

LA DECISIONE DI UN PERCORSO

Fabio De Iaco
Torino



XIII congresso nazionale

simeu

GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024

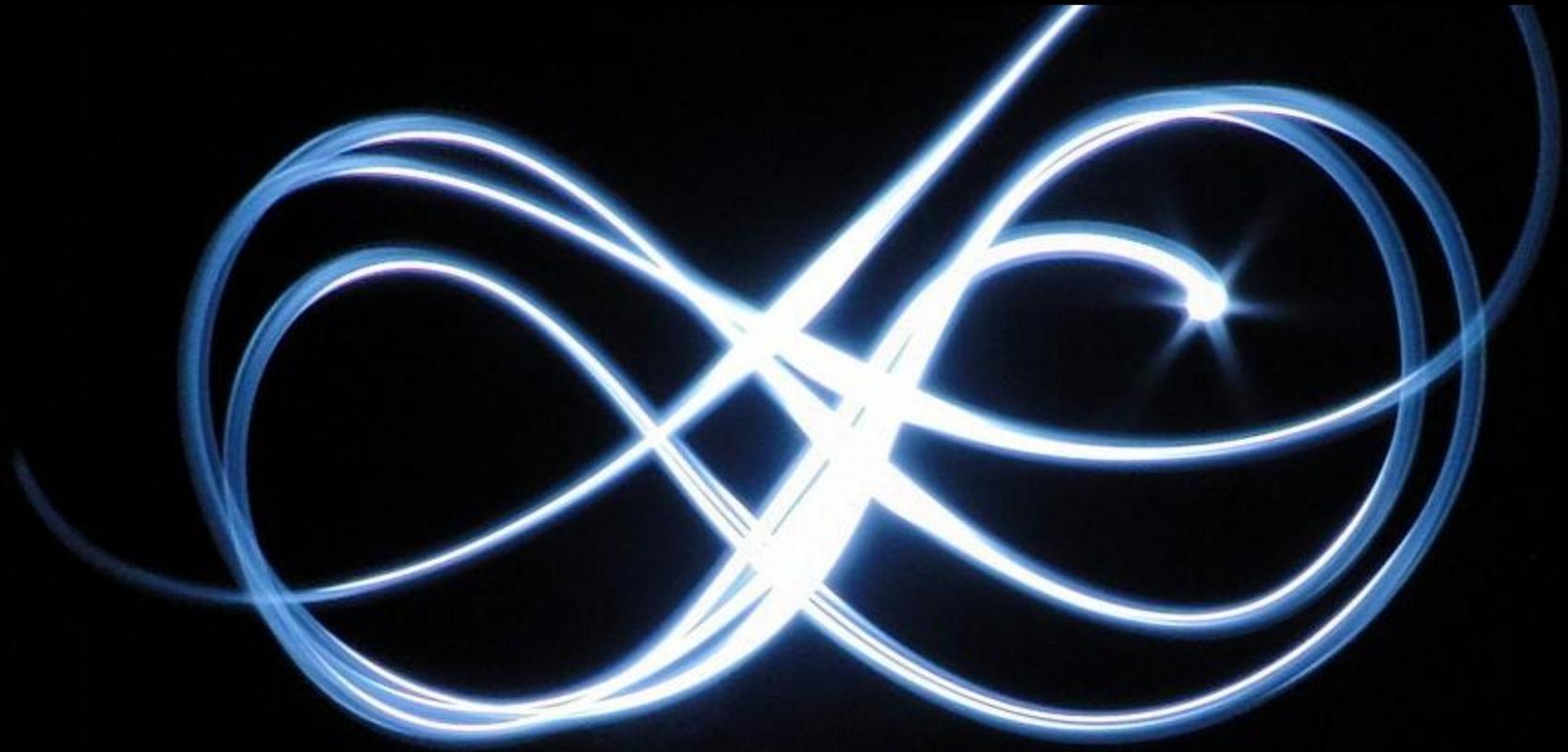


18.000

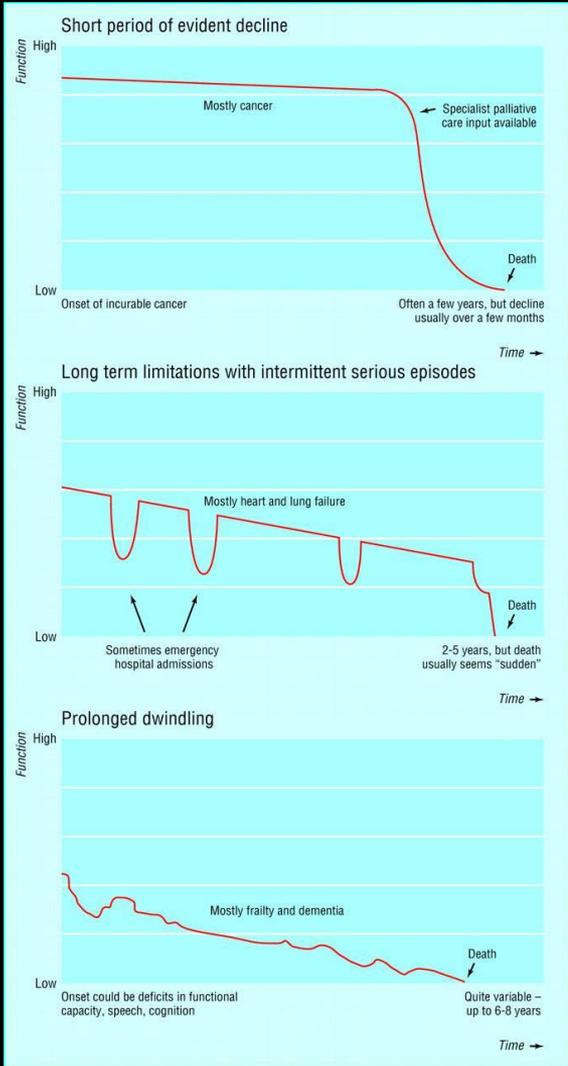
50%

27%

molte domande, a volte troppe



TRAIETTORIE



cancro

insufficienza d'organo

fragilità e demenza

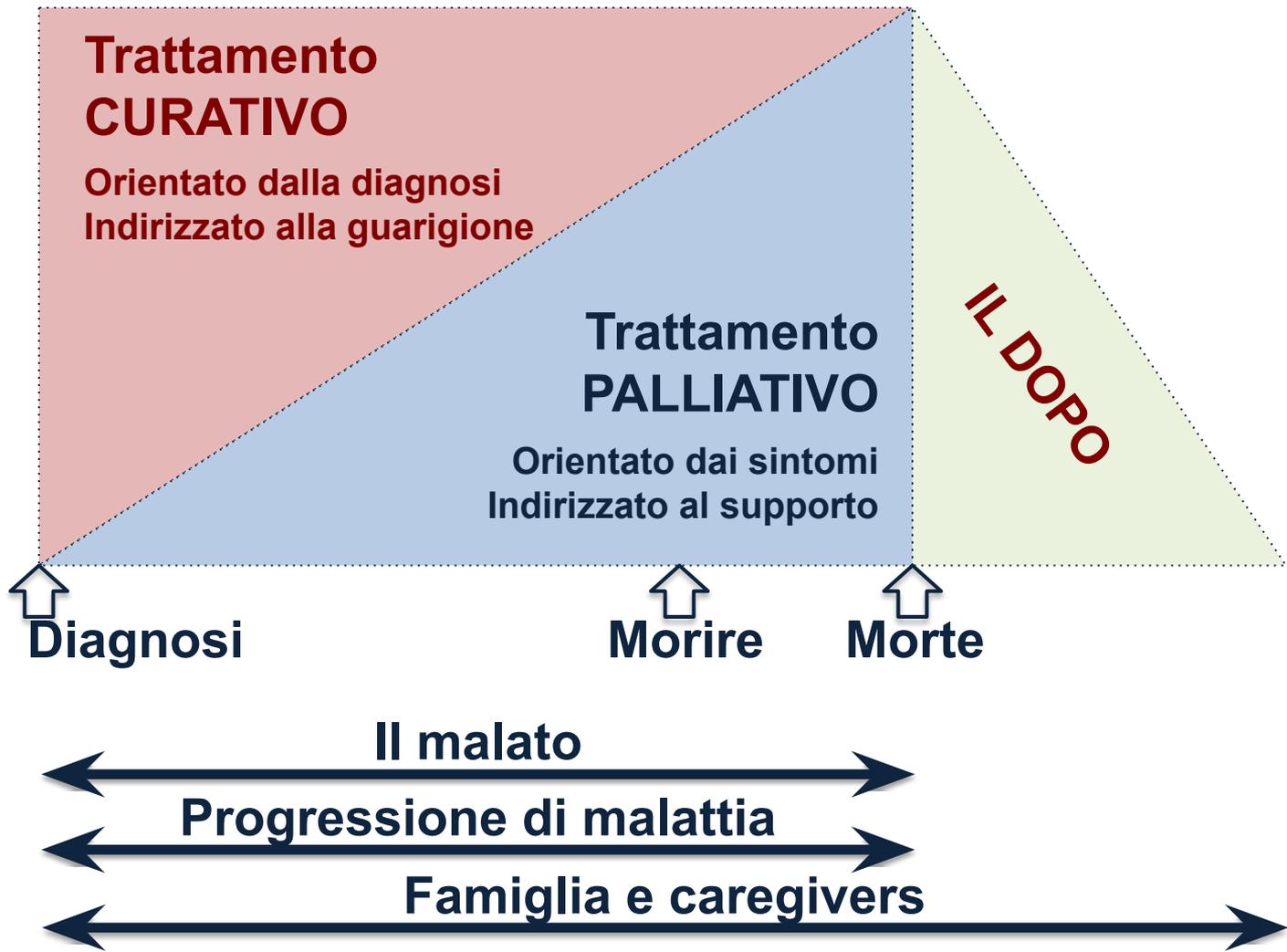
curare o prendersi cura?

quando iniziano le cure palliative?

quando inizia il fine vita?

...e la morte imminente?

CURE PALLIATIVE



FINE VITA

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)

 SIAARTI <small>PRODOTTA COORDINATA COLLABORAZIONE</small>	Italian Resuscitation Council  IRC	 ANMCO <small>ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI</small>
 Em <small>Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza Presidenza SIMEU</small>	 SICP <small>Società Italiana di Cure Palliative</small>	 SIN <small>SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA</small>
 aniarti <small>Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica</small>	 SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE	 AIPO <small>ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI</small>

Tabella 2 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo

INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)	<p>classe NYHA IV > 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata cachessia</p>
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)	<p>età > 70 anni FEV1 < 30% predetto dipendenza dall'ossigeno-terapia >1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità calo ponderale/cachessia ridotta autonomia funzionale aumento dipendenza</p>
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)	<p>età > 70 anni Pattern istologico "UIP" (se noto) dipendenza dall'ossigeno-terapia aspetto radiologico di "Honeycomb" all'HRTC del torace ridotta autonomia funzionale aumento dipendenza</p>
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	<p>età >75 anni neoplasia in stadio avanzato grave malnutrizione patologia cardiaca o polmonare terminale stato vegetativo grave deterioramento cognitivo Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva</p>
STROKE	<p>NIHSS \geq 20 per lesioni sin.; \geq 15 per dx comparsa precoce di cefalea + nausea/vomito prime 6 h ipodensità precoce TC \geq 50% del territorio dell' a. silviana età > 75 anni precedenti ictus fibrillazione atriale compromissione dello stato coscienza all'esordio deviazione coniugata dello sguardo febbre</p>
MALATTIA DI PARKINSON	<p>riduzione di efficacia del trattamento/politerapia farmacologica ridotta indipendenza malattia meno controllabile e meno prevedibile con periodi di "off" discinesie problemi di motilità e cadute disfagia segni psichiatrici</p>
SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA	<p>richiesta diretta del malato e famiglia severa sofferenza psicologica, sociale, spirituale controllo del dolore che richiede elevate dosi di analgesici necessità di alimentazione enterale (PEG, SNG) per disfagia/malnutrizione presenza di dispnea o ipoventilazione con C.V. < 50% o polmoniti da aspirazione perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei. difficoltà nella comunicazione verbale astenia disturbi cognitivi infezioni ricorrenti</p>
DEMENTIA	<p>incapace a camminare senza assistenza e incontinenza urinaria e fecale e conversazione non significativa e incoerente (<6 parole /giorno) e incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS \leq 50%) PIU' UNA O PIU' DELLE SEGUENTI perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi) infezioni ricorrenti del tratto urinario piaghe da decubito (stadio 3 o 4) febbre ricorrente</p>
INSUFFICIENZA EPATICA	<p>ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione non candidabilità a trapianto indice MELD > 25 indice SOFA > 10,5 complicità: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale</p>

Tabella 5 – Criteri clinici generali per inquadrare il malato potenzialmente “end-stage”

© indicatori inclusi empiricamente sulla base dell’esperienza

- ricoveri frequenti per le stesse condizioni (es. > 1 ricovero entro l’anno)^{26, 27, 28, 29, 30, 31}
- provenienza da lungo-degenza, da residenza sanitaria assistita, da domicilio con assistenza ©
- declino nutrizionale (cachessia)³²
- malato anziano, con deficit cognitivo e con frattura di ossa lunghe^{33, 34, 35, 36}
- neoplasia metastatica o localizzata in fase avanzata o allo stadio di incurabilità³⁷
- O₂-Terapia domiciliare, NIMV³¹
- arresto cardiaco extra-ospedaliero recuperato ma a prognosi severa o infausta^{38, 39}
- malati candidati a trapianto ma inidonei a riceverlo per la patologia intercorrente^{40, 41}
- necessità di ricovero in o provenienza da lungo-degenza/riabilitazione^{42, ©}
- malato considerato un potenziale candidato a o già portatore di:
 - * nutrizione artificiale via SNG/ PEG^{43, 44, 45, 46, 47}
 - * tracheotomia⁴⁸
 - * dialisi⁴⁹
 - * LVAD o AICD⁵⁰
 - * trapianto di midollo osseo (malati ad alto rischio)^{51, 52}

the surprising question

Lynn J. Living long in fragile health: the new demographics shape end of life care. *Hast Cent Rep.* 2005;35(7):s14-8

**nuove terapie e
nuove prospettive di sopravvivenza
(?)**

la desistenza nel grande anziano

(?)

MORTE IMMINENTE

Quando il paziente si avvicina alla morte...

**...diventa sempre più stanco, debole o sonnolento
(allettamento prolungato o totale)**

**...é sempre meno interessato a ciò che gli succede intorno
e a ricevere visite**

**...rifiuta cibo e liquidi, ha difficoltà ad assumere la terapia
per bocca**

**...é spesso confuso, agitato; altera il ritmo sonno-veglia;
talora presenta un franco delirio**

Bei sogni

Incubi

Deliri

Mamma

Sindrome della morte imminente

I segni di morte imminente, possono includere, ma non sono limitati a:

- progressiva debolezza;
- allettamento;
- sonnolenza per la maggior parte del tempo;
- diminuzione dell'assunzione di cibo e liquidi;
- riduzione della produzione e/o ipercromia dell'urina;
- difficoltà a deglutire (disfagia);
- delirio non correlato a cause reversibili;
- diminuzione del livello di coscienza non correlato ad altre cause;
- respirazione rumorosa/eccessiva secrezione del tratto respiratorio;
- cambiamento del pattern (modalità) della respirazione (respirazione di Cheyne-Stokes, periodi di apnea);
- chiazze e raffreddamento delle estremità.

Tipo d'evidenza: IIb-IV

Segni	Ore prima della morte	
	Media	Mediana
Rantolo tracheale	57	23
Respirazione difficile con movimenti mandibolari	7.6	2.5
Cianosi periferica	5.1	1.0
Assenza di polso radiale	2.6	1.0

Morita et al, Am J Hosp Pall Care, 1998

Anuria (globo vescicale?)

Ipersecrezione bronchiale, rantoli (aspettativa < 48 ore)

Pause respiratorie crescenti (aspettativa < 8 ore)

Polsi periferici non rilevabili

the parental question

NON DA SOLI

l'infermiere

il collega in turno

il curante

il consulente

il palliativista

...

il paziente
il care giver

BECOMING A PHYSICIAN

Freedom from the Tyranny of Choice — Teaching the End-of-Life Conversation

Daniela Lamas, M.D., and Lisa Rosenbaum, M.D.

NEJM, 2012

la conversazione di fine vita

il malinteso del consenso informato

...tra doveri e competenza

conoscenze

abilità

attitudini



competenza

le decisioni, prima o poi

LINEE GUIDA

LINEE GUIDA SULLA
SEDAZIONE PALLIATIVA
NELL'ADULTO

LINEA GUIDA 2023



SIARTI
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER



<https://www.iss.it/en/-/snlg-sedazione-palliativa-adulto>

«La sedazione palliativa è una procedura terapeutica mirata a controllare sofferenze causate da sintomi refrattari che insorgono nella fase avanzata o terminale di malattia o dalla sospensione di trattamenti di sostegno vitale.»

L. 22 dicembre 2019

Art.2, comma 2

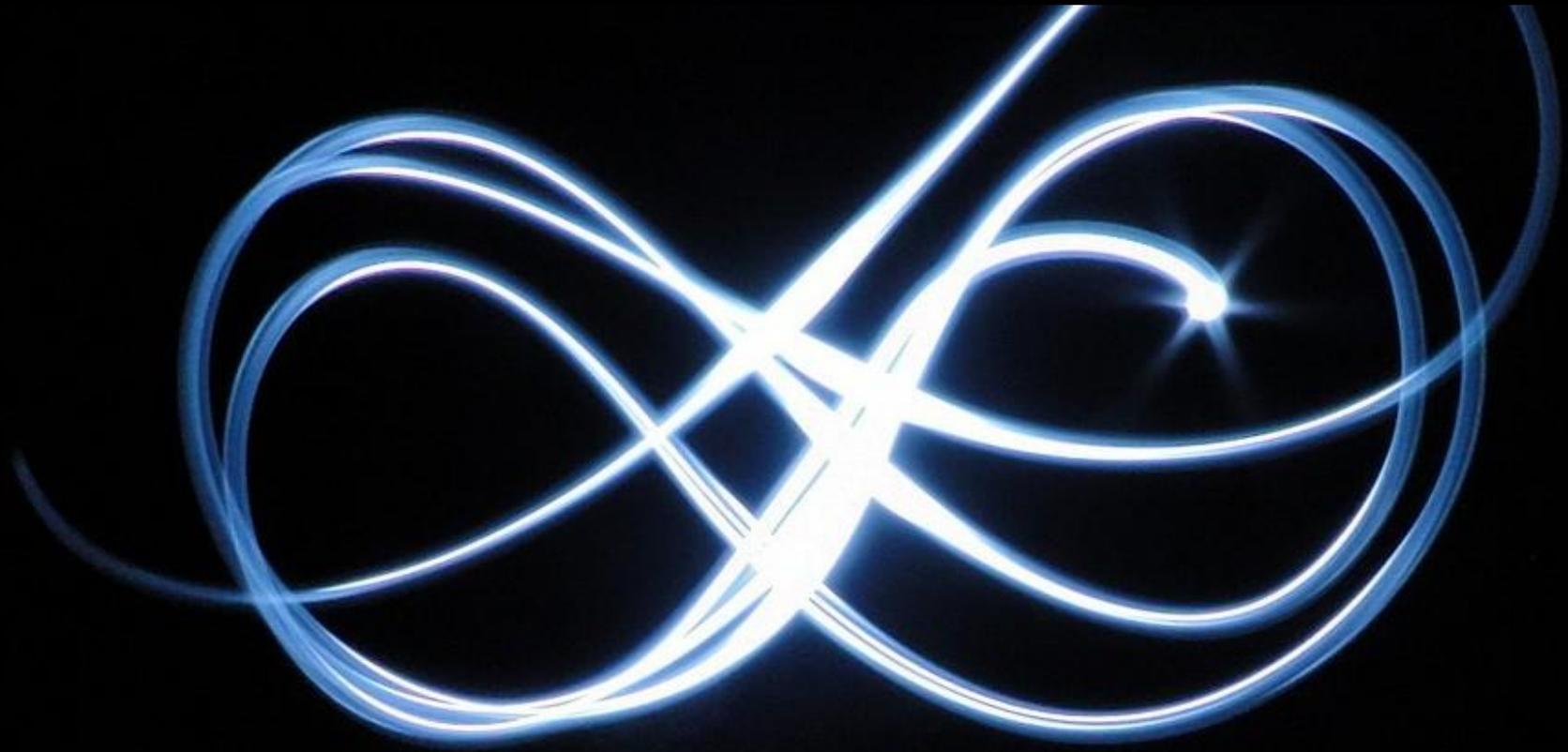
...in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

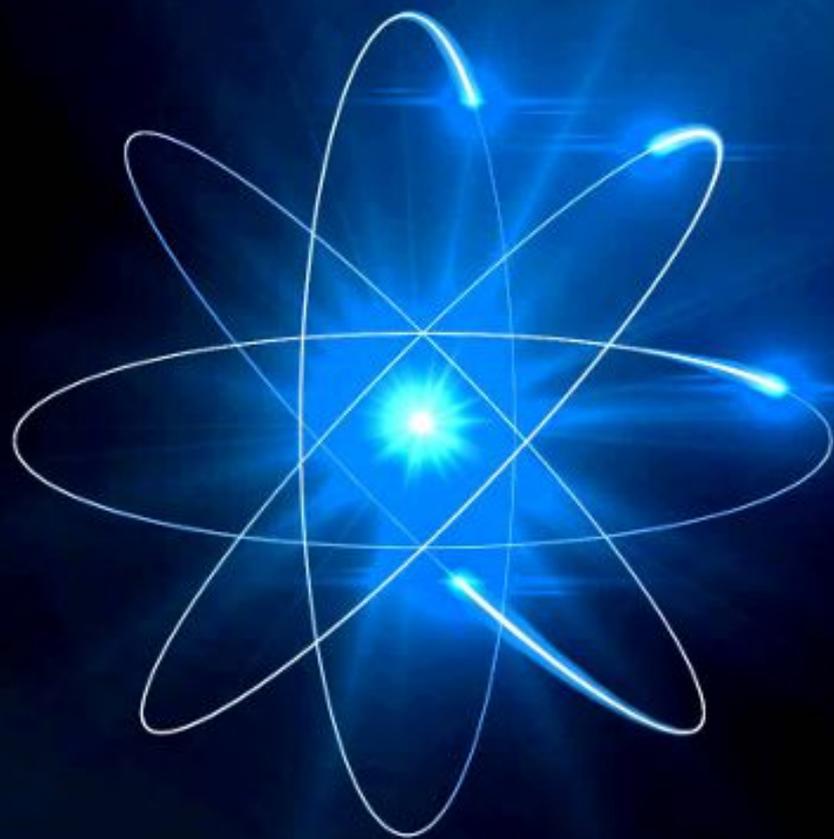
L. 22 dicembre 2019

Art.2, comma 3

Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

**il numero delle risposte
non corrisponde
a quello delle domande**





«lei mi deve uccidere»

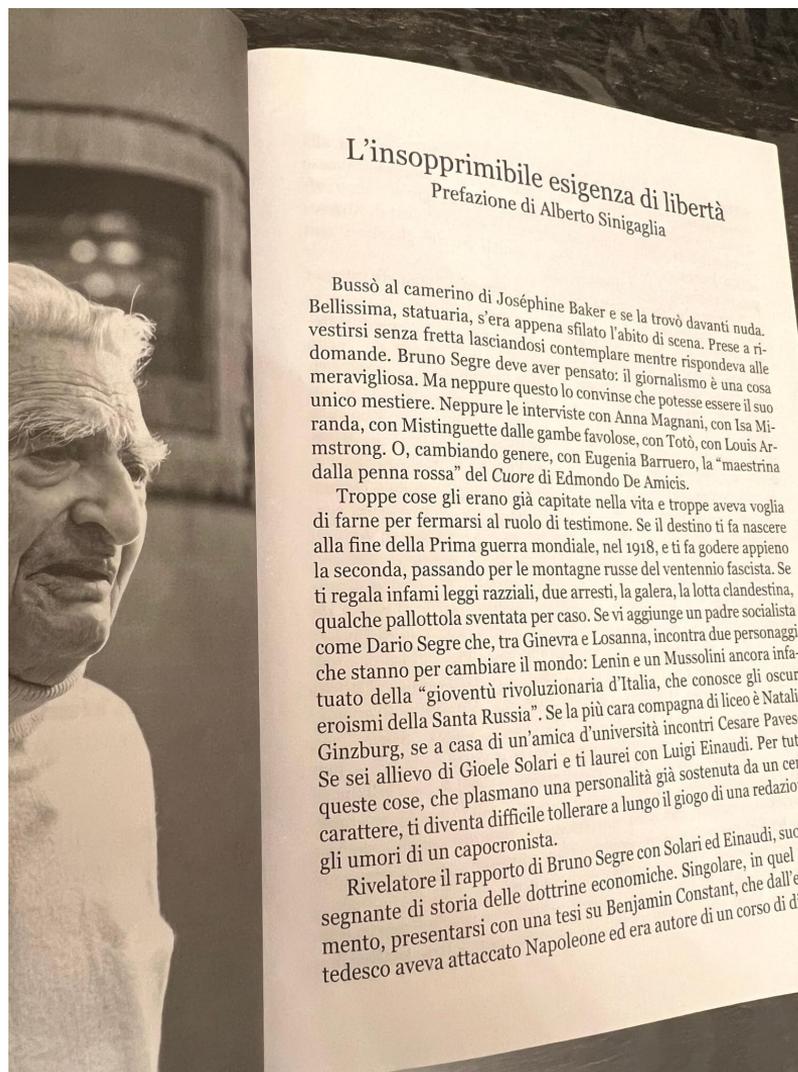
Morto a Torino Bruno Segre, aveva 105 anni: avvocato, giornalista, partigiano e difensore di libertà e democrazia

«Fu protagonista della Resistenza, e alfiere dei diritti civili e delle ragioni dei più deboli»

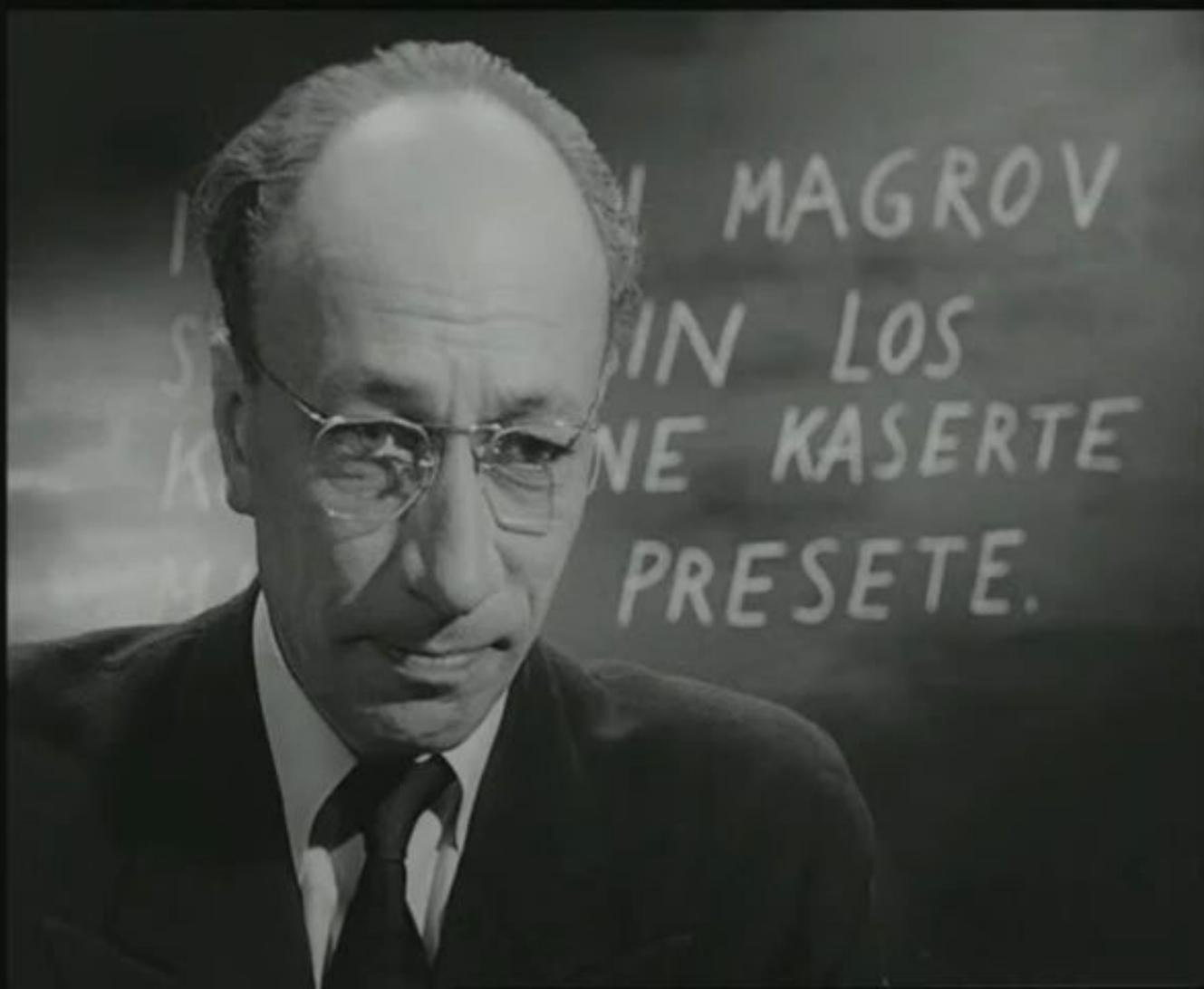
PAOLO VARETTO

27 Gennaio 2024 | 1 minuti di lettura

Aggiornato alle 12:49



l'obiezione di coscienza non è un'opzione



Prima regola delle CP in MEU:

**Esistono posti
molto migliori
del Pronto Soccorso**

Seconda regola delle CP in MEU:

**Esistono specialisti
molto migliori
di noi**

Terza regola delle CP in MEU:

**Spesso l'unico posto
e l'unico specialista
sei TU**

**chi ritiene di poter
evitare queste
domande è pregato di
abbandonare l'aula**