

**EMERGENZE**

**PALLIATIVISTICHE**



XIII congresso nazionale

**simeu**

GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024



*“pallium”*



*“hospitium”*

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

---

SIAARTI - COMMISSIONE DI BIOETICA

---



**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

---

Assistenza umanizzata

Sia le cure palliative che la medicina d'urgenza pongono enfasi sull'assistenza umanizzata, mirando a trattare i pazienti con dignità, rispettando i loro desideri e i bisogni di conforto emotivo.

Gestione del dolore

Entrambe le discipline si concentrano sulla gestione del dolore e su altri sintomi gravi, fornendo sollievo immediato nei casi di emergenza e un comfort costante nelle cure palliative.

# CURE PALLIATIVE E URGENZA



DIVERSE MA CON OBIETTIVI DI ASSISTENZA COMUNI

Decisioni rapide

Medici nelle cure palliative e nella medicina d'urgenza devono spesso prendere decisioni rapide e critiche, basate sull'etica e la volontà del paziente, soprattutto in situazioni di fine vita.

Approccio  
interdisciplinare

Si avvalgono di un approccio interdisciplinare, coinvolgendo diversi professionisti per garantire una cura olistica del paziente, che include supporto fisico, psicologico e sociale.

Formazione specifica

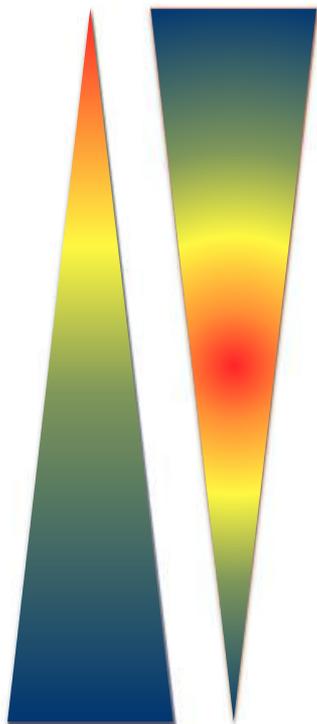
I professionisti in entrambi i campi richiedono una formazione specifica che include competenze in comunicazione, gestione dello stress e capacità di lavorare in situazioni di alta pressione.



# ChatGPT



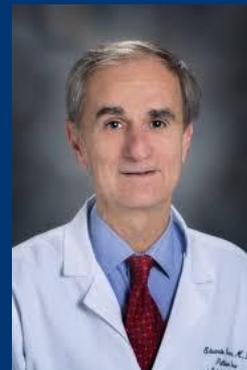
URGENCY



IMPORTANCE

- Red** Physical Symptoms: Pain, Dyspnea, Nausea, Other Delirium  
Depression (Suicide Risk)
- Orange** Constipation  
Physical Symptoms: Insomnia, Fatigue, Sedation  
Emotional: Anxiety, Depression  
Nutrition
- Green** Physical - Social Function  
Family Structure & Function  
Financial  
Spiritual  
Advanced Care Planning
- Blue** LEGACY - Dignity Therapy  
Meaning - Logotherapy  
Symbolic Immortality  
Well-being  
Sources of Joy

*"Palliative and person centered care"*  
Eduardo Bruera



XIII congresso nazionale

**simeu**

GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024



Blue

LEGACY - Dignity Therapy  
Meaning - Logotherapy  
Symbolic Immortality  
Well-being  
Sources of Joy

**LA TERAPIA DELLA DIGNITA’:** è un intervento breve e personalizzato progettato per generare un senso di significato e scopo tra i pazienti con malattie terminali, riducendone così il disagio.

**IMMORTALITA’ SIMBOLICA:** si riferisce a ciò che rimane della nostra vita dopo la morte (materiali o effimeri)

**LOGOTERAPIA :** Processo analitico per assistere la persona nella ricerca del significato nel suo

percorso di vita (doula)

**FONTI DI GIOIA**

<b>A</b>	<b>Advanced Care Directives</b>	Acquisisci le direttive direttamente dal paziente, se possibile. Ci sono DAT? Discuti con il paziente e verifica che non siano variate
<b>B</b>	<b>Better</b>	Fa' ciò che puoi per lui: dolore, idratazione, vomito, ecc.
<b>C</b>	<b>Caregiver</b>	Individualo, interrogalo, coinvolgilo
<b>D</b>	<b>Decision</b>	Determina l'obiettivo di cura attraverso la condivisione

<b>A</b>	<b>Advanced Care Directives</b>	<b>ACCERTATI</b>
<b>B</b>	<b>Better</b>	<b>BASTA SOFFRIRE</b>
<b>C</b>	<b>Caregiver</b>	<b>CHI C'È?</b>
<b>D</b>	<b>Decision</b>	<b>DECIDI</b>

**ANTONINO 48 anni**

Dicembre 2022

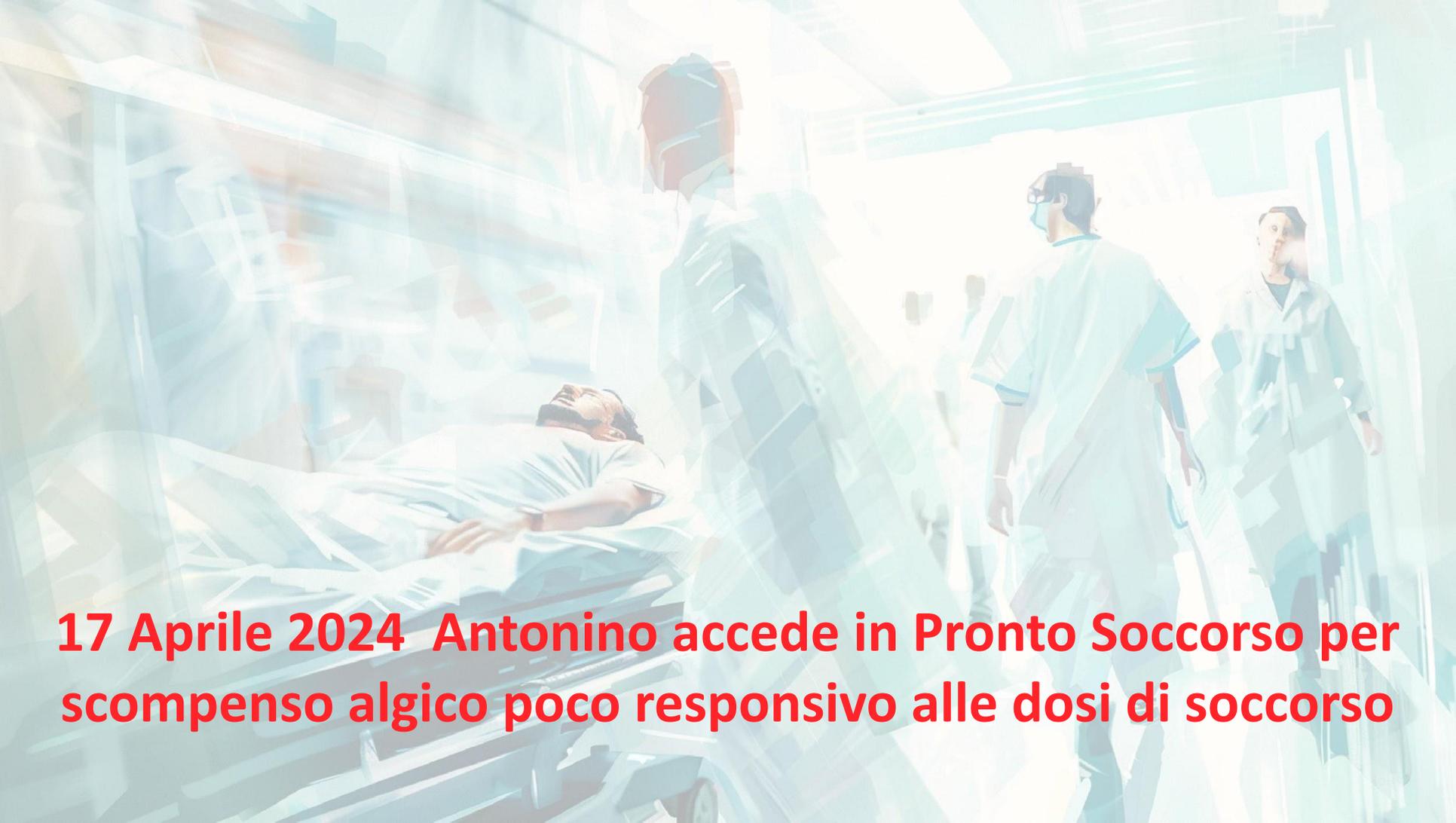
Diagnosi di AdenoK del pancreas sottoposto a CT ma mai aggregabile chirurgicamente

Marzo 2024

Indicazione terapia palliativa per progressione di malattia.  
Avviata terapia con elastomero per dolore di difficile controllo.

Aprile 2024

Alcoolizzazione del plesso celiaco con successiva esarcerbazione del dolore



**17 Aprile 2024 Antonino accede in Pronto Soccorso per  
scompenso algico poco responsivo alle dosi di soccorso**

- OSSICODONE in elastomero 192 mg /die

da mezzanotte ha fatto :

- 40 mg di morfina sc ore 7 e ore 18 (dose rescue)
- 20 + 20 + 20 di Ossicodone ogni 3 ore
- En 2 mg alle ore 18



Prima regola delle CP in MEU:

**Esistono posti  
molto migliori  
del Pronto Soccorso**

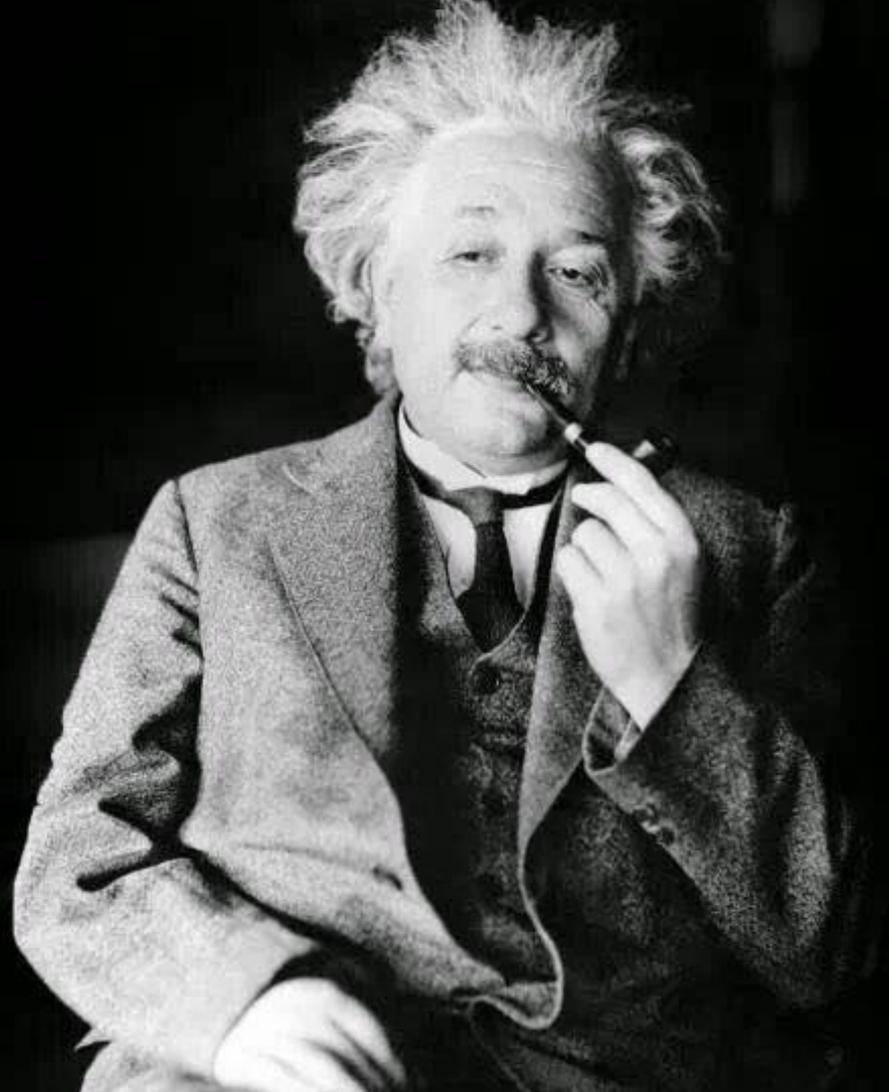
Seconda regola delle CP in MEU:

**Esistono specialisti  
molto migliori  
di noi**

Terza regola delle CP in MEU:

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

- OSSICODONE in elastomero 192 mg /die
- 40 mg di morfina ev come RD
- Midazolam 90 mg nelle 24 ore
- Ketamina 0,2 mg/Kg/h a dosaggio analgesico



È più facile spezzare  
un atomo che un  
pregiudizio.

Albert Einstein



**I CAN'T  
KEEP  
CALM  
I'M A  
BED  
MANAGER**

*ma è un paziente  
da medicina d'urgenza??..*

**«malato critico» ?**

- APACHE



SOFA



NAS



*un altro tossico?*



**1** **Identifica**  
le necessità cliniche

**2** **Concorda**  
un obiettivo di cura

**3** **Tratta**

**1**

**Identifica le necessità cliniche**



# Le parole delle Cure Palliative



## Dolore Totale

Il dolore totale è un concetto fondamentale delle cure palliative, introdotto da una delle fondatrici della disciplina, la britannica Cicely Saunders: infermiera, medico e assistente sociale, nella seconda metà degli Anni Sessanta fondò a Londra il primo Hospice e diede vita al movimento moderno delle cure palliative. Per dolore totale si intende uno stato di sofferenza della persona malata che riguarda aspetti fisici, psichici, sociali e spirituali.

**2**

**Concorda un obiettivo di cura**

ANTONINO NATALE  
**Gli occhi del gufo**



Presentazione di  
**Gli occhi del gufo**

di Antonino NATALE

(Casa editrice Il Passeggero)

*Romanzo vincitore del concorso "L'avvelenata", sezione per romanzi inediti*

**LIBRERIA IL PONTE SULLA DORA**

Via Pisa 4B, Torino

**30 Aprile 2024, h 18:30**

Moderatore Tommaso **BOBBIO** Letture di Viola **ZANGIROLAMI**

Intermezzi musicali di Matteo **DE SIMONE**

Sarà presente l'autore

**3**

**Tratta**

# Metadone e dolore

## UTILIZZO

nei **pazienti oncologici**

come **oppioidi di seconda linea** nei pazienti refrattari a trattamenti con altri **oppioidi** (rotazione a causa di inefficacia e/o effetti collaterali intollerabili di altri oppioidi)

efficace nel trattamento del **dolore con componente neuropatica** (agisce sui Rec NMDA) e nell'**iperalgnesia da oppiacei**

nel trattamento del **dolore PERIOPERATORIO**

# Metadone e dolore

## Poco utilizzato

**Farmacocinetica** altamente **variabile** nella popolazione e lunga emivita di eliminazione (15-60 ore) → accumulo a seguito di dosi ripetute, con **ampie variazioni interindividuali** → **aggiustamento del dosaggio**

### Attività analgesica minore dell'emivita

la **durata d'azione è variabile e prolungata**, può oscillare **tra le 12 e le 150 ore dopo una singola dose**.  
Lo steady state può essere raggiunto dopo un giorno o dopo una settimana e ciò può essere spiegato dalle variazioni del **citocromo P450 3A (CYP3A)** e dall'attività di legame con  **$\alpha$ 1-lipoproteina**.

→ il metadone è inadatto come trattamento di prima linea nel dolore acuto.

192 mg/die di Ossicodone ev

corrispondono a

760 mg/die di Morfina per os



# OPP-APP CONVERTER

## ⇌ Equianalgesia Conversioni possibili



Conversione e calcolo  
della rescue dose



Gestione d'emergenza

Qui è possibile convertire la dose di uno o più oppiacei nella dose di un terzo oppiaceo.

È anche possibile calcolare la rescue dose, cioè la dose che serve nel trattamento d'emergenza del dolore in un paziente che è già sotto terapia con oppiacei e che corrisponde a 1/6 (circa il 15%) della dose giornaliera dell'oppiaceo da somministrare come dose di soccorso.

Informazioni utili per la gestione d'emergenza con oppiacei.

**Questo strumento si basa sulla seguente pubblicazione:**

*De Iaco, F., Mannaioni, G., Serra, S., Finco, G., Sartori, S., Gandolfo, E., Sansone, P., & Marinangeli, F. (2022). Equianalgesia, opioid switch and opioid association in different clinical settings: a narrative review. European Review for Medical and*

# Metadone e Rotazione (orale)

## Helpful Tips

Daily oral morphine dose	Morphine: methadone	
	Mercadante <sup>27</sup>	
30-90 mg	4:1	
90-300 mg	8:1	
> 300 mg	12:1	
	Ayonrinde <sup>36</sup>	Gazelle <sup>37</sup>
< 100 mg	3:1	4:1
101-300 mg	5:1	6.7:1
301-600 mg	10:1	13.3:1
601-800 mg	12:1	15.4:1
801-1000 mg	15:1	20:1
> 1000 mg	20:1	26.7:1
	Storey <sup>38</sup>	
< 30 mg	2:1	
30-100 mg	4:1	
100-299 mg	8:1	
300-499 mg	10:1	
500-999 mg	15:1	
> 1000 mg	20:1	

Practical recommendations:

- Start equianalgesia by dividing the converted daily amount of methadone into 3 doses;
- For non-tolerant opioid patients consider an initial 75% down titration of the calculated dose;
- Proper monitoring for overdose (RAS or SAS and O2 saturation) and opiate withdrawal (through COWS every 4 hours) should be regularly performed to modulate the dose;
- With levomethadone, calculate racemic oral methadone dose from morphine and use half a dose of the conversion;
- With parenteral methadone, use half a dose of the calculated oral methadone dose and divide this amount into 2-4 equal daily muscular administrations.

Il metadone è 4 volte più potente della morfina in pz in trattamento con dosi d morfina 30-40 mg/die; 8 volte più potente nei pz in trattamento con dosi di morfina tra 90-300 mg/die; 12 volte più potente nei pz che assumono dosi di morfina > 300 mg/die.

$760 / 12 = \text{circa } 60 \text{ mg di metadone}$

$60 / 3 = 20 \text{ mg ogni } 8 \text{ ore}$

# Rotazione degli oppiacei: il «METODO»

## Conversione graduale

- Si riduce progressivamente la posologia del “vecchio” oppiaceo inserendo gradualmente il “nuovo” oppiaceo (riduzione del 30% per giorno del 1° oppiaceo e aggiungendo 1/3 della dose calcolata di metadone)

### Sconsigliabile perché:

- Poco pratica
- Procedura prolungata (ed il paziente non può attendere il risultato dei nostri “esperimenti” ...)

**“This approach may result in a prolongation of the time to achieve the expected clinical outcome, requiring 3–11 days, that in some cases can be not timely for the extreme suffering of patients.”**

## “Stop and go”

- Si sospende il “vecchio” oppiaceo e si inserisce subito il “nuovo” oppiaceo

### Consigliabile perché:

- Pratico e rapido, viene incontro alle esigenze non procrastinabili dei pazienti

**“This approach provides obvious pharmacokinetic advantages, producing rapid changes of plasma concentration of the opioids in the two directions, avoiding to facing the complex effects of two drugs given together at the same time. This technique, however, requires much experience and careful monitoring in a protected environment.”**



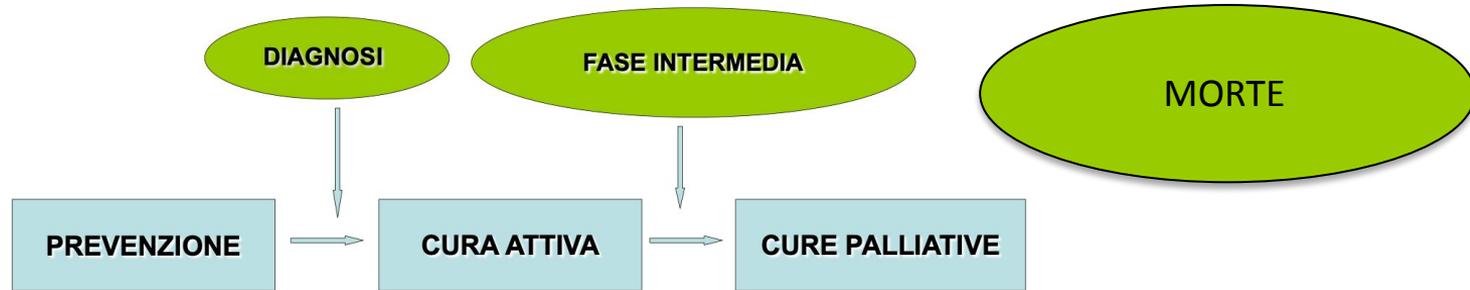
Sabato a pranzo : il secondo giorno di terapia

scelte





## Il percorso ... dalla diagnosi alle cure palliative



LE FASI DI MAGGIOR «**SOFFERENZA**» SONO QUELLE DEI «**PASSAGGI**»

# RICALCOLO...



**SURPRISE QUESTION**

# **PARENTAL QUESTION**









**vita**



XIII congresso nazionale

**simeu**

GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024

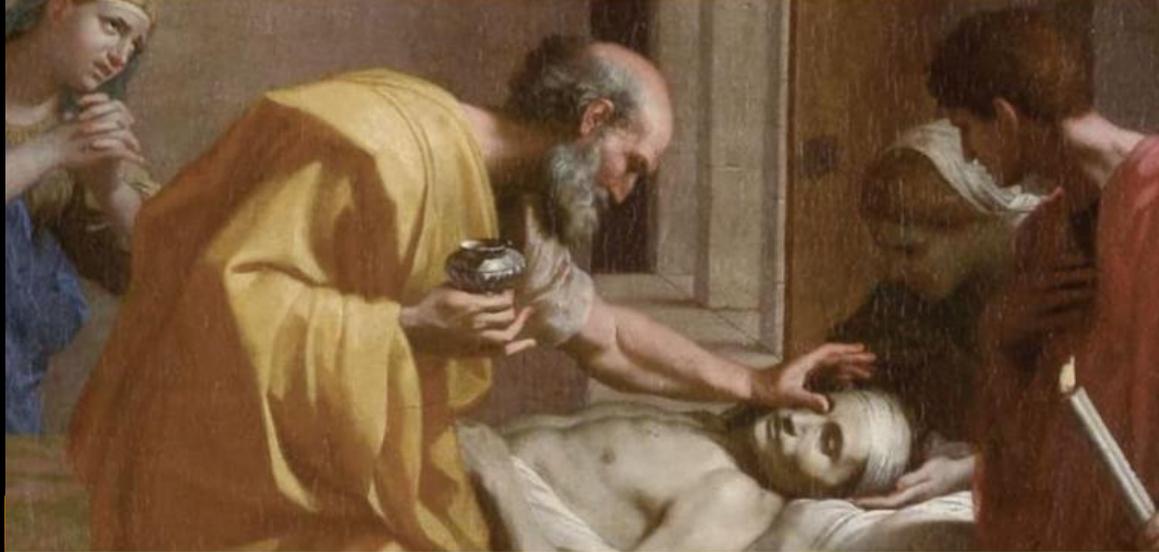


*“To cure sometimes, to alleviate frequently,  
to comfort always.”*

**Unknown 15th Century**



**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**



## UN TEMPO

*FAMILIARE (pubblica)*

*PREVENTIVATA (ars moriendi)*

*paura per la morte improvvisa*

*ESITO NATURALE*

*Medico come comunicatore*

*PADRONE ASSOLUTO*

*“sentendo avvicinarsi la morte”*

a partire dalla fine del 18 esimo secolo

## OGGI

**INDIVIDUALE (privata)**

**TABU' (imbarazzo)**

**auspicata**

**ESITO DI MALATTIA**

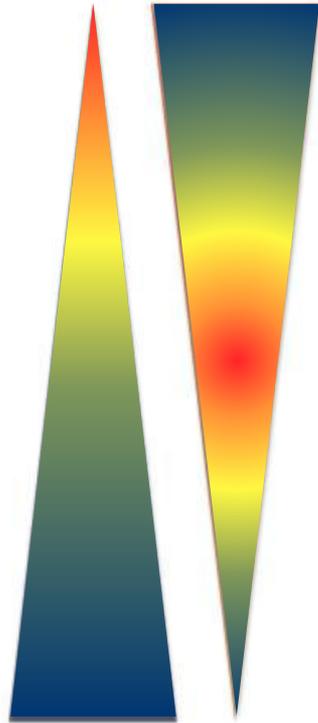
**PARLA SOLO SE INTERROG**

**SPETTATORE PASSIVO**

**“non accorgersi di morire”**

*"Palliative and person centered care"*  
Eduardo Bruera

URGENCY



Red Physical Symptoms: Pain, Dyspnea,  
Nausea, Other Delirium  
Depression (Suicide Risk)

Orange Constipation  
Physical Symptoms: Insomnia,  
Fatigue, Sedation  
Emotional: Anxiety, Depression  
Nutrition

Green Physical - Social Function  
Family Structure & Function  
Financial  
Spiritual  
Advanced Care Planning

Blue LEGACY - Dignity Therapy  
Meaning - Logotherapy  
Symbolic Immortality  
Well-being  
Sources of Joy



XIII congresso nazionale

**simeu**

GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024

IMPORTANCE