

LE CURE PALLIATIVE NEL SETTING DELL'EMERGENZA URGENZA

Fabio De Iaco
Torino

L'accesso in Pronto Soccorso di un paziente in terapia palliativa rappresenta il fallimento del sistema.

SICURI?



**Il contrario di un'affermazione
vera è un'affermazione falsa**

**Il contrario di una verità profonda
non può certamente essere una
altra profonda verità**

Niels Bohr

LE DIMENSIONI DI UN PROBLEMA

tra dati non aggiornati

dati non aggiornabili

dati di percezione

50%

100%

14° Rapporto sulla
condizione assistenziale
dei malati oncologici

9. Il malato oncologico nei dipartimenti di emergenza / urgenza: tra bisogni clinici e carenze della rete assistenziale

a cura di P. Varese – F.A.V.O.
G. Cartenì – AO Cardarelli, Napoli
M. Di Maio – AIOM
L. Cavanna – CIPOMO
F. De Iaco – SIMEU
F. Petrini – SIAARTI

G.M. Numico, E. Sperti, I. Alabiso – Coordinamento Gruppo di Studio Medicina Oncologica
e follow-up Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

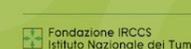


Osservatorio
sulla condizione
assistenziale dei
malati oncologici

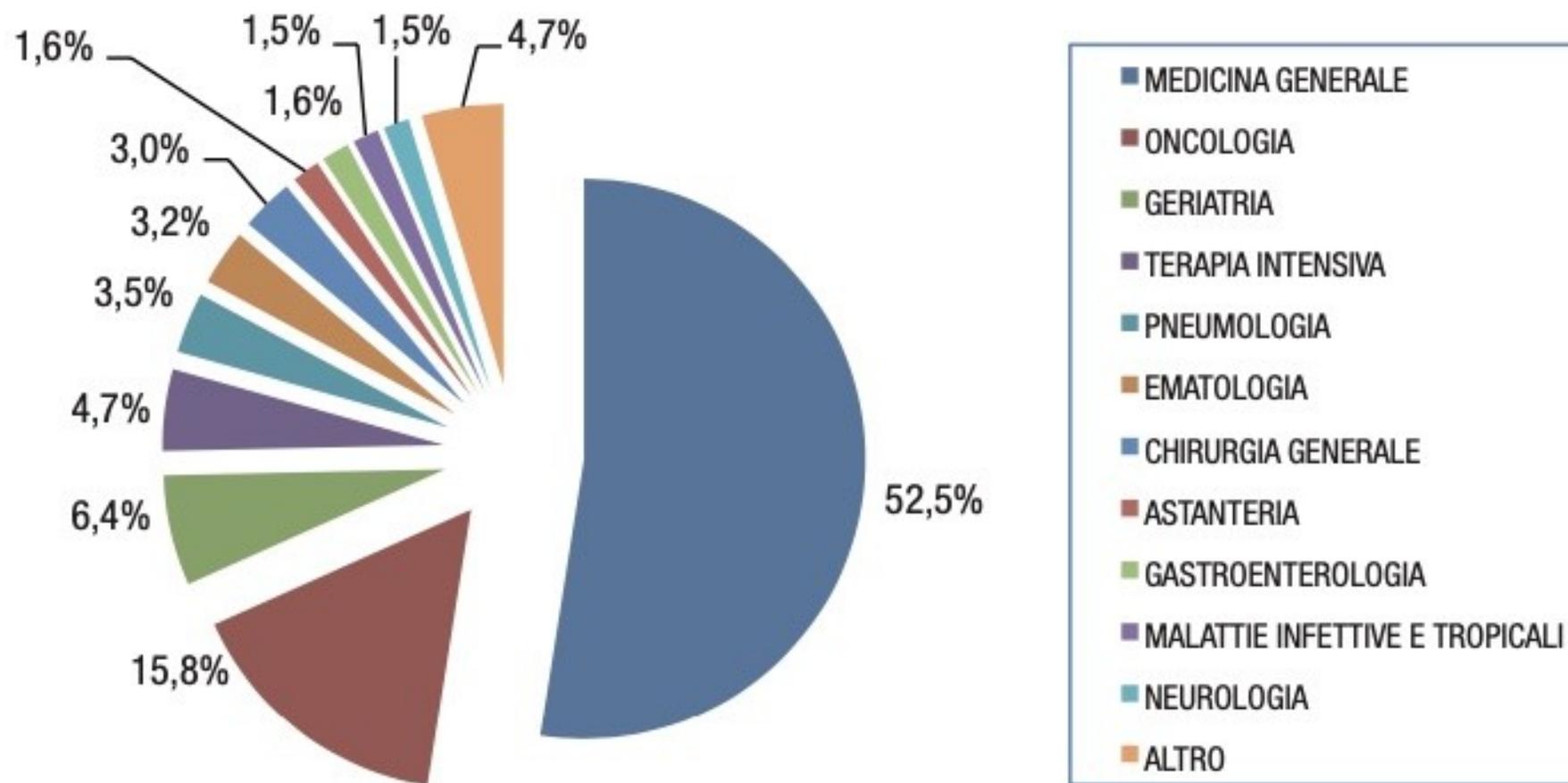
14° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici

Roma, 12-15 maggio 2022
XVII Giornata nazionale del malato oncologico

Realizzato da:



Distribuzione degli assistiti deceduti con patologia oncologica per disciplina/reparto per acuti Anno 2016



Fonte: Ministero della Salute - Schede di dimissione ospedaliera

Fattori di rischio organizzativo

Il paziente, se in fase avanzata di malattia, si rivolge al Pronto Soccorso in caso di sintomi non controllati e in assenza di adeguata risposta al domicilio.

In base a dati di AGENAS nel 2013 in Italia:

- Solo il 40% dei pazienti ha a disposizione una struttura di Medicina Palliativa domiciliare
- Solo il 50% delle strutture garantisce la continuità h24 delle cure
- la presa in carico da parte delle strutture di cure palliative in genere avviene non prima di 72 ore

**COSA SI ASPETTA
DA NOI IL SISTEMA**



**Emergency Department
Palliative Care
*Information Paper***

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

**COSA SI ASPETTA
DA NOI IL PAZIENTE**

Conoscenze

abilità

attitudini



competenza

Il “livello base” della nostra
competenza:
dolore e sintomi
comunicazione
decisioni etiche

	mattina
Essere mortale	La correlazione tra Medicina d'Emergenza Urgenza e Cure Palliative dal punto di vista culturale e operativo. Il punto di vista del paziente.
Perché arrivano	Il paziente in cure palliative nel contesto del Pronto Soccorso: i motivi dell'accesso e le caratteristiche delle urgenze.
A casa	Rassegna dei principali farmaci e delle vie di somministrazione utilizzati nelle cure palliative domiciliari.
In Pronto Soccorso	La gestione dei sintomi in urgenza: farmaci e vie di somministrazione in Pronto Soccorso.
Un po' di aritmetica	La gestione delle crisi algiche e le regole dell'equianalgesia.
Alla fine	La diagnosi del fine vita: segni e sintomi, decisioni condivise, cosa scrivere in cartella.
Cosa dice la legge "Dottore, mi dica"	La legge 219/2017 e le sue implicazioni in Medicina d'Emergenza Urgenza. La comunicazione come competenza

	pomeriggio
Dormire	Le regole della sedazione palliativa continua profonda
Turno di notte	Presentazione di casi clinici e risoluzione condivisa: discussione aperta in plenaria
Colazione al bar	Conclusioni: l'impegno emotivo degli operatori, messaggi di fine corso
Questionario ECM	Compilazione dei questionari ECM



Le Cure Palliative in Medicina d'Emergenza



Un'iniziativa del gruppo SAU-SIMEU

Sedazione
Analgesia
Urgenza



PAIN CRISIS

RESCUE DOSE

FINE VITA

**PAZIENTE
STABILE ?**

SÌ

NO

DAT?

SÌ

NO

L.219

ELS

**PAZIENTE
STABILE ?**



Sì



ABCD

A

**Advanced
Care
Directives**

Acquisisci le direttive direttamente dal paziente, se possibile.
Ci sono DAT? Discuti con il paziente e verifica che non siano variate

B

Better

Fa' ciò che puoi per lui: dolore, idratazione, vomito, ecc.

C

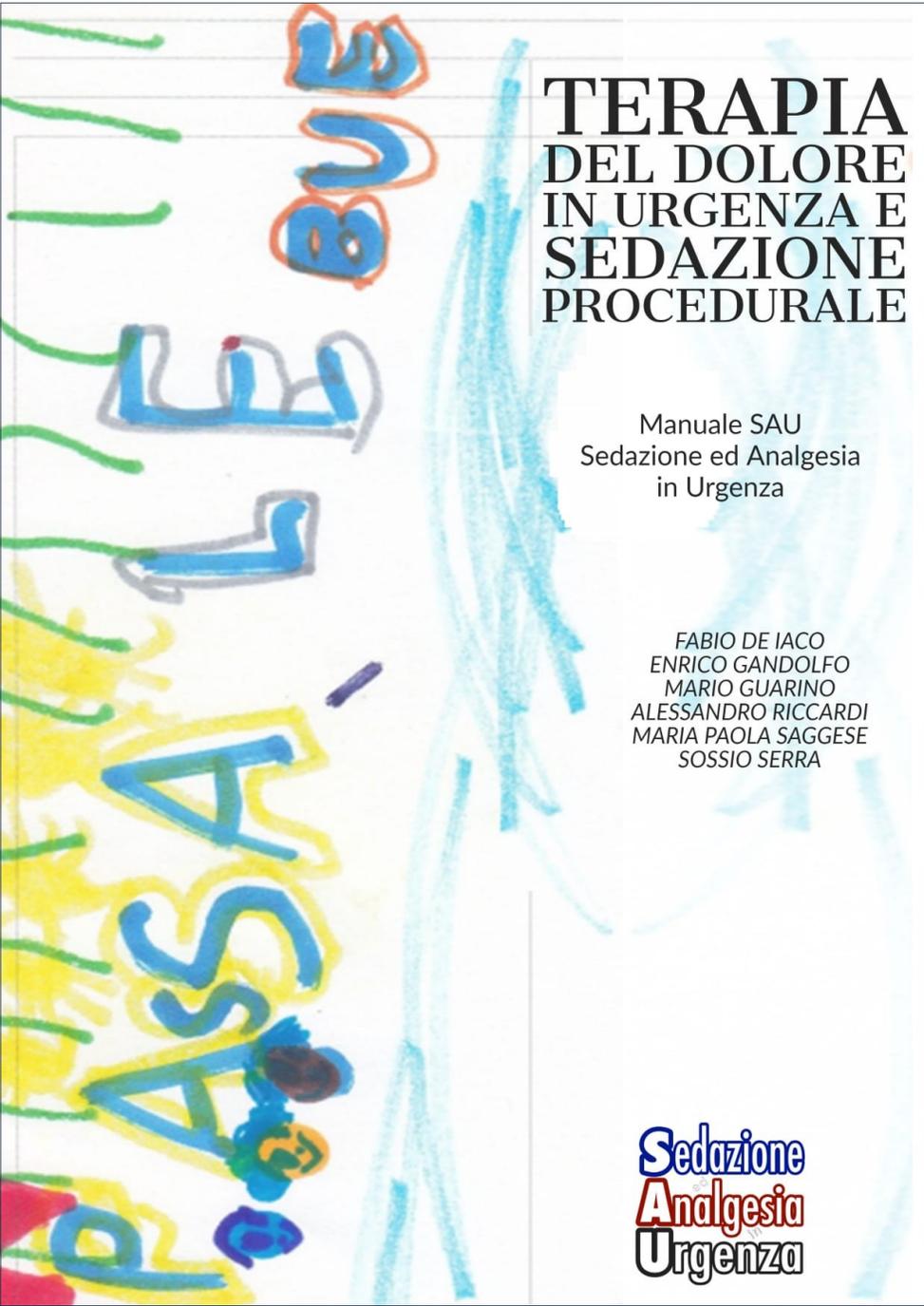
Caregiver

Individualo, interrogalo, coinvolgilo

D

Decision

Determina l'obiettivo di cura attraverso la condivisione

The book cover features a white background with horizontal lines. On the left side, there are colorful, child-like drawings: green vertical lines, blue letters 'LE' and 'BUE', yellow letters 'PASSA', and a small figure. The main title is in bold black serif font. Below it, the subtitle is in a smaller black sans-serif font. The authors' names are listed in a small black sans-serif font. At the bottom right, there is a logo with the words 'Sedazione', 'Analgesia', and 'Urgenza' stacked vertically in different colors and fonts.

TERAPIA DEL DOLORE IN URGENZA E SEDAZIONE PROCEDURALE

Manuale SAU
Sedazione ed Analgesia
in Urgenza

FABIO DE IACO
ENRICO GANDOLFO
MARIO GUARINO
ALESSANDRO RICCARDI
MARIA PAOLA SAGGESE
SOSSIO SERRA

Sedazione
Analgesia
Urgenza

prossimamente...

Equianalgesia, opioid switch and opioid association in different clinical settings: a narrative review

F. DE IACO¹, G. MANNAIONI², S. SERRA³, G. FINCO⁴, S. SARTORI²,
E. GANDOLFO¹, P. SANSONE⁵, F. MARINANGELI⁶

¹Emergency Department, Martini Hospital, ASL Città di Torino, Torino, Italy

²Department of Neuroscience, Psychology, Drug Research and Child Health – NEUROFARBA –, Section of Pharmacology and Toxicology, School of Psychology, University of Florence, Florence, Italy

³Emergency Department, Maurizio Bufalini Hospital, Cesena, Italy

⁴Department of Medical Sciences and Public Health, University of Cagliari, Cagliari, Italy

⁵Department of Women, Child and General and Specialized Surgery, University of Campania Luigi Vanvitelli, Naples, Italy

⁶Department of Anesthesiology, Intensive Care and Pain Treatment, University of L'Aquila, L'Aquila, Italy

Conclusioni

La gestione dell'emergenza urgenza richiede un oncologo in PS? Assolutamente no. Non ci sono le risorse, non ci sono gli spazi organizzativi.

È necessario immaginare, ancora una volta la creazione di percorsi formativi e organizzativi condivisi e il coinvolgimento attivo delle Associazioni dei malati, preziose promotrici di consapevolezza e responsabilizzazione proprio verso i pazienti e loro care givers.

Il PS è il luogo meno adatto alla gestione di un malato oncologico ma a volte è l'unico punto di accesso possibile e talora appropriato.

È evidente che più si investirà sulla prevenzione in tutte le sue declinazioni, dagli stili di vita, all'accesso agli screenings alla riabilitazione e alle cure di fine vita, più i percorsi rimarranno territoriali e migliore sarà la qualità di vita dei malati e dei loro familiari.

Le tecnologie potrebbero aiutare favorendo la comunicazione ospedale territorio in una regia unica che è e deve rimanere collegata alla organizzazione della Rete oncologica.

Prima regola di questo corso:

Esistono posti
molto migliori
del Pronto
Soccorso

Seconda regola di questo corso:

Esistono
specialisti
molto migliori
di noi

Terza regola di questo corso:

Spesso l'unico
posto e l'unico
specialista sei tu

...del resto succede

spesso
grazie a tutti

