





La fine della vita in DEA

Enrico Gandolfo
Pronto Soccorso Gradenigo - Torino

Area formativa SIMEU-SAU

Sedazione
Analgesia
Urgenza

Prima il tabù era il sesso.
Oggi è la morte.



Raccomandazioni SIAARTI per l'approccio al malato morente; 2006

in anamnesi si segnala
BASSA COMPLIANCE

Olivier Roy • Jayati Ghosh • James Surowiecki • Siddhartha Deb

Internazionale

OGNI SETTIMANA IL MEGLIO DEI GIORNALI DI TUTTO IL MONDO
28 SETTEMBRE/4 OTTOBRE 2012 • N. 968 • ANNO 19 • 3,00 €
PDF • IPHONE • IPAD • ANDROID



VISTI DAGLI ALTRI

**Il governo
aiuta la Fiat**

SCIENZA

**Come muore
un medico**

STATI UNITI

**Ho lavorato
da Sotheby's**

Traditi da Chávez

Milioni di venezuelani non credono più al presidente ma non vogliono schierarsi con l'opposizione. Saranno decisivi

SCIENZA

Come muore un medico

Quando capiscono che la fine è vicina, molti dottori rifiutano ulteriori cure e vivono il resto dei loro giorni insieme ai familiari. La testimonianza di un medico statunitense

Internazionale: Ottobre 2012

How Doctors Choose End-of-Life

When it comes to dying, doctors are ultimately no different from the rest of us. And their emotional and physical struggles are surely every bit as wrenching. But they have a clear advantage over many of us. They've seen death up close. They understand their choices, and they have access to the best that medicine has to offer. The Johns Hopkins Precursors Study asked a group of Doctors about what measures they would have taken at their end-of-life, and the following is the response.

Ventilation

87% No thank you
4% Undecided
2% Yes

Feeding tube

77% No thank you
11% Undecided
5% Yes

CPR

(cardiopulmonary resuscitation)

90% No thank you
5% Undecided
5% Yes

Surgery

80% No thank you
11% Undecided
9% Yes

IV hydration

58% No thank you
18% Yes
11% Undecided

Dialysis

87% No thank you
6% Undecided

Pain Medicine

82% Yes
10% No
5% Undecided

A photograph of a busy hospital corridor. In the foreground, several patients are lying on gurneys, covered with blankets. Some are wearing masks. In the background, a group of people is standing and waiting. The corridor has yellow walls and a tiled floor. There are green directional signs on the wall. The text "24.000.000 di accessi in PS ITALIANI ogni anno" is overlaid in the center.

**24.000.000 di accessi in
PS ITALIANI
ogni anno**

Bagno Disabili



U.O. Radiologia - Dott. L. Barozzi
Sala Diagnostiche/Segreteria/Ecografia



O.B.I. Osservazione Breve Intensiva



Sala Attesa



EMERGENCY MEDICINE DECISION MAKING

*Critical Issues in
Chaotic Environments*

SCOTT WEINGART
PETER WYER

**Il contesto
cognitivo e decisionale**



THE PRACTICE OF EMERGENCY MEDICINE/ORIGINAL RESEARCH

A Task Analysis of Emergency Physician Activities in Academic and Community Settings

Carey D. Chisholm, MD, Christopher S. Weaver, MD, Laura Whenmouth, BS, Beverly Giles, RN

Ann Emerg Med, 2011

6 minuti/paziente
1 minuto/esame obiettivo



**Esiste un posto
meno adatto
per un malato terminale?**

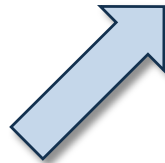


Eppure arrivano...

**Bisogni
soggettivi**



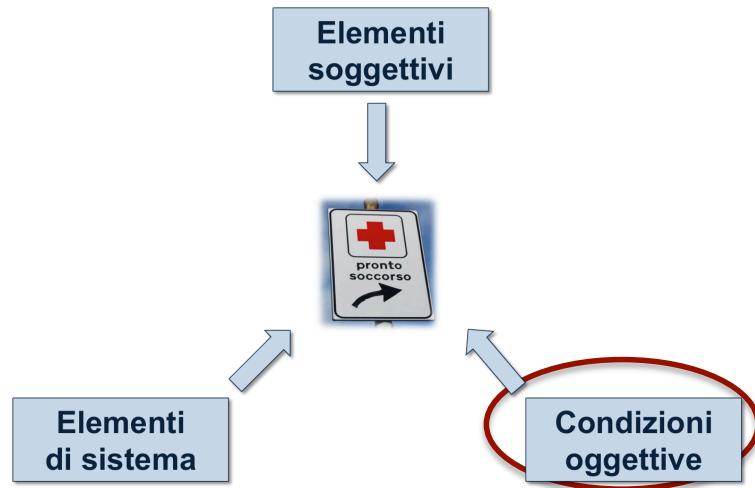
**Elementi
di sistema**



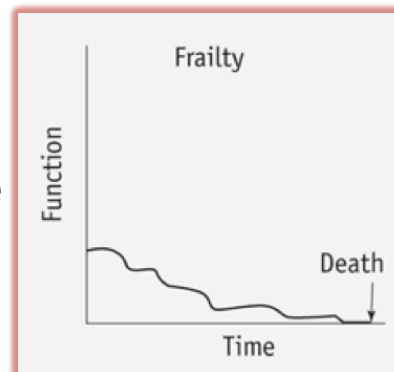
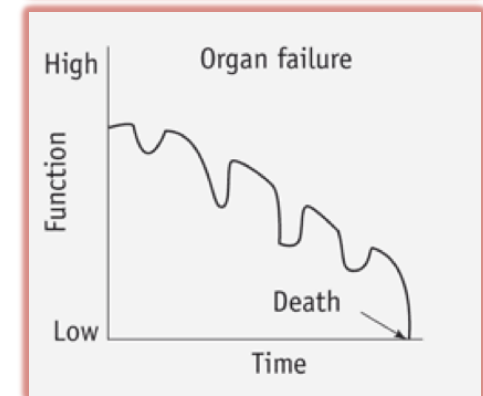
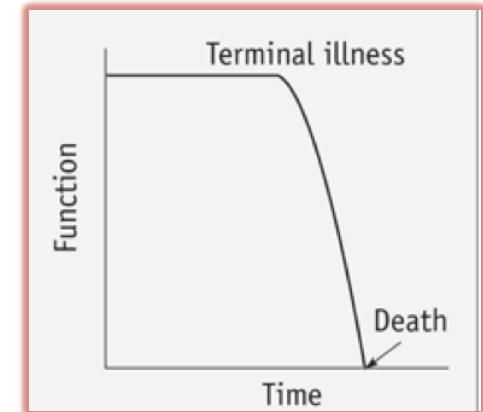
**Condizioni
oggettive**

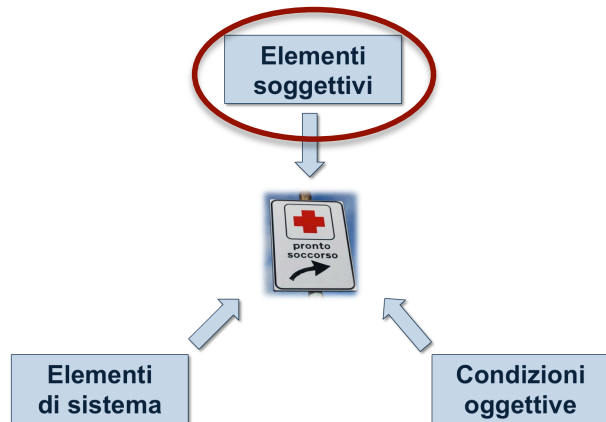


Le urgenze nel paziente con neoplasia e non



- Dolore (dolore incidente e crisi di dolore)
- Urgenze reali Oncologiche
- Patologie iatrogene (chemio e radioterapia)
- Insuff. mono/multiorgano acuta su cronica
- Grande Anziano fragile





Le percezioni del paziente o dei familiari

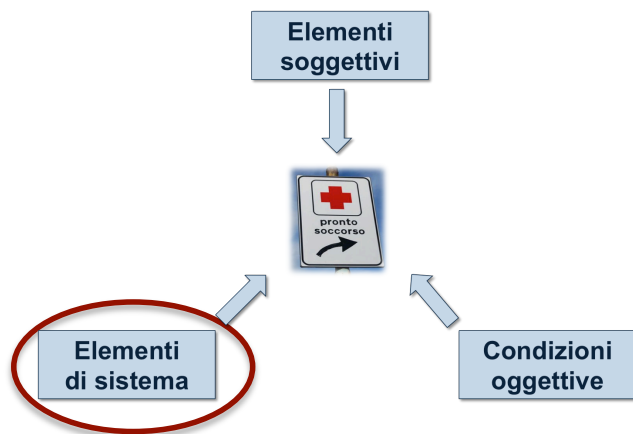
- Il dolore percepito come urgenza
- L'accesso al PS come “**riflesso etologicamente acquisito**” segnale di crisi fisica, spirituale, psico-sociale
- Conflitto tra l'obiettivo di cura assegnato e le aspettative soggettive

“Abbiamo creato un apparato multimiliardario per dispensare l'equivalente medico dei biglietti della lotteria, e abbiamo pochi, rudimentali strumenti per preparare i pazienti alla probabilità che quei biglietti non saranno vincenti.”

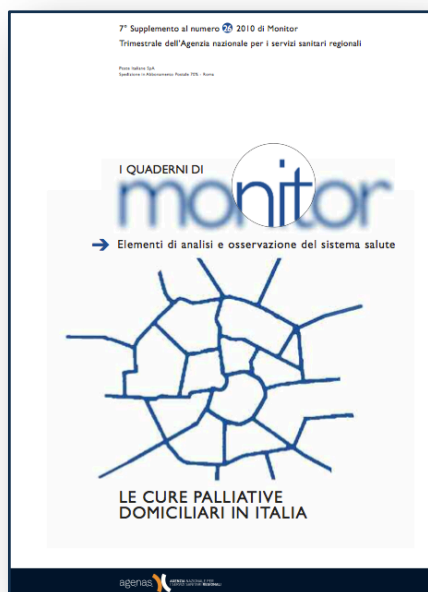
Jay Gould: *The median isn't the message.*

I bisogni più sentiti

Sentire meno dolore
Vicinanza ai propri cari
Non essere di peso ai familiari
Informazioni chiare sulle terapie
Essere tranquillizzati



I buchi della rete



In Italia:

- 40% dei residenti ha a disposizione una struttura di Medicina Palliativa domiciliare
- 50% delle strutture garantisce la continuità h24 delle cure
- la presa in carico non prima di 72 ore

**Siete sicuri che non sia
un paziente da**

PRONTO ??!!

h 01,30 – Intervento a domicilio del 118
Codice Giallo per dispnea severa
uomo di 41 anni condizioni terminali
per malattia neoplastica avanzata del polmone

Richiesta disperata :

non fatelo morire a casa

Sabato pomeriggio
dispnea severa dopo pranzo
in donna di 89 anni demente con cachessia
senile avanzata : ospite di **LUNGODEGENZA**

Unico oppiaceo presente in struttura :

Codeina

Pz.te di 75 anni , oncologico terminale, parenti determinati a tenerlo a casa ma....

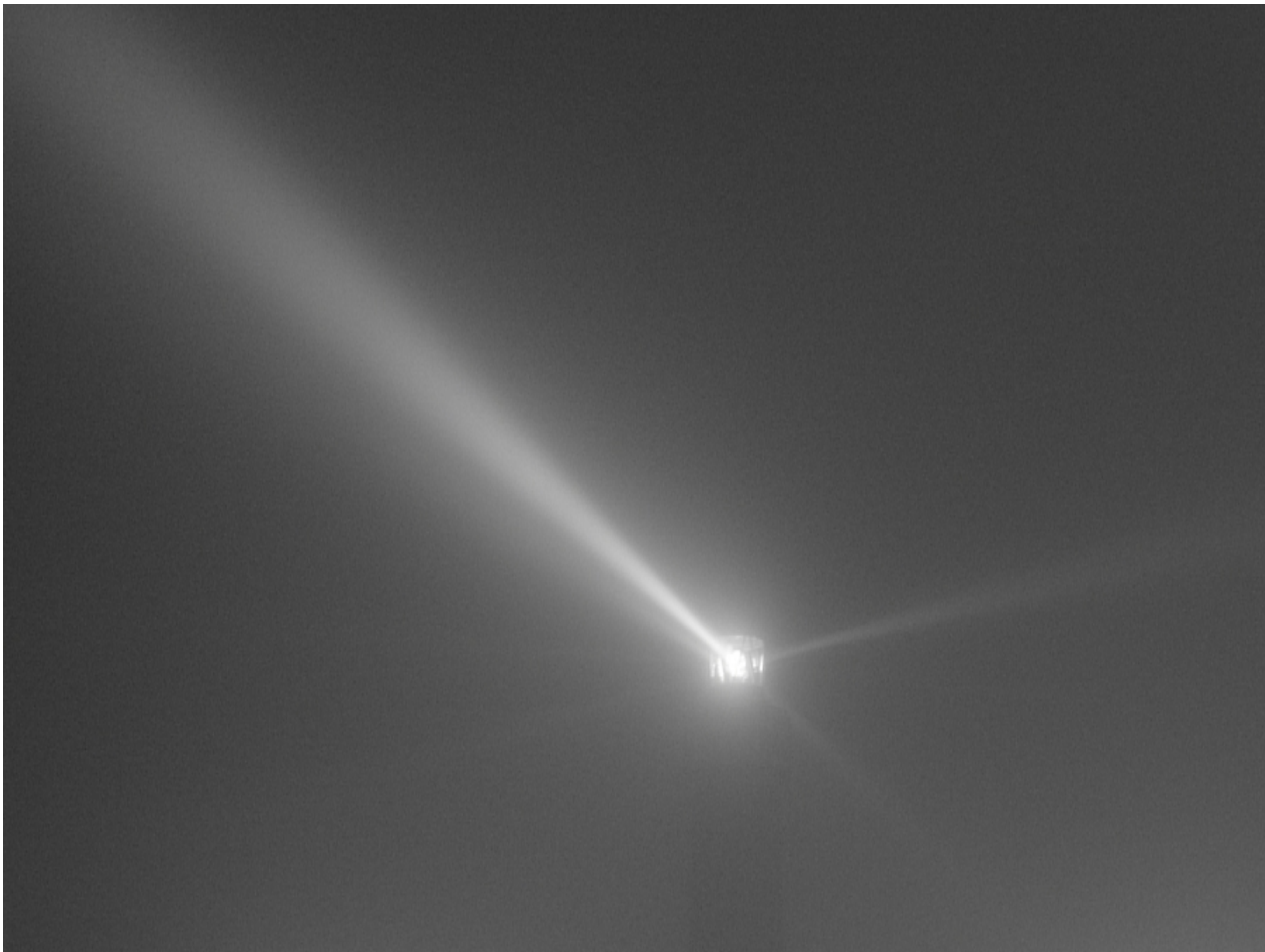
TD: Ossicodone 80 mg X 2 e

Fentanyl 200 mcg X 4

Non riesce ad assumere più terapia ed è molto sofferente

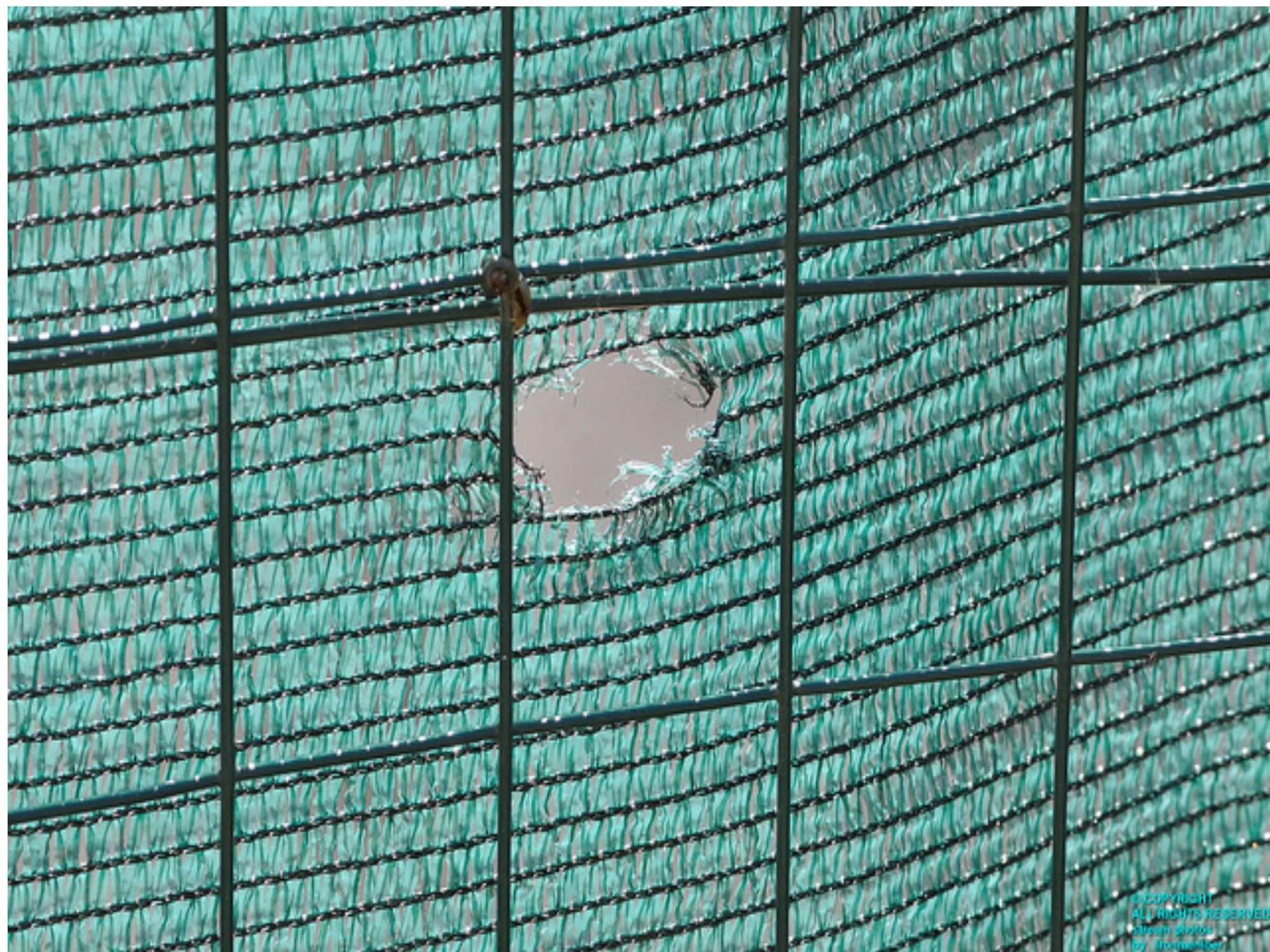
***Provate a reperire fiale
da 50 mg o 20 mg
in farmacia...***







**...ma trovano
quel che cercano?**



© COPYRIGHT
ALL RIGHTS RESERVED
dream photos
by frommer



“OLIGOANALGESIA”

IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Wilson & Pendleton, Am J Emerg Med, 1989

“...lo scorretto impiego dei farmaci narcotici, nel senso dell’ oligoanalgesia, è prevalente, e rappresenta una responsabilità condivisa tra Medici dell’ Urgenza e consulenti.”

SIMEU, 2009: Prima indagine conoscitiva in Italia

INDICE FIALE DI OPPIACEI / ACCESSI DI P.S.

0,67 fiale di morfina/100 accessi
0,33 fiale di fentanyl/100 accessi
0,04 fiale di petidina/100 accessi

1,04%

2.787.620 accessi



L'attitudine mentale



Gli strumenti culturali

Siamo noi che abbiamo cambiato
l'outcome delle patologie tempo-dipendenti

Politrauma

S. coronarica acuta

Stroke

Sepsi

FINE VITA?



**Qual è il codice di triage
di un malato terminale?**

TEMPO PREZIOSO

RIFORMULARE IL CONCETTO DI CRITICITÀ

in Medicina d'Emergenza Urgenza

Maximally aggressive care:



Scott Weingart

CURATIVE & PALLIATIVE

NO ai monitor

NO all'aspirazione

NO ai prelievi

NO ai cambi di postura (se dolore)

NO alle somministrazioni per os
(se difficile deglutire)

NO alle misurazioni della pressione

NO alle determinazioni della glicemia

Sì

alla presenza dei familiari

**Sì
al trattamento
dei sintomi**

SOLUZIONI

NEWS & PERSPECTIVE

Palliative Care in the Emergency Department

New Specialty Weaving Into Acute Care Fabric

speaking for "getting better," let alone "fine and dandy."

"Everybody has an invisible threshold of how much of a burden they can take being treated in the hospital. You need, and you have, the option of a less aggressive, more comfort-driven path. I think everyone, patients and families, deserves that option," said Robert Zalenski, MD, a mentor to Dr. Desai and the founder and director of the Wayne State Division of Palliative Emergency Medicine. Dr. Zalenski's own professional trajectory from "pure" emergency medicine to an

small but growing number of physicians have, or are pursuing, certification through fellowships, educational pro-

Ann Emerg Med, 2010

THE PRACTICE OF EMERGENCY MEDICINE/RESIDENTS' PERSPECTIVE

Hospice Care and the Emergency Department: Rules, Regulations, and Referrals

Sangeeta Lamba, MD, Tammie E. Quest, MD

University of Medicine and Dentistry of New Jersey, New Jersey Medical School, Newark, NJ (Lamba); Department of Emergency Medicine, Atlanta, GA (Quest).

Ann Emerg Med, 2011

Treating Cancer Patients who Are Near the End of Life in the Emergency Department

Dawn Felch Rondeau, MS, ACNP, FNP^{a,b,*}, Terri A. S

Emerg Med Clin N Am, 2009

INITIATING PALLIATIVE CARE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Travis E. DeVader, MD,* Robert Albrecht, MD, and Mark Reiter, MD, MBA

Department of Emergency Medicine, St. Luke's Hospital and Health Network, Bethlehem, Pennsylvania
Reprint Address: Travis E. DeVader, MD, Department of Emergency Medicine, St. Luke's Hospital and Health Network, 801 Ostrum Street, Bethlehem, PA 18015

J Emerg Med, in press

HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE: A NOVEL SUBSPECIALTY OF EMERGENCY MEDICINE

Sangeeta Lamba, MD, and Anne C. Mosenthal, MD

University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Newark, New Jersey

Reprint Address: Sangeeta Lamba, MD, Department of Emergency Medicine, The University Hospital, University of Medicine and Dentistry of New Jersey, 150 Bergen Street, Newark, NJ 07103

J Emerg Med, in press



Improving Palliative Care in Emergency Medicine



*A Section of the
American College of Emergency Physicians*

**Le persone muoiono
solo una volta. Non
hanno un'esperienza
da cui imparare.
Hanno bisogno di
medici e infermieri
disposti a raccontare**

Atul Gawande, The New Yorker, Internazionale, 2010

**È più facile iniziare
un'infusione di dopamina
o dire “Sta morendo”?**



**L'incapacità di
comunicare efficacemente**

**Malati e parenti
inconsapevoli...**

**...che spesso lasciamo
nell'inconsapevolezza**

COMPETENZA

Hospice Care and the Emergency Department: Rules, Regulations, and Referrals

Sangeeta Lamba, MD, Tammie E. Quest, MD

From the Department of Emergency Medicine, University of Medicine and Dentistry of New Jersey, New Jersey Medical School, Newark, NJ (Lamba); and the Department of Emergency Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA (Quest).

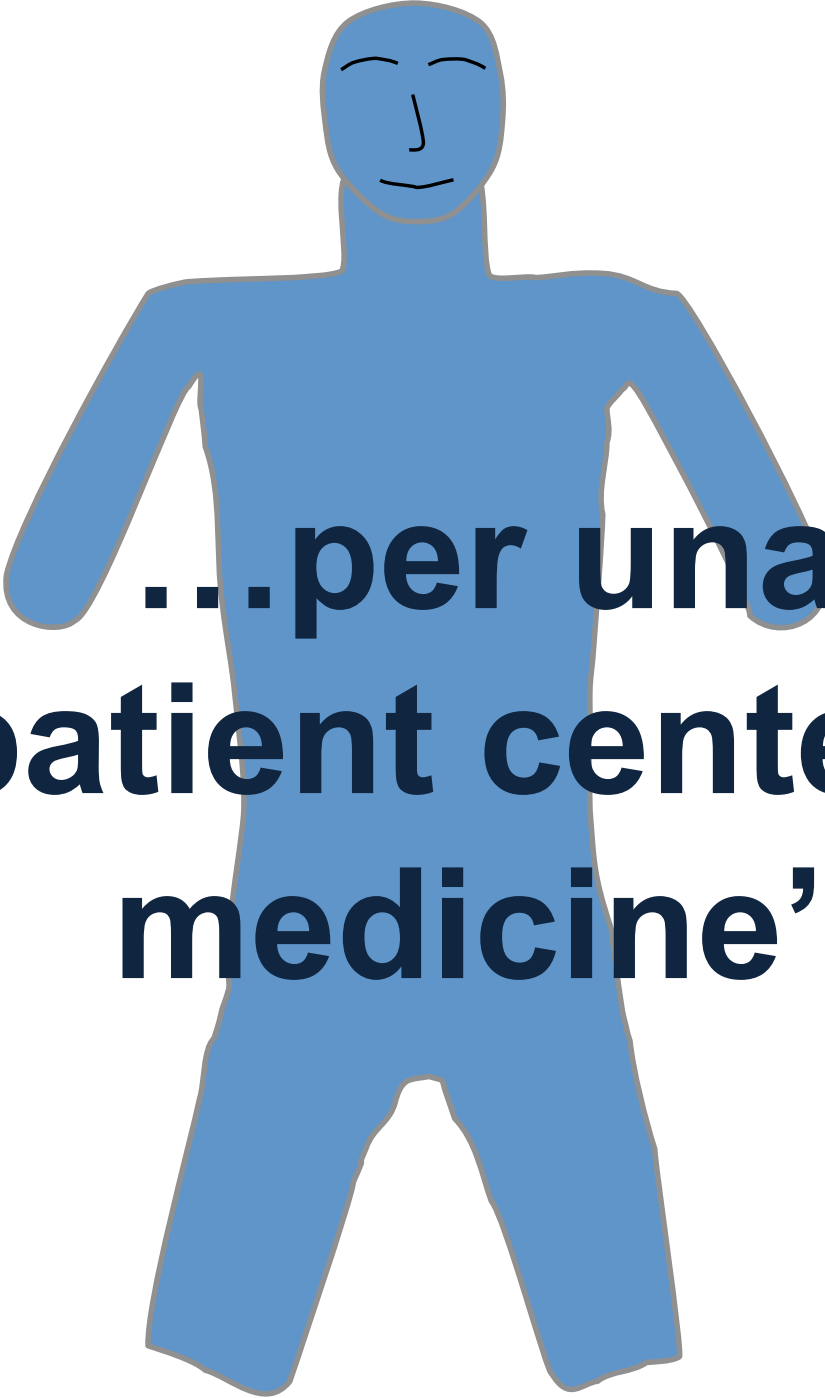
Ann Emerg Med, 2011

Table 1. Skills Core to the Practice of Palliative Medicine by Emergency Physicians

Assessment of illness severity
Death trajectories
Formulation of prognosis
Difficult communications
Breaking bad news/death disclosure
Advance directives and planning
Family presence during resuscitation
Management of pain/common non-pain symptoms
Withdrawal/withholding of non-beneficial care
Management of the imminently dying
Management of hospice patients/palliative care systems referrals
Ethical/legal issues
Psycho-social care and spiritual/cultural competency
Management of the dying child

COMPETENZE DI BASE di cure palliative

- 1 valutazione della gravità della malattia
- 2 traiettoria di malattia
- 3 valutare una prognosi (domanda sorprendente)
- 4 annunciare cattive notizie o la morte
- 5 direttive anticipate e pianificazione
- 6 trattare il dolore
- 7 evitare trattamenti inutili
- 8 trattamento della morte imminente



**...per una
“patient centered
medicine”**

**Vogliamo essere Medici
d'Emergenza Urgenza,
ma qualche volta l'impresa più
difficile è quella di essere,
semplicemente,
buoni Medici...**