

QUANDO L'EMERGENZA

INCONTRA

IL FINE VITA



Sedazione
Analgesia
in
Urgenza



Cure
Palliative
Urgenza
Emergenza
Medicina

Enrico Gandolfo
Pronto Soccorso Martini
ASL Città di Torino

quotidianamente



ATUL GAWANDE

ESSERE MORTALE

COME SCEGLIERE LA PROPRIA VITA FINO IN FONDO

EINAUDI

Introduzione

Ho dovuto studiare molte cose all'università di medicina, ma la mortalità non rientrava tra queste. Nel primo semestre mi fu consegnato un cadavere secco e coriaceo da sezionare, ma serviva solo per imparare l'anatomia umana. Nei libri di testo non c'era praticamente niente riguardo all'invecchiamento, alla fragilità, al morire. I modi in cui si svolge il processo, in cui le persone vivono la fine della propria vita e in cui tutto questo si ripercuote sui loro cari sembravano temi non pertinenti. Per come la vedevamo noi, e per come la vedevano i nostri docenti, obiettivo dell'istruzione universitaria era insegnare a salvare le vite, non a prendersi cura di come finivano.

da “ IL MEDICO DI CAMPAGNA ” 2016



16/22 giugno 2017

Ogni settimana
il meglio dei giornali
di tutto il mondo

n. 1209 · anno 24

Bhaskar Sunkara
La battaglia di Corbyn
è appena cominciata

internazionale.it

Economia
La grande rapina
nei mari del Senegal

4,00 €

Visti dagli altri
La sconfitta di Grillo
e il ritorno di Berlusconi

Internazionale



Verso la fine

La morte è inevitabile.
Ma la medicina può aiutare
tutti ad arrivarci
con dignità. L'inchiesta
dell'Economist

NEWS & PERSPECTIVE

Palliative Care in the Emergency Department

New Specialty Weaving Into Acute Care Fabric

...speak 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 certifying through fellowships, educational pro

THE PRACTICE OF EMERGENCY MEDICINE/RESIDENTS' PERSPECTIVE

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

Sangeeta Lamba, MD, Tammie E. Quest, MD

...New Jersey, New Jersey Medical School, Newark, NJ
...of Medicine, Atlanta, GA (Quest).

Ann Emerg Med, 2010

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

Ann Emerg Med, 2011

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

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

Emerg Med Clin N Am, 2009

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

J Emerg Med, in press

Hospice Care and Palliative Medicine

and

Emergency Medicine

fare di

necessità

virtù



2006



American Board of Medical Specialties

Higher standards. Better care.®



*A Section of the
American College of Emergency Physicians*



2006

**Le cure di fine vita e l'Anestesista-Rianimatore:
Raccomandazioni SIAARTI
per l'approccio al malato morente**

SIAARTI - COMMISSIONE DI BIOETICA

COMPETENZA



Volume 54, Number 5
MAY 2018
ISSN 0736-4679

www.jem-journal.com

The Journal of Emergency Medicine

THE JOURNAL FOR CLINICIANS

Official Journal of

American Academy of Emergency Medicine

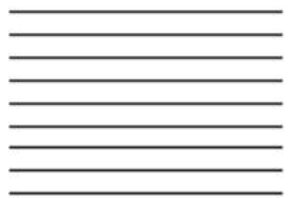


2017



The Journal of Emergency Medicine, Vol. 54, No. 1, pp. 25–32, 2018
© 2017 Elsevier Inc. All rights reserved.
0736-4679/\$ - see front matter

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.08.004>



Original Contributions



PALLIATIVE CARE SYMPTOM MANAGEMENT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: THE ABC'S OF SYMPTOM MANAGEMENT FOR THE EMERGENCY PHYSICIAN

Mari Siegel, MD, FAAEM, FACEP* and Suzanne Bigelow, MD†

- Palliative care improves quality of life, decreases length of hospital stay, as well as increasing patient satisfaction
- Palliative Care is one of the core competencies of the board certified EP
- A referral to palliative care is appropriate when the practitioner would not be surprised if the patient were to die in the next few months(The “Surprise Question”)
- In an acute pain crisis, consider increasing current pain medication, or switching to a different opiate at a using morphine equivalent conversion method
- Dyspnea is best managed with low dose opiates
- Consider haloperidol for agitation before benzodiazepines
- Terminal secretions can be managed with antimuscarinic and anticholinergic agents

so1o ONCO ?

2013



SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE": CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE? "DOCUMENTO CONDIVISO" PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

Documento approvato e condiviso da:

- SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI)
- ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)
- SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)
- SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI (AIPO)

Annuario ISTAT 2017,
il 39% degli italiani è affetto da una malattia cronica

Chronic Illness

un anziano su due soffre di una malattia cronica invalidante

Chronic
Critical
Illness

DIFFERENZE

- numero maggiore rispetto ai pz oncologici
- andamento up/down (terminalità 12 mesi)
- ambito neurologico (SLA)

FOTOGRAFIA DI UN GIORNO

Marzo 2018



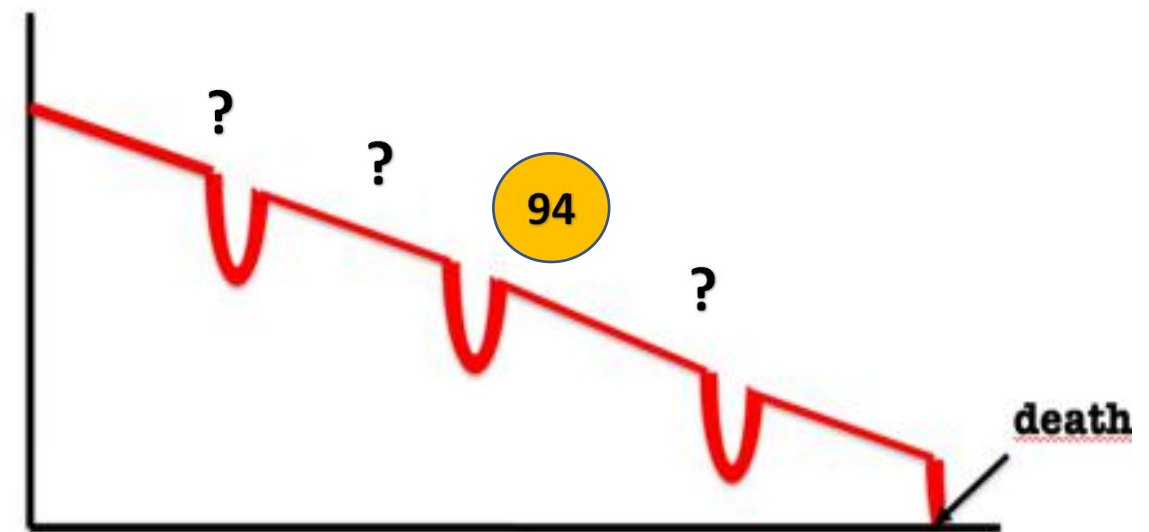
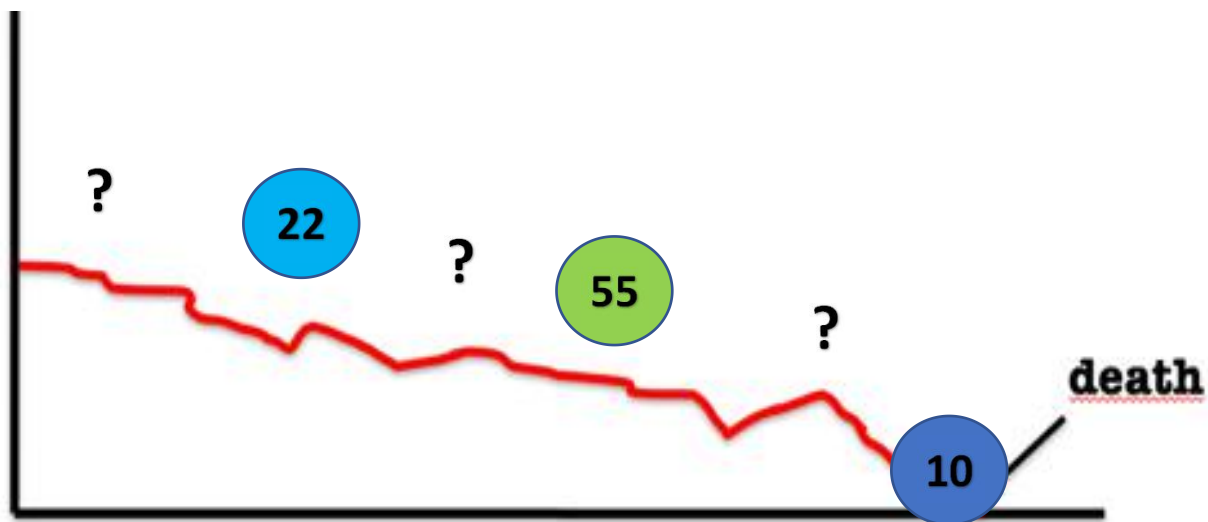
su 300 posti letto totali

	>90	Decadimento P/F	CRONICO AVANZATO	TERMINALE		TOTALE	totale/dipartimento
PS	6	6	14			26	31
Med d'Urgenza			2	1		3	
Rianimazione			2			2	
UCI						/	
geriatria	5	21		5		31	123
cardiologia		1	6			7	
neurologia	1	6		1		8	
nefrologia			12	1		13	
Medicina 6°	5	7	29	2		43	
Medicina 8°	3	6	12			21	
urologia						/	
NCH			1				21
CH. 4°	1	1	6			8	
CH 5°		3	8			13	
ORT	1	2	2				
TOTALE	22	55	94	10		180	

180 pazienti fragili... su 300

- 10 terminali
- 22 grandi anziani
- 55 con demenza

● 94 con patologia cronica avanzata



Quanti necessitano di un trattamento specifico e quanti di una palliazione?

QUANDO L'EMERGENZA

E'

IL FINE VITA

APPROCCIO

CULTURALE



Politrauma

S. coronarica acuta

Stroke

Sepsi

FINE VITA?

L'accettazione della sconfitta è una pratica
che pretendiamo facciano i pazienti,
ma che non fa parte
del nostro atteggiamento di curanti.

CRITICO

**RIFORMULARE IL
CONCETTO DI CRITICITÀ**
in Medicina d'Emergenza Urgenza

Maximally aggressive care:



Scott Weingart

CURATIVE & PALLIATIVE

QUANDO L'EMERGENZA

E'

LA VITA FINO ALLA FINE



1. COMFORT

2. DIGNITÀ

3. SINTOMI

COMFORT

Lasciare il “tempo”

Il dolore può esprimersi in
modi diversi

Aiutare a “sapere che cosa
fare e cosa accadrà”

**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

DIGNITÀ





BISOGNI

fisici

psicosociali

spirituali

BISOGNI

fisici

psicosociali

spirituali

REVIEW ARTICLE

The relation between cultural values, euthanasia, and spiritual care in the Netherlands

Carlo Leget

University of Humanistic Studies, Utrecht, Netherlands

ars moriendi

XV sec

SINTOMI

- DELIRIUM
- DISPNEA
- DOLORE

Start low

Go slow

TERMINALITÀ

SINTOMI

NO

OSSERVAZIONE OGNI 4 ORE

SI

DOLORE

DISPNEA

**AGITAZIONE
PSICOMOTORIA**

MORFINA CLORIDRATO

MIDAZOLAM

NAIVE

IN TERAPIA
OPPIOIDE

NAIVE

IN TERAPIA
BDZ

**MORFINA CL.
2,5 mg**

1/6 x (DOSE + 30%)

MIDAZOLAM 2,5 mg

MIDAZOLAM 5 mg

SINTOMO CONTROLLATO

SINTOMO NON CONTROLLATO

DOSE EFFICACE x 6/I.C. 24h

RIPETERE OGNI 10 – 15'

medicina
d' emergenza
urgenza





travàglio



agonia



“Sei importante perché sei tu
e sei importante fino all’ultimo istante
della tua vita.

Faremo tutto ciò che possiamo
non solo per aiutarti a morire in pace,
ma anche per vivere finché non muori”

— *Cicely Saunders*



XI congresso nazionale

SIMEU

ROMA 24-26 MAGGIO 2018