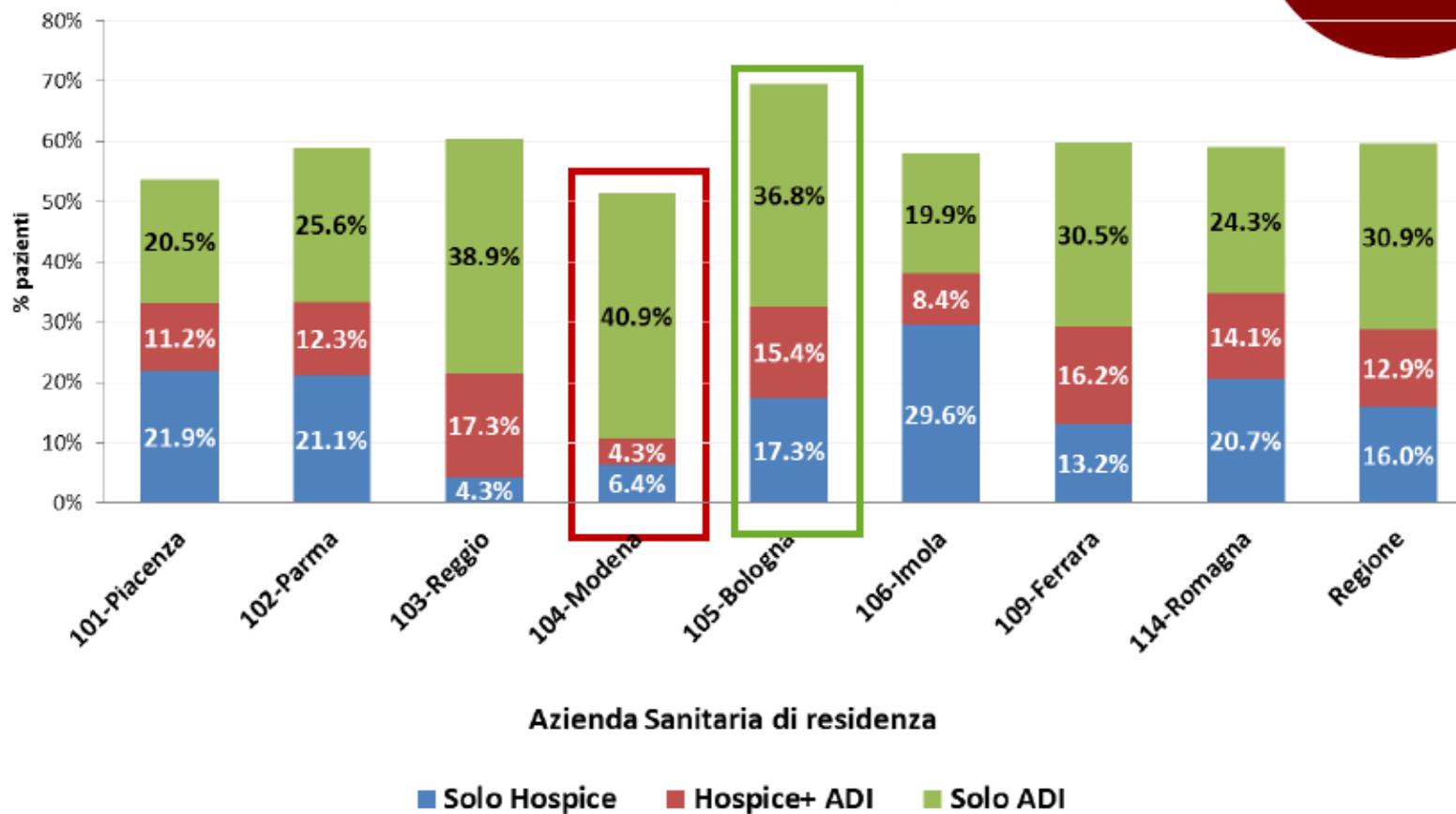


Cure palliative

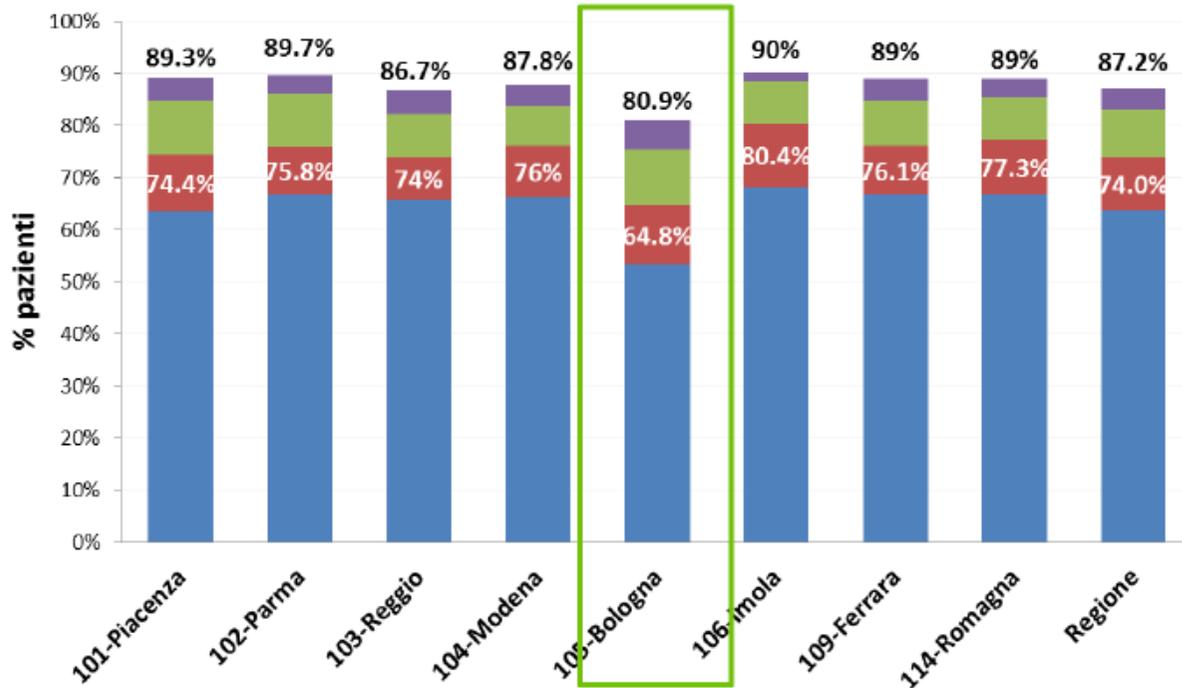
Modena
5 novembre 2016

59.7%

Utilizzo di Cure Palliative negli ultimi 30 giorni di vita - 2015



Percentuale di pazienti ospedalizzati (ricoveri ordinari) negli ultimi 14/30/60/90 giorni di vita



Anno 2015

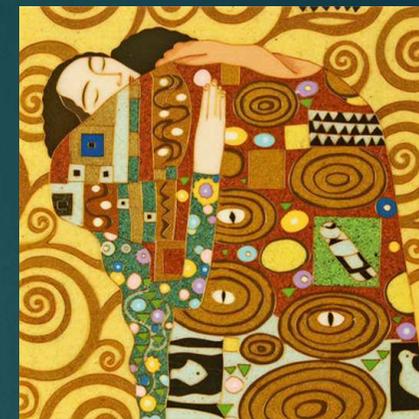
90 giorni

60 giorni

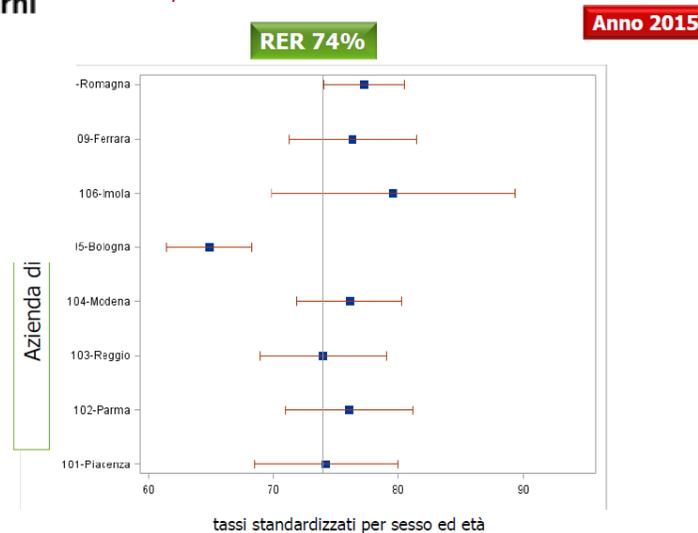
30 giorni

14 giorni

Modena
5 novembre 2016

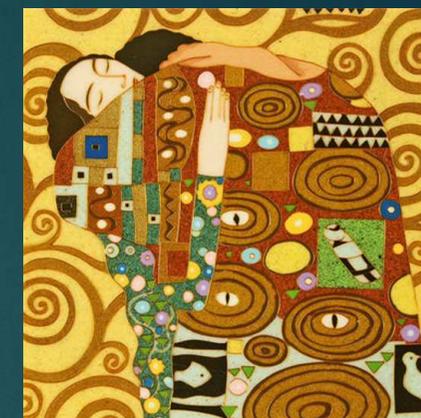


pedalizzazione negli ultimi 30 gg di vita
per azienda di residenza



Anno 2015

Modena
5 novembre 2016



Tipo ricovero negli ultimi 30 gg di vita	Anno di morte					
	2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N°	%
PROGRAMMATO	1427	17.6	1276	15.8	1111	14.1
D'URGENZA	6062	74.9	6167	76.4	6084	77.4
PROGRAMMATO CON PREOSP.	43	0.5	39	0.5	43	0.6
RICOVERO D'URGENZA IN OBI	562	6.9	595	7.4	624	7.9
TOTALE	8095	100.0	8077	100.0	7862	100.0

Proposta di ricovero negli ultimi 30 gg di vita	Anno di morte					
	2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N°	%
RICORSO DIRETTO	5620	69.4	5722	70.8	5790	73.7
MEDICO DI BASE	625	7.7	579	7.2	507	6.5
PROGRAMMATO DA STESSO ISTITUTO	856	10.6	816	10.1	683	8.7
TRASF. DA ALTRO IST. PUBBLICO	192	2.4	227	2.8	200	2.5
TRASF. DA ALTRO IST. PRIV. ACCR.	13	0.2	21	0.3	11	0.1
TRASF. DA ALTRO IST. PRIV. NON ACCR.					1	0.0
TRASF. STESSO IST. DA ALTRO REGIME	49	0.6	34	0.4	32	0.4
A.D.I.	3	0.0	4	0.1	1	0.0
MEDICO SPECIALISTA	737	9.1	674	8.3	637	8.1
TOTALE	8095	100.0	8077	100.0	7862	100.0

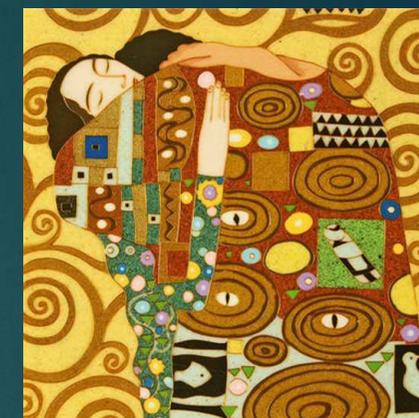
Accessi in Pronto Soccorso

Anno 2015

Modena
5 novembre 2016

negli ultimi 30 gg di vita = 54% (47.6- 60.7%)

Azienda di residenza	14 giorni		30 giorni		60 giorni		90 giorni		Totale pazienti
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
101-Piacenza	255	29.5%	411	47.6%	548	63.5%	606	70.2%	863
102-Parma	352	31.1%	557	49.2%	748	66.1%	820	72.5%	1,131
103-Reggio	392	35.2%	628	56.4%	820	73.7%	889	79.9%	1,113
104-Modena	568	34.5%	843	51.2%	1,063	64.5%	1,182	71.8%	1,647
105-Bologna	635	29.4%	1,048	48.5%	1,396	64.7%	1,585	73.4%	2,159
106-Imola	116	36.1%	195	60.7%	253	78.8%	269	83.8%	321
109-Ferrara	403	35.6%	661	58.4%	861	76.1%	929	82.1%	1,132
114-Romagna	1,146	39.8%	1,728	60.0%	2,227	77.3%	2,388	82.9%	2,880
Regione	3,867	34.4%	6,071	54.0%	7,916	70.4%	8,668	77.1%	11,246



Ospedalizzazione negli ultimi 30 gg di vita e decesso

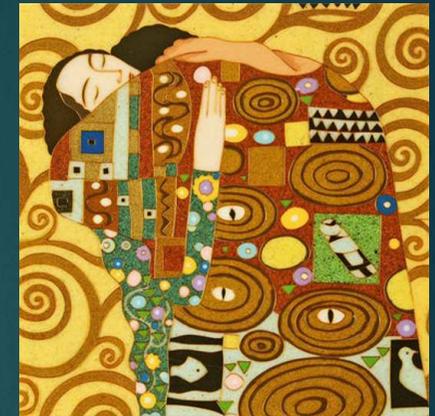
(per azienda di residenza)

Anno 2015

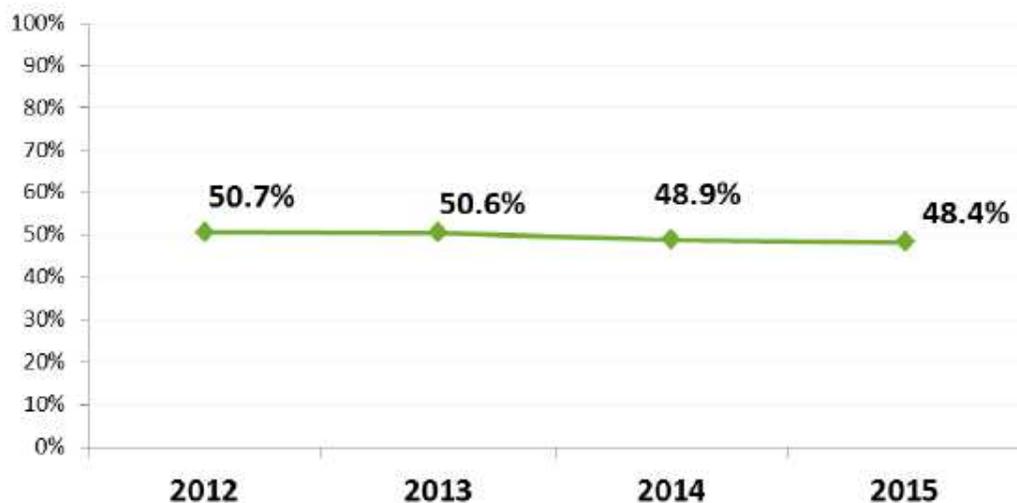
Azienda di residenza	Pazienti	Ospedalizzati (ricovero ordinario) negli ultimi 30 giorni di vita		Morti in ospedale	
	N	N	%	N	%
101-Piacenza	863	642	74.4%	434	67.6%
102-Parma	1,131	857	75.8%	549	64.1%
103-Reggio	1,113	824	74.0%	577	70.0%
104-Modena	1,647	1,252	76.0%	903	72.1% *
105-Bologna	2,159	1,398	64.8% §	733	52.4% §
106-Imola	321	258	80.4%	137	53.1% §
109-Ferrara	1,132	862	76.1%	633	73.4% *
114-Romagna	2,880	2,227	77.3%	1,470	66.0%
Regione	11,246	8,320	74.0%	5,436	65.3%

* Significativamente superiore alla media dopo aggiustamento per sesso ed età
 § Significativamente inferiore alla media dopo aggiustamento per sesso ed età

Modena
5 novembre 2016



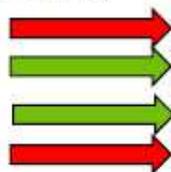
Trend della mortalità intra-ricovero



Anni 2012-2015

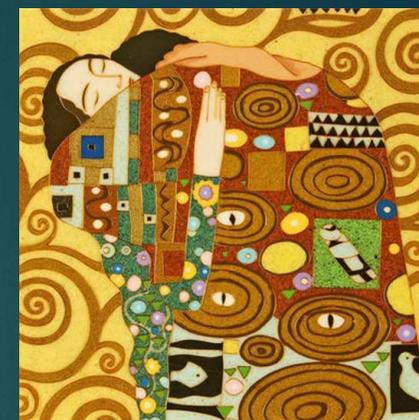
in RER

nelle Aziende di residenza



	Anno di morte					
	2013		2014		2015	
	Morti in ospedale		Morti in ospedale		Morti in ospedale	
	N°	%	N°	%	N°	%
101-Piacenza	414	47.9%	404	48.5%	434	50.3%
102-Parma	583	49.6%	677	55.7%	549	48.5%
103-Reggio	636	55.5%	585	51.1%	577	51.8%
104-Modena	1003	58.0%	957	56.5%	903	54.8%
105-Bologna	865	38.1%	771	34.7%	733	34.0%
106-Imola	173	47.3%	117	39.5%	137	42.7%
109-Ferrara	583	54.1%	625	54.8%	633	55.9%
114-Romagna	1580	53.9%	1515	50.4%	1470	51.0%
Regione	5837	50.5%	5651	48.9%	5436	48.4%

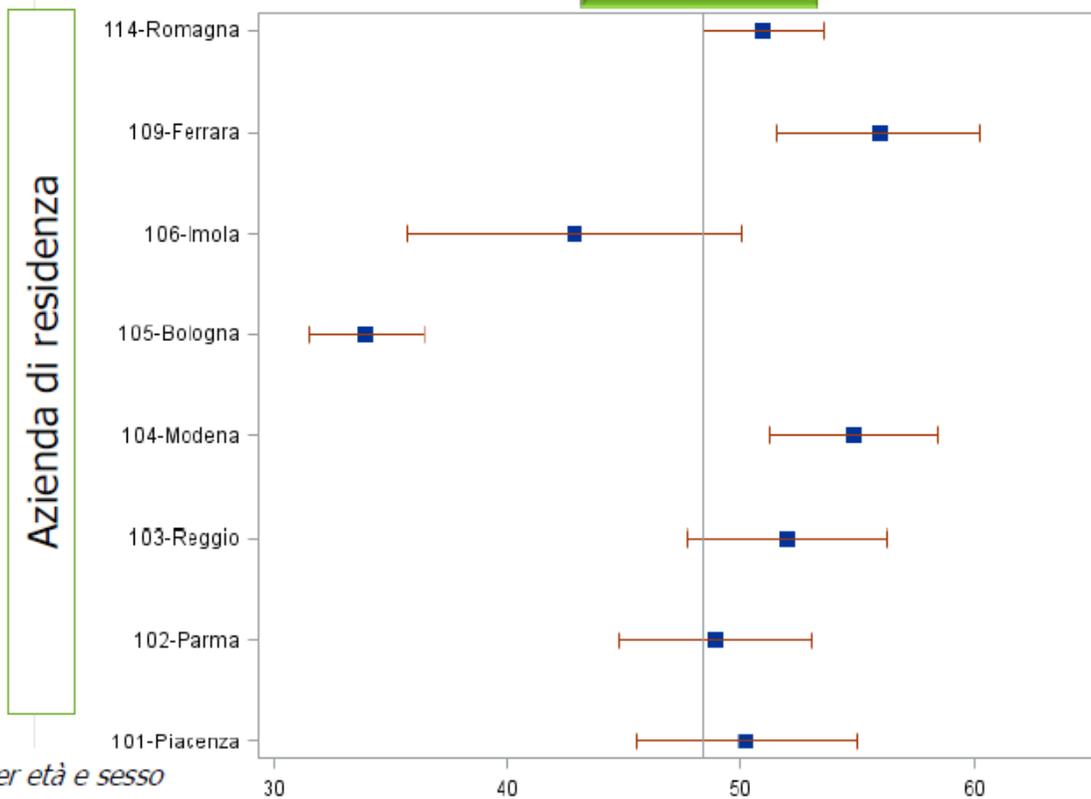
Modena
5 novembre 2016



Mortalità intra-ricovero

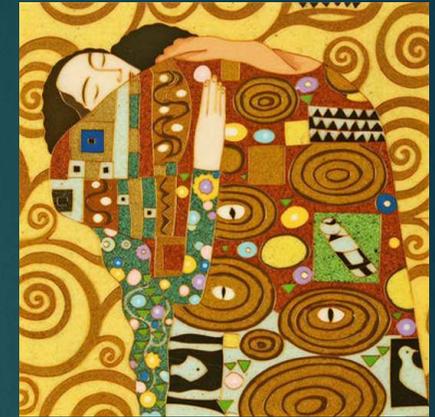
RER 48%

Anno 2015



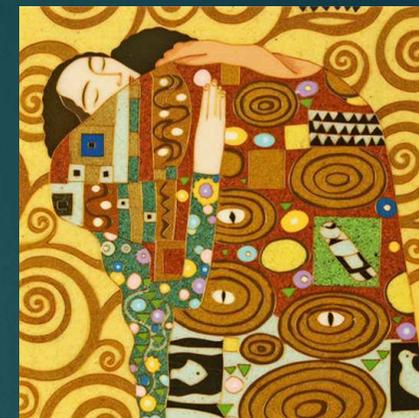
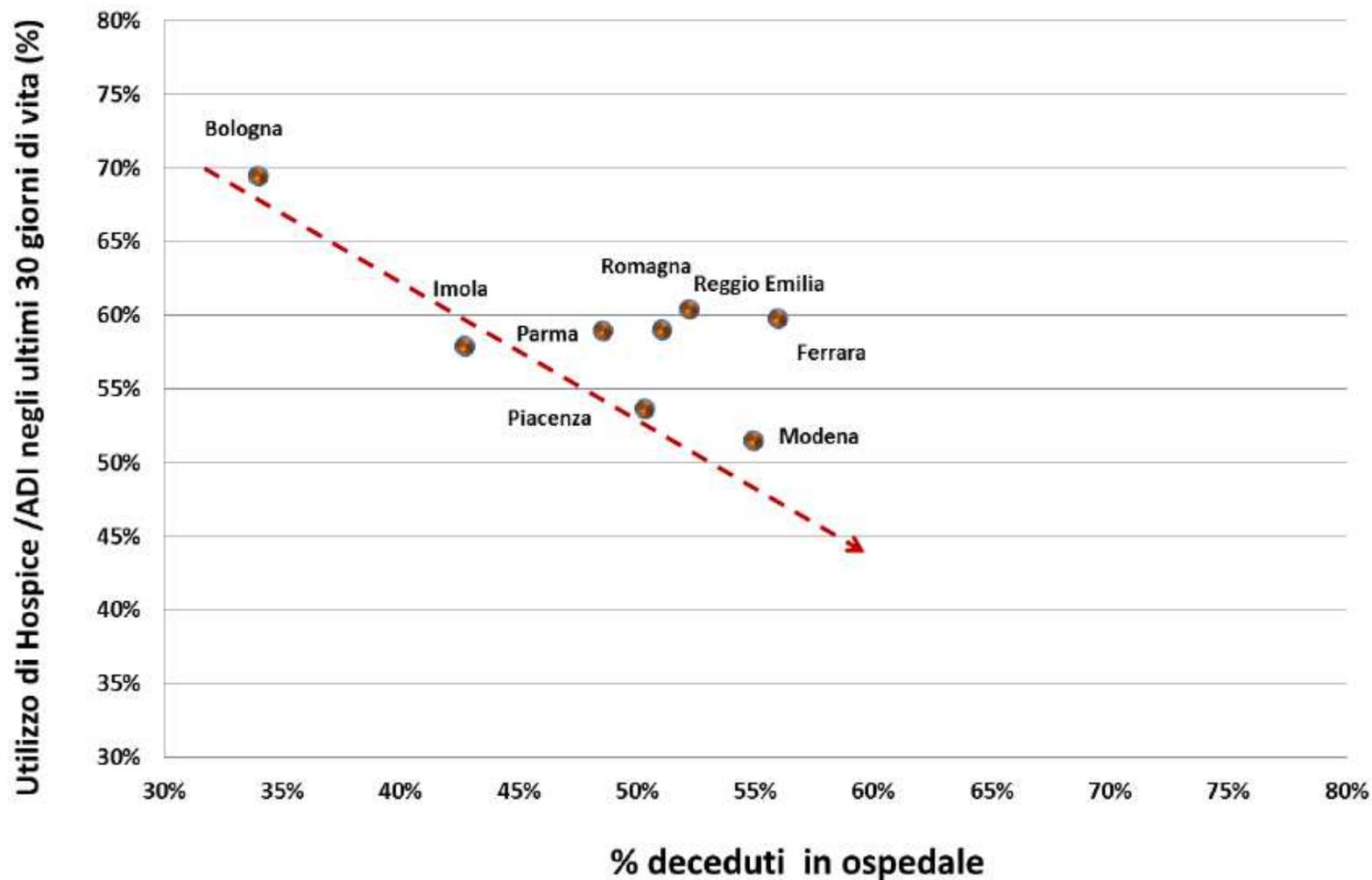
Bologna ha la % di decessi intra-ricovero significativamente più bassa mentre Modena e Ferrara la più elevata

Modena
5 novembre 2016



Modena
5 novembre 2016

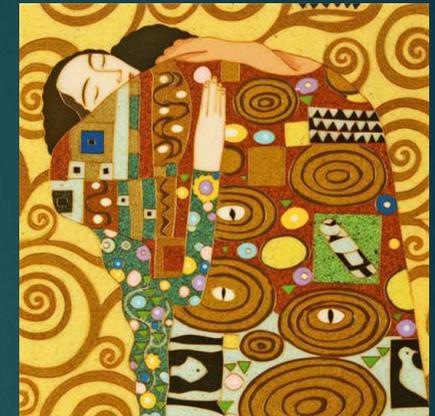
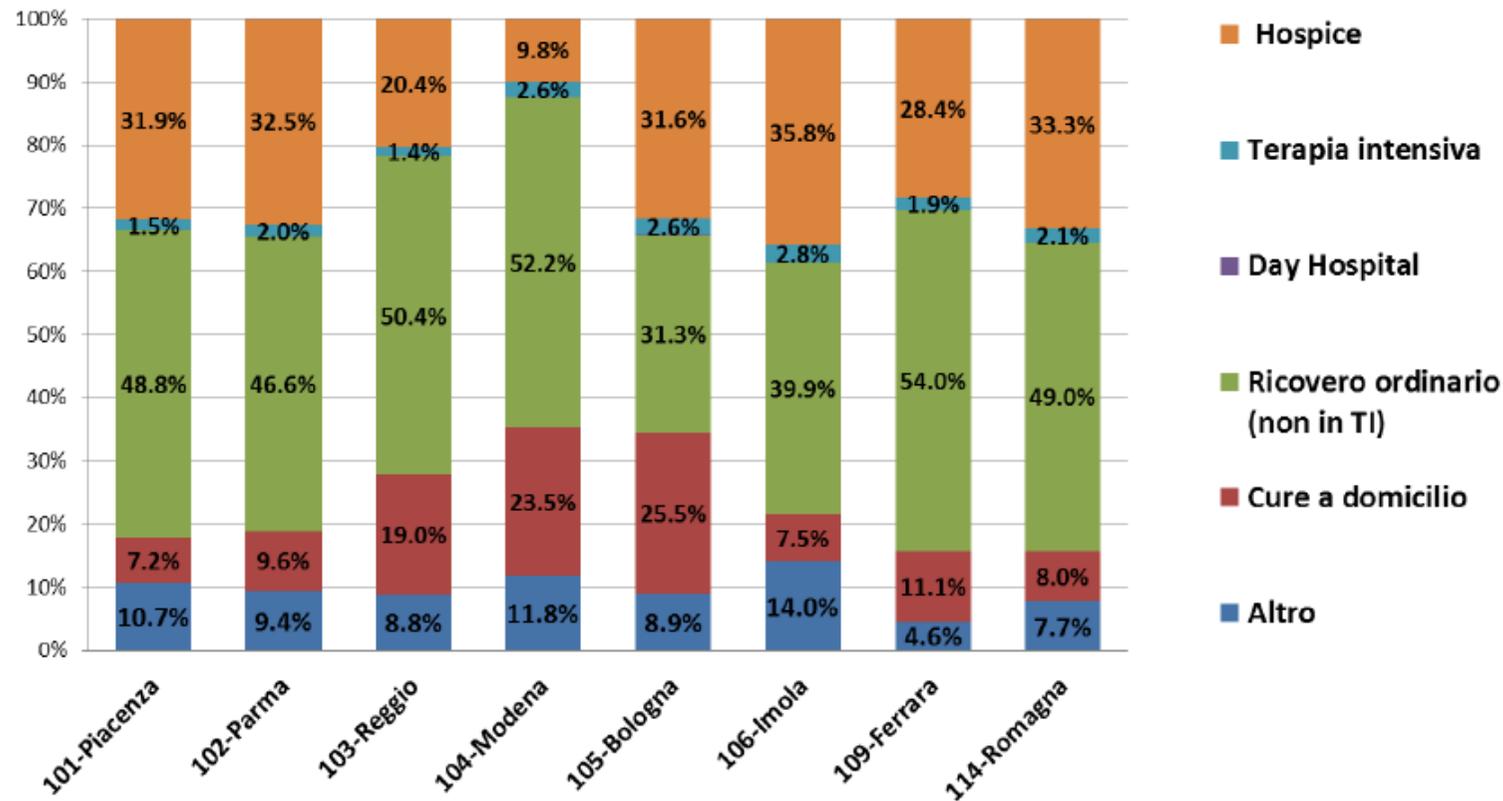
Variabilità del rapporto tra uso di Hospice e ADI nell'ultimo mese di vita e decesso ospedaliero nelle aziende di residenza dei pazienti



Modena
5 novembre 2016

48.4%

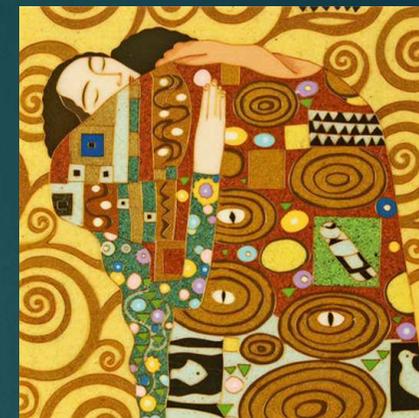
Fine Vita: Care Setting alla morte pazienti deceduti nel 2015 (11246)



Paura di morire

Modena
5 novembre 2016

“ Il fatto stesso della morte di qualcuno vicino a loro, aveva suscitato in tutti coloro che erano venuti a saperlo, come sempre, una sensazione di sollievo che fosse lui ad essere morto, e non loro “

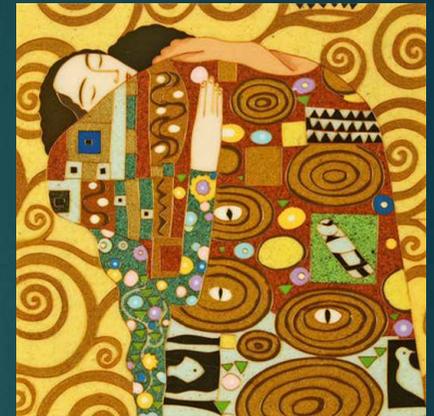


Lev Tolstoj “ *La morte di Ivan Ilych* ”

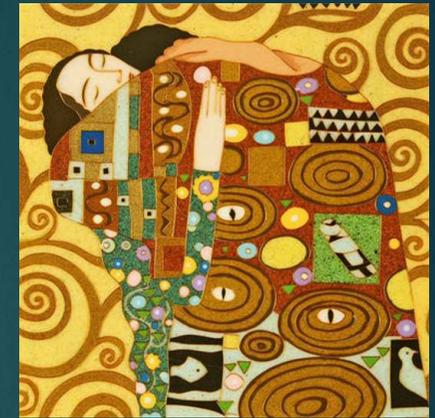
Committente on Care at the End of Life of the Institute of Medicine

Modena
5 novembre 2016

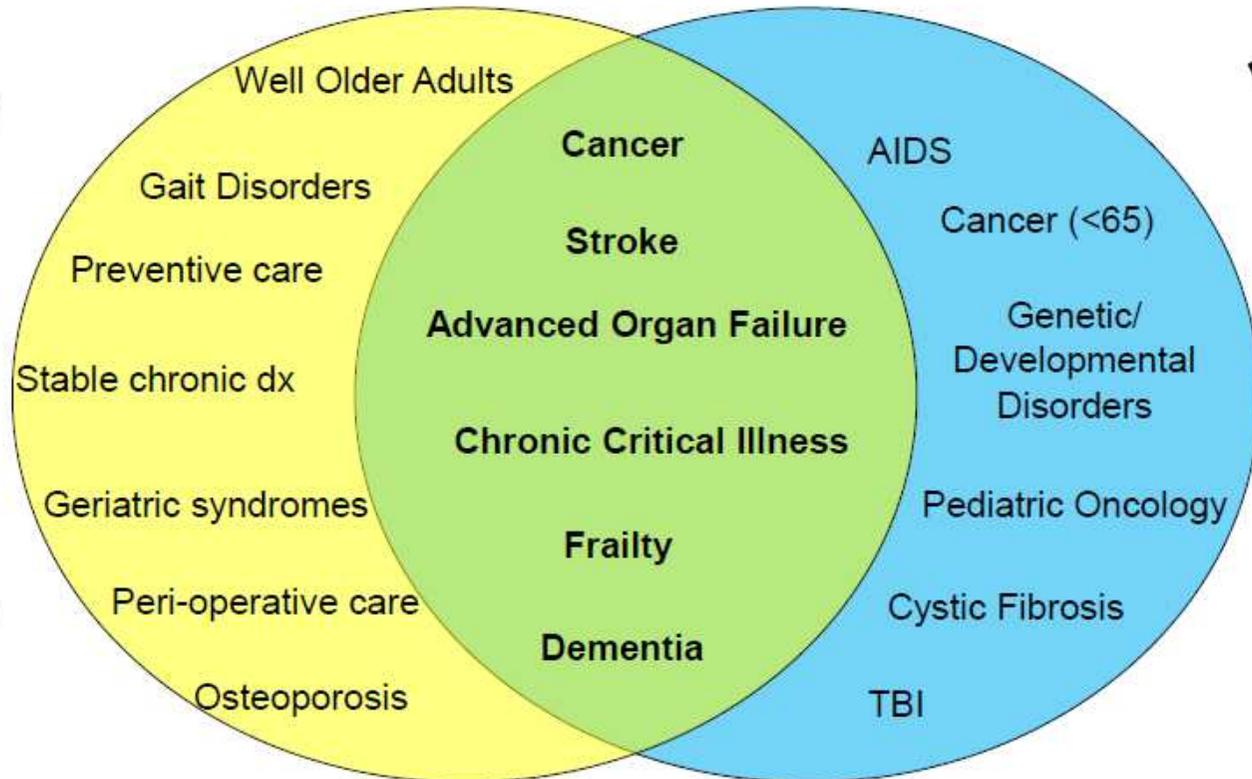
Good death: priva di angoscia e sofferenza evitabili per i pazienti, le famiglie e gli operatori sanitari; in accordo generale con i desideri dei paziente e delle famiglie i desideri, e ragionevolmente concorde con gli standard clinici, culturali ed etici



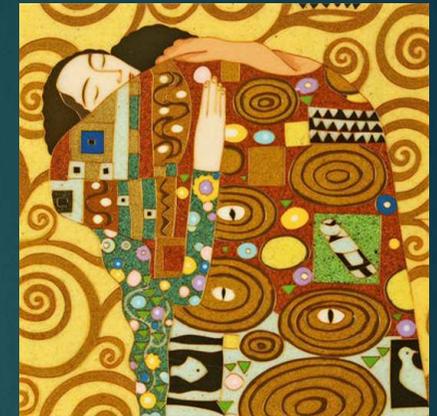
Modena
5 novembre 2016



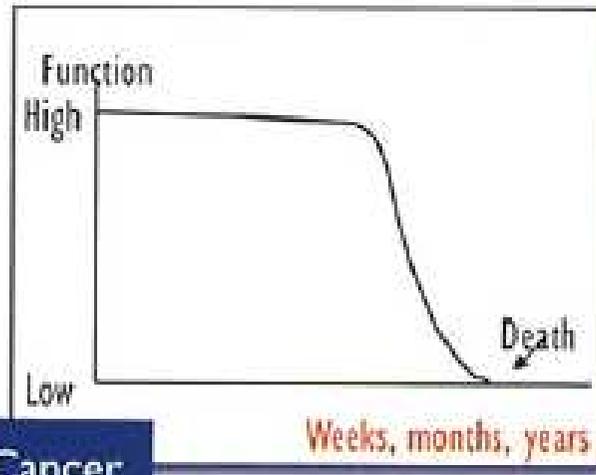
Geriatrics



Modena
5 novembre 2016



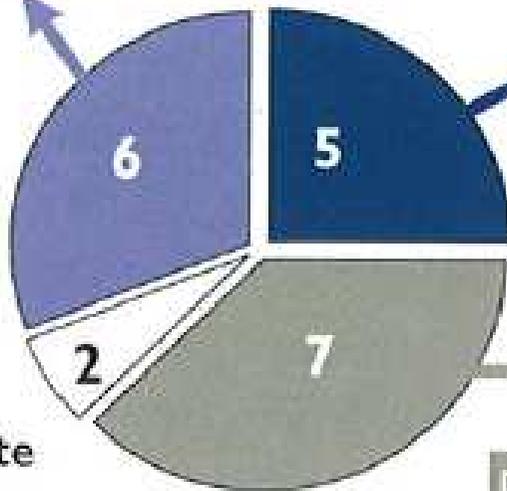
Organ failure



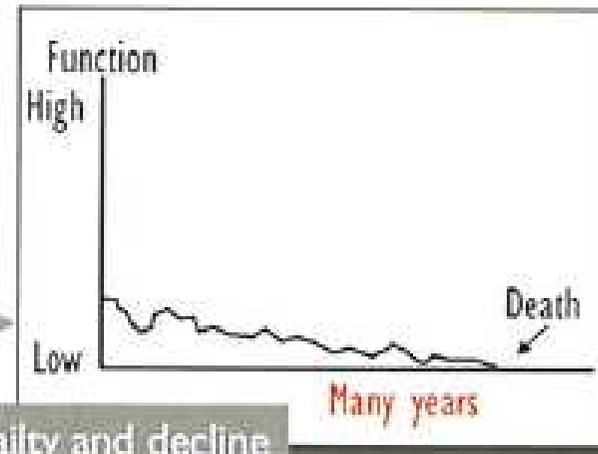
Cancer

GP has 20
deaths per
list of 2000
patients per
year

Acute



Dementia, frailty and decline



Dove e come per cosa si muore

Modena
5 novembre 2016



Oltre il 50 di coloro che
muoiono In Europa, Asia, Nord
America, muore
In Ospedale



Modena
5 novembre 2016

R. Sean Morrison, MD

Director, National Palliative Care Research Center

Director, Hertzberg Palliative Care Institute

Hermann Merkin Professor of Palliative Care

Professor, Geriatrics and Medicine

Brookdale Department of Geriatrics & Palliative Medicine

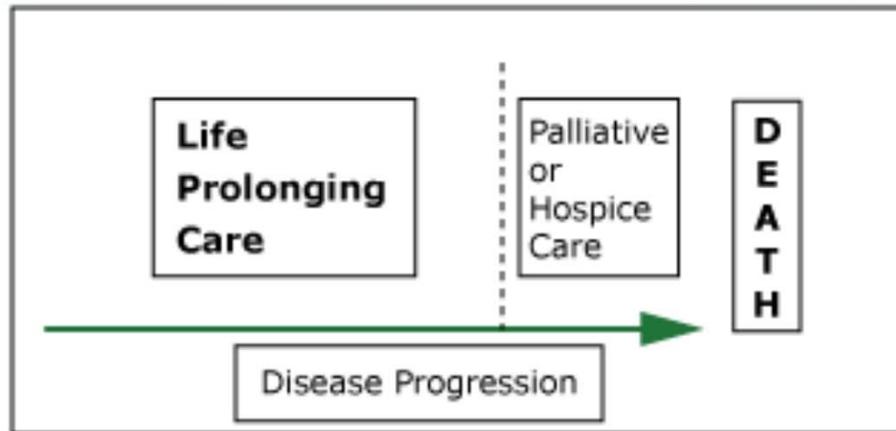
Icahn School of Medicine at Mount Sinai

New York, NY

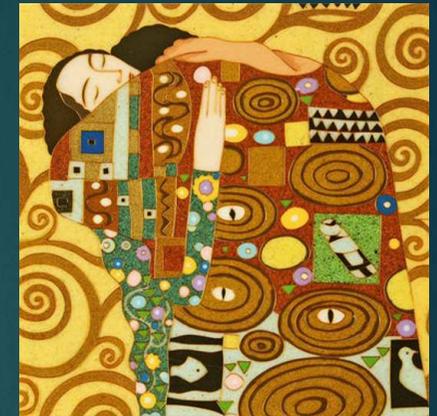
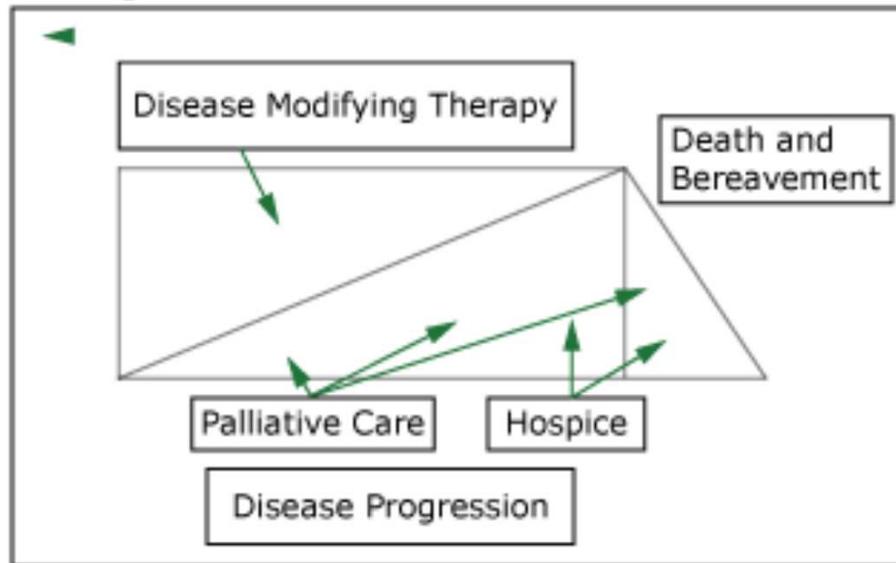
- If our goal is to improve care of the seriously ill the major barrier we face is self-imposed.
- Many people who need palliative care are not dying.
- Even among the subset that are, no-one really wants to die and many are unable to accept that they are dying until death is imminent.
- We need to decouple palliative care from end-of-life and terminal care.



Modena
5 novembre 2016



b. Integrated model of healthcare

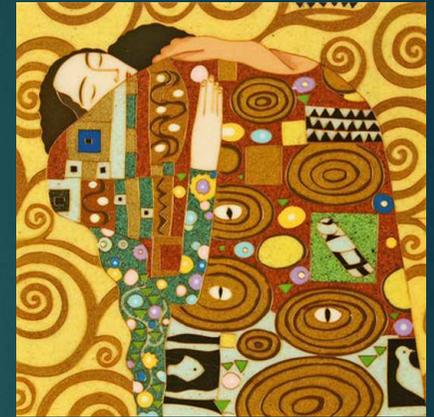


Adapted from National Consensus Project for Quality Palliative Care (2004)

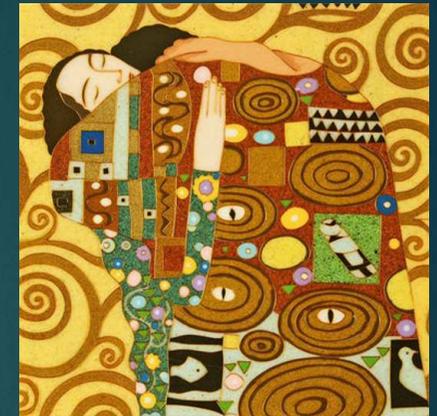
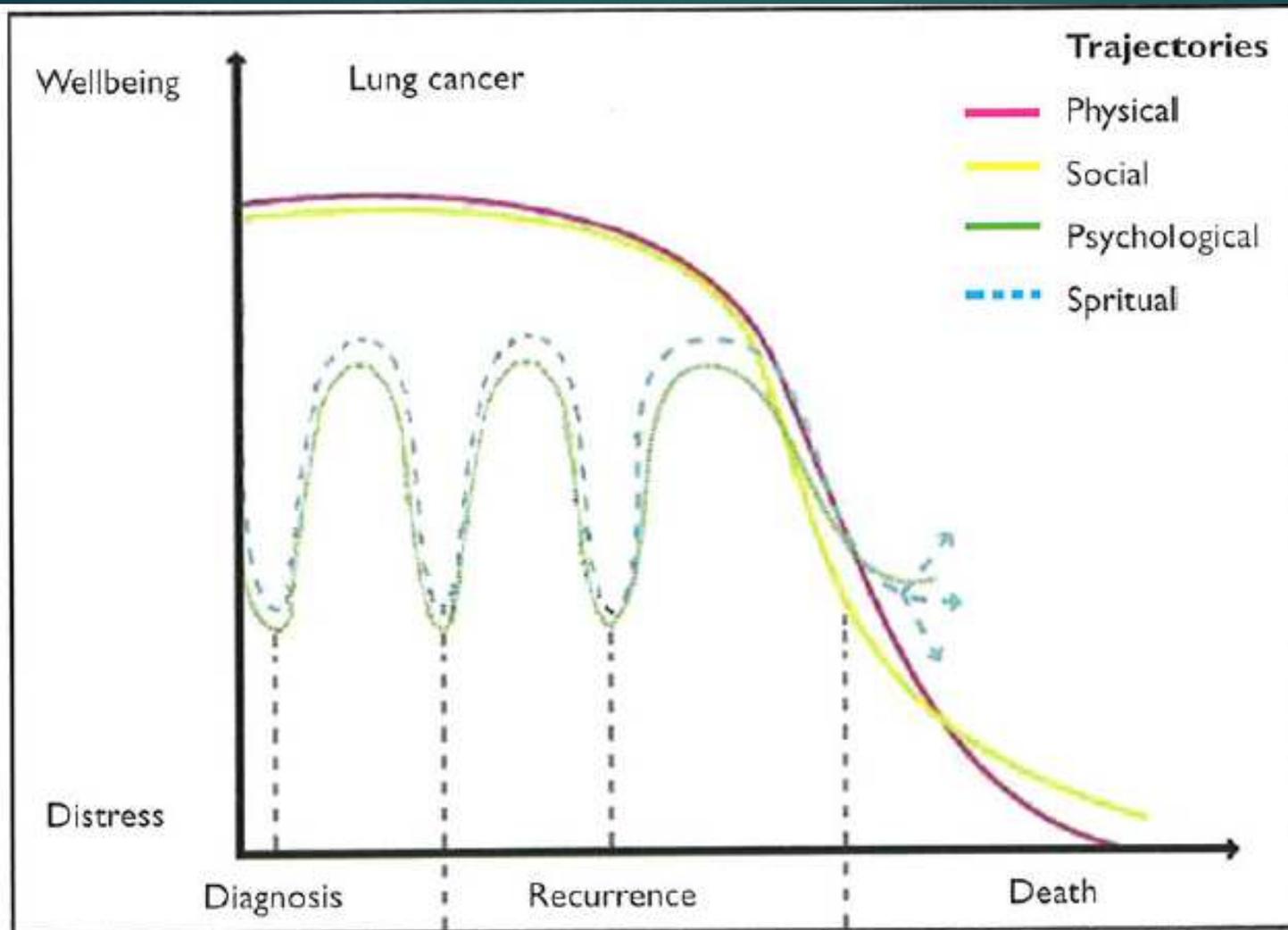
Death is four dimensional activity

1. Physical
2. Psychological
3. Social
4. Spiritual

Modena
5 novembre 2016



Modena
5 novembre 2016



What are the key challenges facing palliative care internationally in the next 10 years?

Scott A Murray, Bruce Mason, Anne Donaldson

The challenges

- The first challenge is to reach all people in need with any life-threatening illness, taking palliative care beyond cancer from which only 25% of people now die
- The second challenge is to help people earlier rather than later, not just in the very terminal stage but from diagnosis of a life-threatening illness
- The third challenge is to care for all aspects of the person, all dimensions—physical, psychological, social and spiritual, and to regain a spiritual lens that was present when palliative care was born 50 years ago
- The fourth challenge is to have reliably good end-of-life care available in all settings: in the community, nursing homes and hospitals as well as in hospices
- The fifth challenge is making end-of-life care available for people in all nations, especially in poorer countries.

Modena
5 novembre 2016



International Journal of Palliative Nursing 2010, Vol 16, No 7

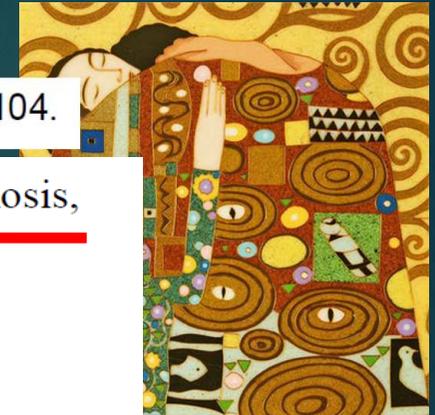
Future of Palliative Medicine

[Sushma Bhatnagar](#) and [Mayank Gupta](#)¹

Modena
5 novembre 2016

Indian J Palliat Care. 2015 Jan-Apr; 21(1): 95–104.

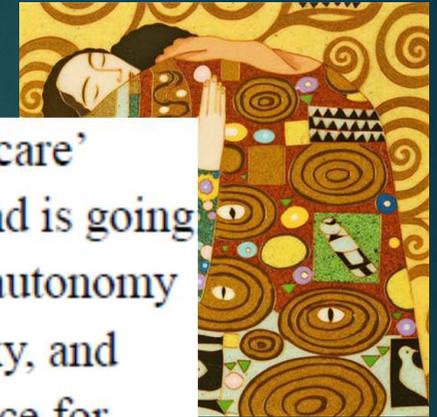
- Equitable, cost-effective evidence base palliative care' to those in need irrespective of the diagnosis, prognosis, and geographical location
- Encouraging 'specialization in palliative care' as in other medical specialties
- Employing 'multidisciplinary' approach to palliative care
- Accessibility to essential drugs and
- Professional caregiver and bereavement support
- Building an environment conducive to supporting people throughout their illness spectrum
- Compassionate home and community-based palliative care supporting patient as well as carer
- Establishment of national and international governing bodies dedicated to the cause of palliative and end-of-life care (EOLC)
- Allocation and procurement of appropriate funds for resource, capacity and manpower building
- Encouraging corporate involvement; and
- Legislative stand on ethical and medico legal issues related to palliative and EOLC.



Future of Palliative Medicine

Sushma Bhatnagar and Mayank Gupta¹

Modena
5 novembre 2016



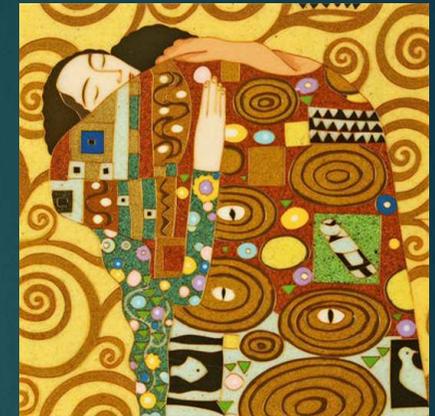
Ethico-legal issues related to palliative care and EOLC: Debate regarding ‘good palliative care’ versus ‘euthanasia’ with both considered antithesis to one another is a never lasting one and is going to catch further momentum in the coming future. With increasing recognition of patient's autonomy a firm legislative stand on issues like living will, advanced care directives, healthcare proxy, and double effect will be required. These advance directives have been found to make difference for patients afflicted with serious illness and are monitored as a quality measures by some.[11,61] The Mental Capacity Act enables cognitively sound people to make advanced decisions to refuse treatment prior to losing capacity to do so.[62] Distinction with unambiguous definitions will have to be made between ‘active euthanasia’, ‘passive euthanasia’, and ‘do not resuscitate (DNR)’.

Modena
5 novembre 2016

Needs of Elderly Patients in Palliative Care

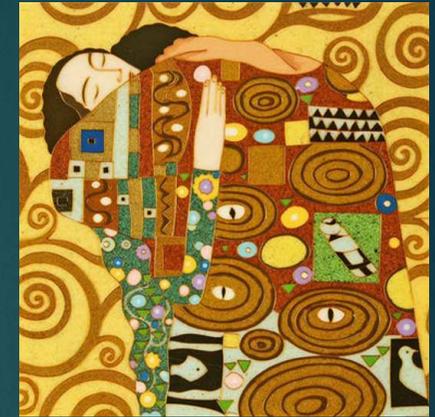
Helle Wijk, RN, PhD, and Agneta Grimby, PhD

American Journal of Hospice
& Palliative Medicine®
Volume XX Number X
Month XXXX XX-XX
© Sage Publications
10.1177/1049909107305646
<http://ajhpm.sagepub.com>
hosted at
<http://online.sagepub.com>



- Physical pain overshadows everything, at least in the very last stage of life.
- Furthermore, pain seems to hinder the recognition of other psychologic, social, and spiritual needs.
- Other important needs appear vomiting and shortness of breath
- The feeling of security mediated by the presence of loved ones, as well as worries about their future.

Modena
5 novembre 2016



The preferences and perspectives of family caregivers towards place of care for their relatives at the end-of-life. A systematic review and thematic synthesis of the qualitative evidence

Caroline Woodman,¹ Jessica Baillie,² Stephanie Sivell³

- Il luogo di cura puo' essere differente dal luogo di decesso
- Le preferenze dei pazienti e caregivers familiari possono cambiare nel corso del tempo
- La variazione delle preferenze di entrambi - paziente o caregiver, è spesso il risultato del non essere in grado, da parte del caregiver familiare, di far fronte alle necessità nel ruolo
- Ci si sente impreparati e non supportati
- Le comunicazioni sono insufficienti, gli aspetti psicosociali, sono sottovalutati e prevale un senso di isolamento

« Due degli studi riportano come i caregivers familiari avessero inizialmente una nozione idealizzata delle cure domiciliari, e come questa si sia dissipata quanto gli aspetti concreti del prendersi cura sono diventati evidenti »

Review Article

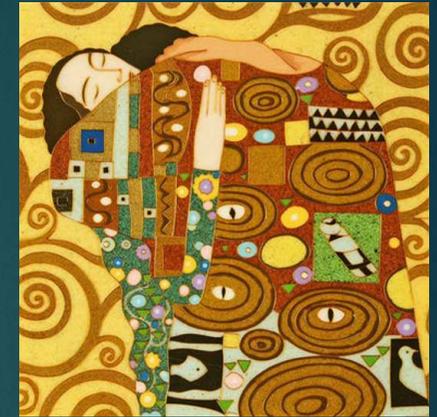
PALLIATIVE
MEDICINE

Home-based palliative care: A systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers

Adriana D Ventura¹, Susan Burney^{2,3}, Joanne Brooker^{2,3},
Jane Fletcher^{2,3} and Lina Ricciardelli¹

Palliative Medicine
2014, Vol 28(5) 391-402
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216313511141
pmj.sagepub.com


Modena
5 novembre 2016



“ needs go unmet when basic requirements to maintain quality of life have not been met”

trad:

Le esigenze restano insoddisfatte quando i requisiti di base per mantenere la qualità della vita non sono stati rispettati .

Esigenze:

Per i pazienti

Per chi se ne
prende cura

Communication needs

Fabbisogno di comunicazione regolare con medici e infermieri, nonché tra il personale di assistenza primaria e secondaria. Per i pazienti e gli assistenti, i problemi di comunicazione all'interno dei servizi determinano una scarsa continuità delle cure, come il variare del personale che frequenta il domicilio dei pazzienti . Il risultato è stato che spesso gli operatori sanitari non erano a conoscenza dei servizi forniti da altri operatori sanitari. Essi hanno inoltre riferito che i medici non erano interessati o non avevano sufficiente tempo per ascoltare le loro preoccupazioni e che i medici spesso non erano a conoscenza delle preoccupazioni del paziente

Spiritual needs

La paura della morte e dei possibili eventi e problemi futuri. Entrambi i **pazienti e gli accompagnatori lo** hanno sperimentato. Questi timori sono stati così debilitanti che alcuni pazienti hanno espresso la volontà di porre fine alla loro vita. Incapacità di assistere alle funzioni religiose, e pregare e stare con gli amici e la famiglia sono altri bisogni insoddisfatti meno comuni.

Psychosocial needs

La principale necessità è quella di un supporto relativamente alle preoccupazioni, alla paura della sofferenza, del dolore fisico e della morte ed alla necessità di far fronte a un imprevedibile future. Alcuni chiedono il sostegno emotivo da un consulente professionale, mentre altri preferiscono un supporto fra pari. In particolare,alcuni pazienti volevano essere in grado di discutere delle proprie relazioni intime e sessuali

Practical needs

Tra queste, la necessità di assistenza per il trasporto e la mobilità esterna, come ad esempio la disponibilità di sedie a rotelle. Il supporto finanziario nza finanziariaUn importante bisogno insoddisfatti per i pazienti e gli accompagnatori è

Informational needs

I pazienti e caregivers desiderano piu' informazioni sulla malattia, su come gestire la loro vita e prendere decisioni, e su come la condizione progredirà. I pazienti sono particolarmente preoccupati per quello che puo' accadere ai loro partner quando saranno morti. Gli accompagnatori richiedono maggiori informazioni su cosa fare al momento della morte del paziente. Gli accompagnatori vorrebbero essere informati per iscritto e in modo piu' completo sul loro ruolo assistenziale. Ad esempio desiderano informazioni sulla capacità di gestire i sintomi del paziente in modo da sentirsi piu' competente come fornitore di assistenza. Richiedono maggiori informazioni sulle medicine alternative e l'eutanasia.

Respite care

Il bisogno maggiormente espresso dai cargivers è quello di ricevere dai servizi di assistenza domiciliare palliative un sollievo dal loro ruolo assistenziale

Isolation

Molti ritengono che questo sia il risultato dello stigma associato con la loro condizione. I pazienti e gli accompagnatori ritengono che la malattia stessa sia causa dell'isolamento perché non permette al paziente di lasciare la propria casa. In effetti, alcuni caregivers hanno espresso il desiderio che il servizio palliative possa offrire assistenza affinché il paziente possa lasciare la propria casa e svolgere delle attività.

Loss of autonomy

I pazienti e gli accompagnatori riportano la perdita della capacità di andare in vacanza e trascorrere del tempo con i nipoti

Modena
5 novembre 2016



Review Article

Home-based palliative care: A systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers

Adriana D Ventura¹, Susan Burney^{2,3}, Joanne Brooker^{2,3}, Jane Fletcher^{2,3} and Lina Ricciardelli¹



Palliative Medicine
2014, Vol. 18(5) 391-402
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216313511141
pmj.sagepub.com
SAGE

What's important to me.

A Review of Choice in End of Life Care



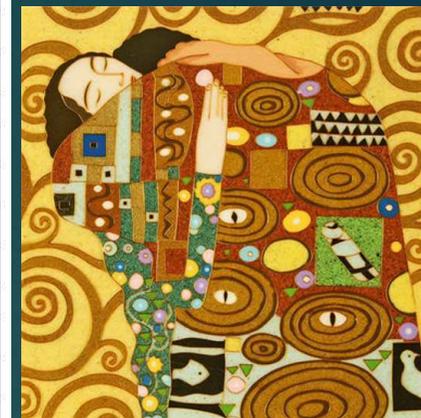
Published by
The Choice in End of Life Care
Programme Board

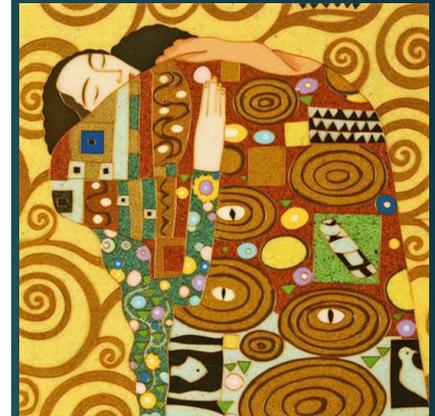
February 2015

The Board membership was	
Claire Henry (Chair)	Chief Executive, National Council for Palliative Care
Helen Findlay	Person with experience of end of life care services
Ian Leech	Person with experience of end of life care services
Lynn Cawley	Person with experience of end of life care services
Sanjay Chadha	Person with experience of end of life care services
Jeremy Porteus	Director, Housing Learning and Improvement Network
Sharon Blackburn	Policy and Communications Director, National Care Forum
Simon Chapman	Director of Policy, National Council for Palliative Care
Mike Hobday	Director of Policy, British Heart Foundation
Jonathan Ellis	Director of Policy, Hospice UK
Preth Rao	Head of Policy and Campaigns, Sue Ryder Care
Phil McCarvill	Head of Policy & Public Affairs, Marie Curie
Dr David Brooks	President, Association of Palliative Medicine
Jane Allberry	Deputy Director, NHS Clinical Services, Department of Health
Amanda Cheesley	Professional Lead for Long Term Conditions, Royal College of Nursing
Dr Peter Nightingale	End of Life Clinical Lead, Royal College of General Practitioners
Ruth Dixon	Association of Directors of Adult Social Services
Professor Julia Verne	Clinical Lead, National End of Life Care Intelligence Network, Public Health England
Anita Hayes	Programme Delivery Lead for End of Life Care, NHS Improving Quality

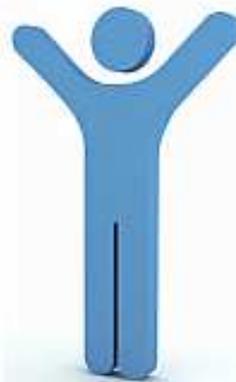
Adviser: Dr Bee Wee, National Clinical Director for End of Life Care, NHS England

Modena
5 novembre 2016





What choices are important to me at the end of life and after my death?



I want to be cared for and die in a place of my choice

I want involvement in, and control over, decisions about my care

I want access to high quality care given by well trained staff

I want access to the right services when I need them

I want support for my physical, emotional, social and spiritual needs

I want the right people to know my wishes at the right time

I want the people who are important to me to be supported and involved in my care

Modena
5 novembre 2016

“ Deve essere dato il tempo e l'opportunità agli individui di esprimere le proprie scelte, e troppo spesso le scelte che gli individui esprimono non sono incluse nelle decisioni riguardanti la loro cura. »

“ Mia madre è morta all'inizio di quest'anno per un cancro al pancreas. Nonostante le cure fossero probabilmente adeguate sul piano clinico, ho trovato medici che non volevano parlare di come la sua morte sarebbe stata gestita ”

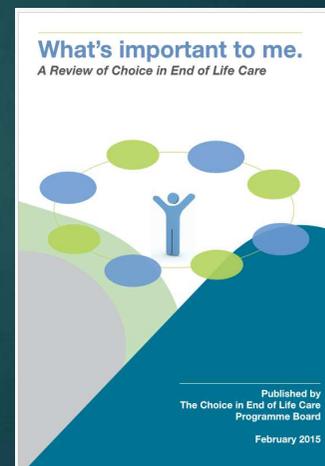
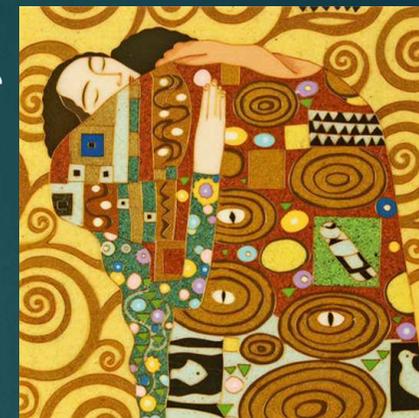
“ La cosa più importante per me era che mio marito è morto in pace e felice a casa con me al suo fianco – cosa che avrebbe potuto essere diversa se fosse stato in hospice o in ospedale. Ma è un lavoro maledettamente duro, e non è riconosciuto dalla maggior parte del mondo sanitario »

“ Mia moglie ha voluto morire a casa, e così è stato. Credo che a lei abbia fatto piacere, ma sento che io avrei potuto fare di più. Alla mia età allora (64), non avevo idea di cosa fare per aiutarla nè di cosa aspettarmi. Avrei potuto fare di più e meglio se fossi stato istruito su quanto la morte avrebbe comportato e che tipo di cure avrebbe potuto essere di aiuto. Testimoniare la morte va oltre l'esperienza della stragrande maggioranza delle persone nel mondo moderno. ”

“ Vorrei essere in grado di avere fiducia di essere curato. ”

« C'è bisogno di un robusto servizio di risposta rapida nel caso di crisi, disponibile nel più breve tempo possibile, 24 ore al giorno ”.

“ Le persone devono spesso spiegare la stessa cosa a personale diverso, cosa che può non solo essere frustrante e richiedere tempo, ma può anche trasmettere la netta percezione che nessuno ascolti davvero «



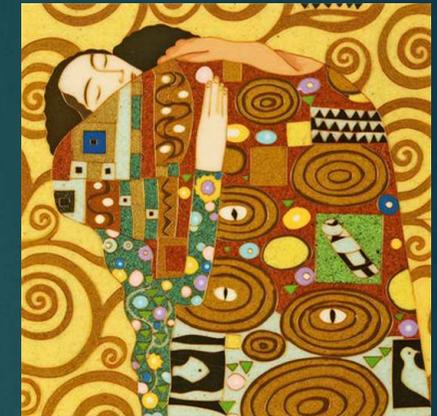
Modena
5 novembre 2016

Community development

- ▶ Decision making by those most affected by outcomes of the decision (**subsidiarity principle**)
- ▶ Personal empowerment and control by individual citizens over their own life (**empowerment principle**)
- ▶ Developing ongoing structures and processes by which groups can meet their own needs (**structural principle**)
- ▶ **Professional & technical expertise remains vital**, regaining its rightful place as well-resourced servant rather than a master trying to do everything and too often failing

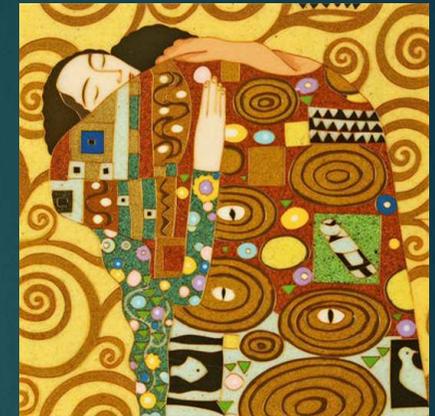


Modena
5 novembre 2016



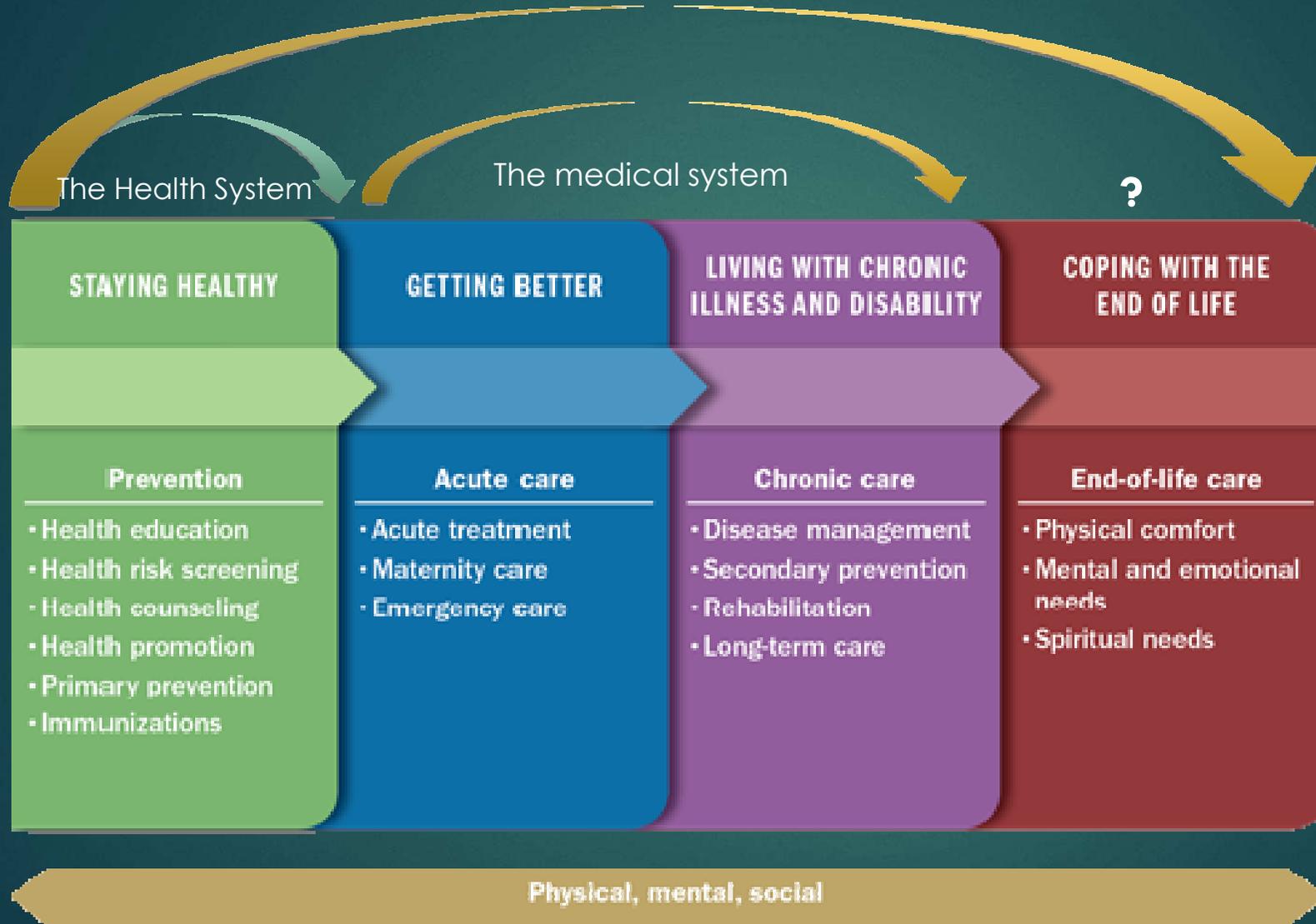
Division of Cancer Prevention and Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2011). Social Ecological Model. Retrieved September 21, 2012.

Modena
5 novembre 2016



Public Health Ethics.
Problems and suggestion
Schmidt, V.H. et al
Public Health Ethics
Volume 8, n. 1 2015; 18-26

The Health System





*« I don't want achieve
immortality through my work, I'd
rather achieve it by not dying»*

Woody Alenn

*« How people die, remains in the memory
of those who lives on »*

Cicely Saunders