

Percorsi End Stage nei pazienti anziani in CRA:

Esperienza di condivisione tra PS di area rurale e Medicina del Territorio

NAPOLI 20/11/2016 (ore 9.20)



Obiettivo della proposta

Condivisione e successiva implementazione, nell' ambito delle Case Residenza per anziani del Distretto di Mirandola Area Nord Ausl di Modena, di un percorso clinico-assistenziale finalizzato a orientare la scelta fra un **trattamento intensivo o un trattamento palliativo nel paziente con **insufficienza cronica potenzialmente "end-stage"****

L'essenza della celebrità il filosofo e l'elogio di Kim: è più sincera di Angelina

La storia Le 401 maratone di Ben contro il bullismo «Così mi sono salvato»

Emergenza e ospedali IL RISPETTO NEGATO AI DOLORE

Sempre più italiani all'estero

Nel 2015 espatriati in 107 mila, un terzo giovani. Mattarella: facciamoli tornare

Il presidente Mattarella ha detto che il governo deve essere più aperto e flessibile «contro il populismo»

Il referendum e Confalonieri: ora fa fino dire «io voto no»



Il ministro della Giustizia ha detto che il governo deve essere più aperto e flessibile «contro il populismo»

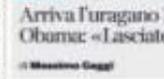
Arrivano in Florida Oltre cento morti ad Haiti



Arriva l'uragano Matthew Obama: «Lasciate le case»

La lezione degli studenti «Prof non farci copiare»

Caprotti e il testamento: «Mai alle coop»



Risveglio azzurro La Spagna trema

La tua seconda pelle. STONEFLY

Il referendum e Confalonieri: ora fa fino dire «io voto no»

Arrivano in Florida Oltre cento morti ad Haiti

Arriva l'uragano Matthew Obama: «Lasciate le case»

La lezione degli studenti «Prof non farci copiare»

Il referendum e Confalonieri: ora fa fino dire «io voto no»

Il ministro della Giustizia ha detto che il governo deve essere più aperto e flessibile «contro il populismo»

Coppia dell'acido, il figlio di 14 mesi dato in adozione

La lezione degli studenti «Prof non farci copiare»

La tua seconda pelle. STONEFLY

La tua seconda pelle. STONEFLY

LA SERA

Seconda Copia del 100% rispetto al 2014. Cristoforetti e Piacentini: così siamo rientrati

L'essenza della celebrità il filosofo e l'elogio di Kim: è più sincera di Angelina

La storia Le 401 maratone di Ben contro il bullismo «Così mi sono salvato»

Sempre più italiani all'estero

espatriati in 107 mila, un terzo giovani. Mattarella: facciamoli tornare

Il referendum e Confalonieri: ora fa fino dire «io voto no»

Il ministro della Giustizia ha detto che il governo deve essere più aperto e flessibile «contro il populismo»



Il ministro della Giustizia ha detto che il governo deve essere più aperto e flessibile «contro il populismo»

Arrivano in Florida Oltre cento morti ad Haiti

Arriva l'uragano Matthew Obama: «Lasciate le case»

La lezione degli studenti «Prof non farci copiare»



Arriva l'uragano Matthew Obama: «Lasciate le case»

La lezione degli studenti «Prof non farci copiare»

Accessi inappropriati in Pronto soccorso: «ricetta» contro il maggior rischio di errori

L' utilizzo improprio del Pronto soccorso attraverso la richiesta di erogazione di prestazioni sanitarie inappropriate, che nulla hanno a che vedere con le finalità prioritarie

quotidiano **sanità**.it

Venerdì 07 OTTOBRE 2016

San Camillo. Maturani (Pd): “Bene indagini, ma forse sarebbe bastato coinvolgere servizio sociale”

Pronto soc corso per problemi non urgenti è a testata tra il 9% e il 54,1% negli Usa, tra il 25,5% e il 60% in Canada, tra il 19,6% e il 40,9% in

quotidiano **sanità**.it

Venerdì 07 OTTOBRE 2016

San Camillo. Gelli (Pd): “Il paziente doveva essere indirizzato verso un Hospice. Ancora poco conosciuta legge su cure palliative”

PRIMO PIANO **Sanità** 18-24 ottobre 2016

Studio AmTrust su 45mila richieste di risarcimento danni in 97 strutture pubbliche

Decessi H, il peso della medmal

Negli ospedali con meno ricoveri +30% di casi - Più esposto il Meridione

Anno di decorrenza	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2010	10%	11%	12%	13%	14%	15%
2015	18%	17%	16%	15%	14%	13%

Regione	Decessi
Nord	44%
Centro	31%
Sud	19%
Isole	6%

35mila euro
Liquidi in media per la cura di un paziente in Pronto Soccorso

Conoscete
Accessi inappropriati in Pronto soccorso: «ricetta» contro il maggior rischio di errori

Una di Casa
Spiega l'11 a Casa

Popolazione	Bisogno salute	Informazione, auto determinazione, empowerment	Risposte "core"	Obiettivi
Giovani in salute	<ul style="list-style-type: none"> ↑ domanda "bisogno percepito" → patologie acute precoce specialistica 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ domanda informata e mirata di prestazioni sanitarie 	<ul style="list-style-type: none"> Fast Track See and Treat 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ tempi di attesa ↓ tempi totali di assistenza ↑ tempo sensibili ↑ percezione
Età intermedia in buono stato di salute con fattori di rischio	<ul style="list-style-type: none"> ↑ patologie acute precoce specialistica → domanda "bisogno percepito" 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ domanda informata e mirata di prestazioni sanitarie ↑ screening 	<ul style="list-style-type: none"> Fast Track See and Treat 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ tempi di attesa ↓ tempi totali di assistenza ↑ tempo sensibili ↑ percezione
Pazienti cronici o grandi anziani con comorbilità e fragilità	<ul style="list-style-type: none"> ↑ accessi frequenti e ripetuti ↑ quadri clinici spesso complicati e percorsi diagnostici e terapeutici non ben chiari e non definiti ↓ attivazione specialistica 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ domanda informata e mirata di prestazioni sanitarie 	<ul style="list-style-type: none"> Medico di PS OBI Bed Manager 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ sicurezza ↓ errori ↓ tempi totali di assistenza
Pazienti cronici nei loro ultimi mesi di vita	<ul style="list-style-type: none"> ↑ accessi frequenti e ripetuti ↑ quadri clinici complessi ma con percorsi chiari e definiti 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Difficoltà dimettere, posto letto, aggancio sul territorio 	<ul style="list-style-type: none"> Medico di PS Case Manager 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ dimettere in sicurezza i pazienti fragili ↑ sicurezza ↓ errori ↓ tempi totali di assistenza

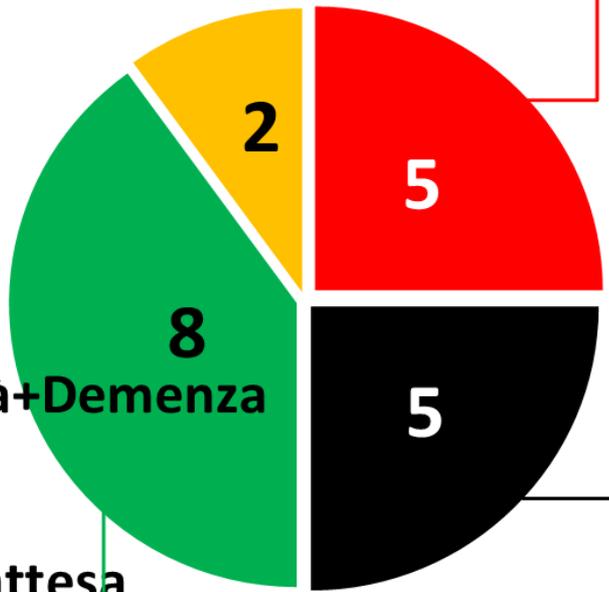
Proporzione delle cause di morte/anno
(su 20 decessi/MMG/anno)

■ Cancro

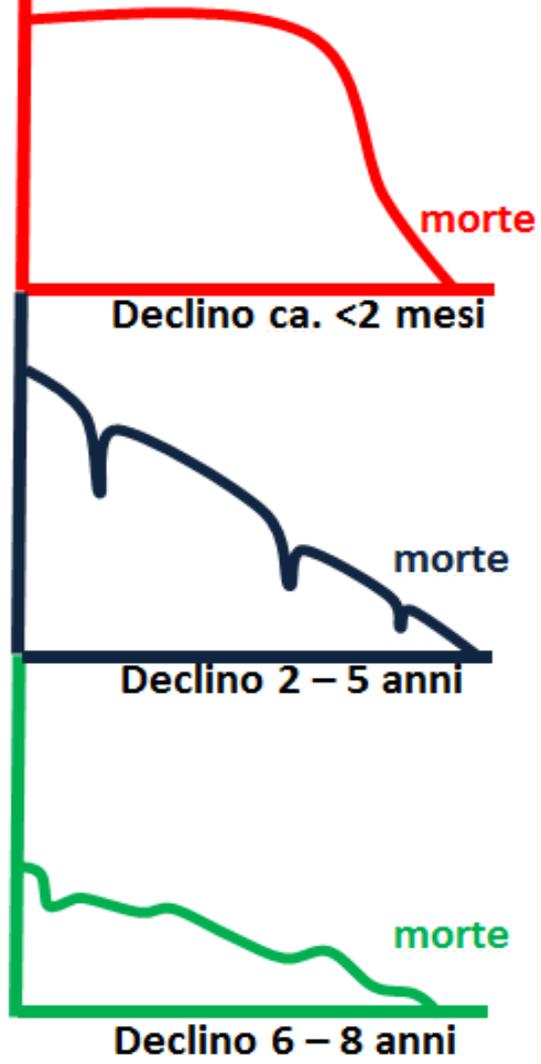
■ Insuff. Croniche

■ Fragilità+Comorbidità+Demenza

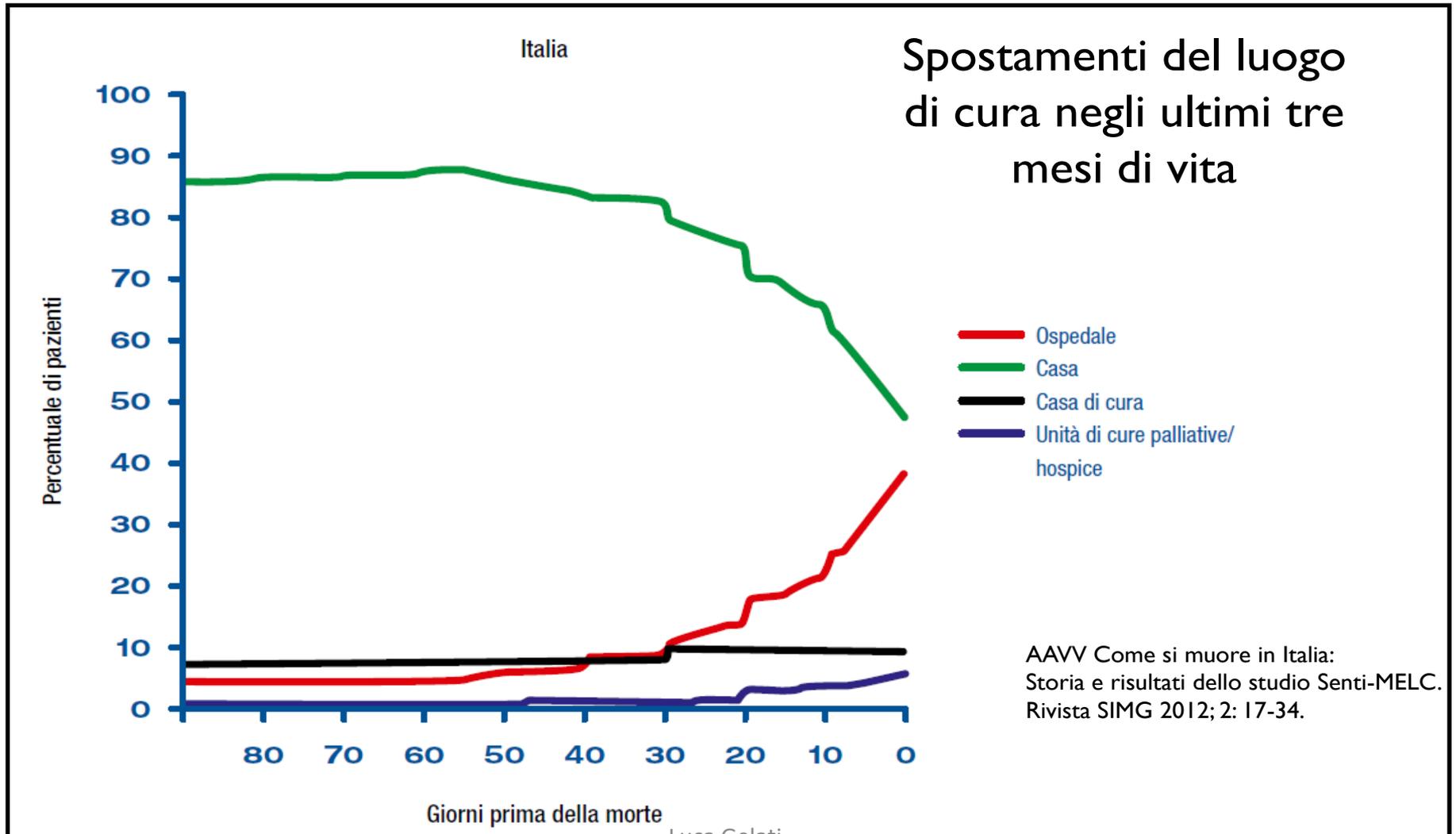
■ Morte improvvisa inattesa



Traiettorie di malattia



Rilevanza del problema



ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

Patients with metastatic non–small-cell lung cancer have a substantial symptom burden and may receive aggressive care at the end of life. We examined the effect of introducing palliative care early after diagnosis on patient-reported outcomes and end-of-life care among ambulatory patients with newly diagnosed disease.

METHODS

We randomly assigned patients with newly diagnosed metastatic non–small-cell lung cancer to receive either early palliative care integrated with standard oncology care or standard oncology care alone. Outcomes were assessed

From Massachusetts General Hospital Boston (J.S.T., J.A.G., A.M., E.R.G., V.A.C.M.D., J.J., W.F.P., J.A.B.); the State University of New York, Buffalo (S.A.); Adjuvant Palliative Medicine, Department of Anesthesiology, Columbia University Medical Center (T.J.L.); and the Department of Radiation Oncology, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (C.D.B.).

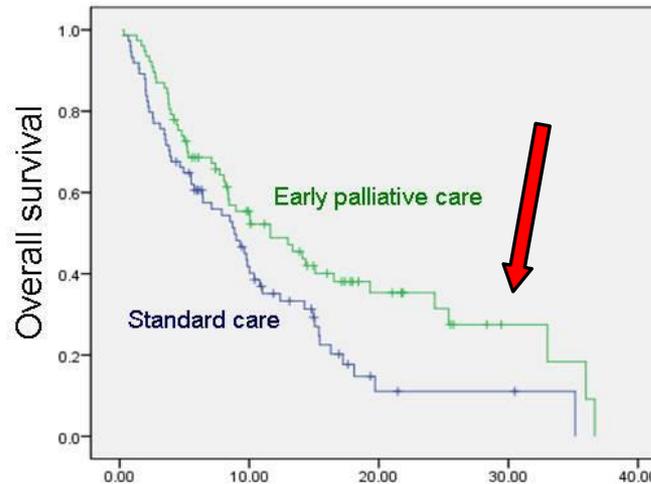
N Engl J Med 363;8 August 19, 2010

Early palliative care had a better quality of life than standard care (mean score on the FACT-L scale [in which scores range from 0 to 136, with higher scores indicating better quality of life], 98.0 vs. 91.5; $P=0.03$). In addition, fewer patients in the palliative care group than in the standard care group had depressive symptoms (16% vs. 38%, $P=0.01$). Despite the fact that fewer patients in the early palliative care group than in the standard care group received aggressive end-of-life care (33% vs. 54%, $P=0.05$), median survival was longer among patients receiving early palliative care (11.6 months vs. 8.9 months, $P=0.02$).

CONCLUSIONS

Among patients with metastatic non–small-cell lung cancer, early palliative care led to significant improvements in both quality of life and mood. As compared with patients receiving standard care, patients receiving early palliative care had less aggressive care at the end of life but longer survival. (Funded by an American Society of Clinical Oncology Career Development Award and philanthropic gifts; ClinicalTrials.gov number, NCT01038271.)

Survival Analysis

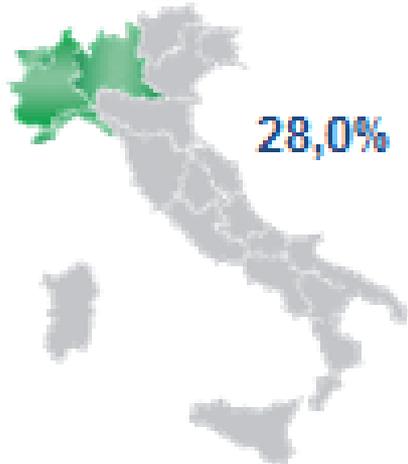


Median Survival
Early palliative care 11.6 mo
Standard care 8.9 mo
 $p=0.02$

Nei Pazienti seguiti in cure palliativi precoci :
aumento della sopravvivenza di 2,7 mesi

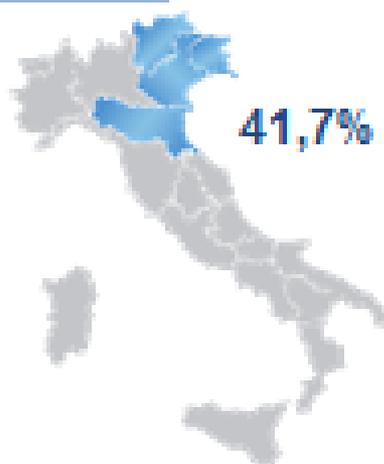
MORTALITA' PER TUMORE IN OSPEDALE 2012

Nord-ovest



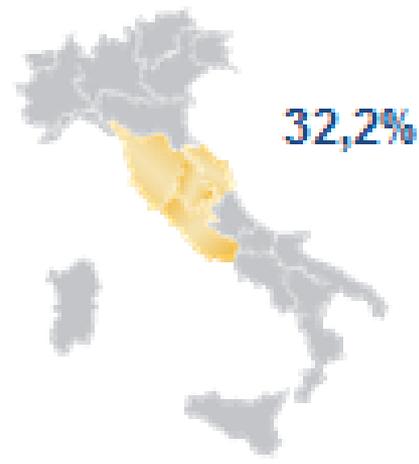
Liguria
Lombardia
Piemonte
Valle d'Aosta

Nord-est



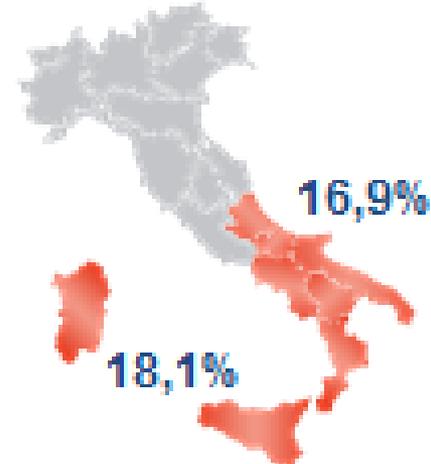
Emilia-Romagna
Friuli Venezia Giulia
Trentino Alto Adige
Veneto

Centro



Lazio
Marche
Toscana
Umbria

Sud e isole



Abruzzo
Basilicata
Calabria
Campania
Molise
Puglia
Sardegna
Sicilia

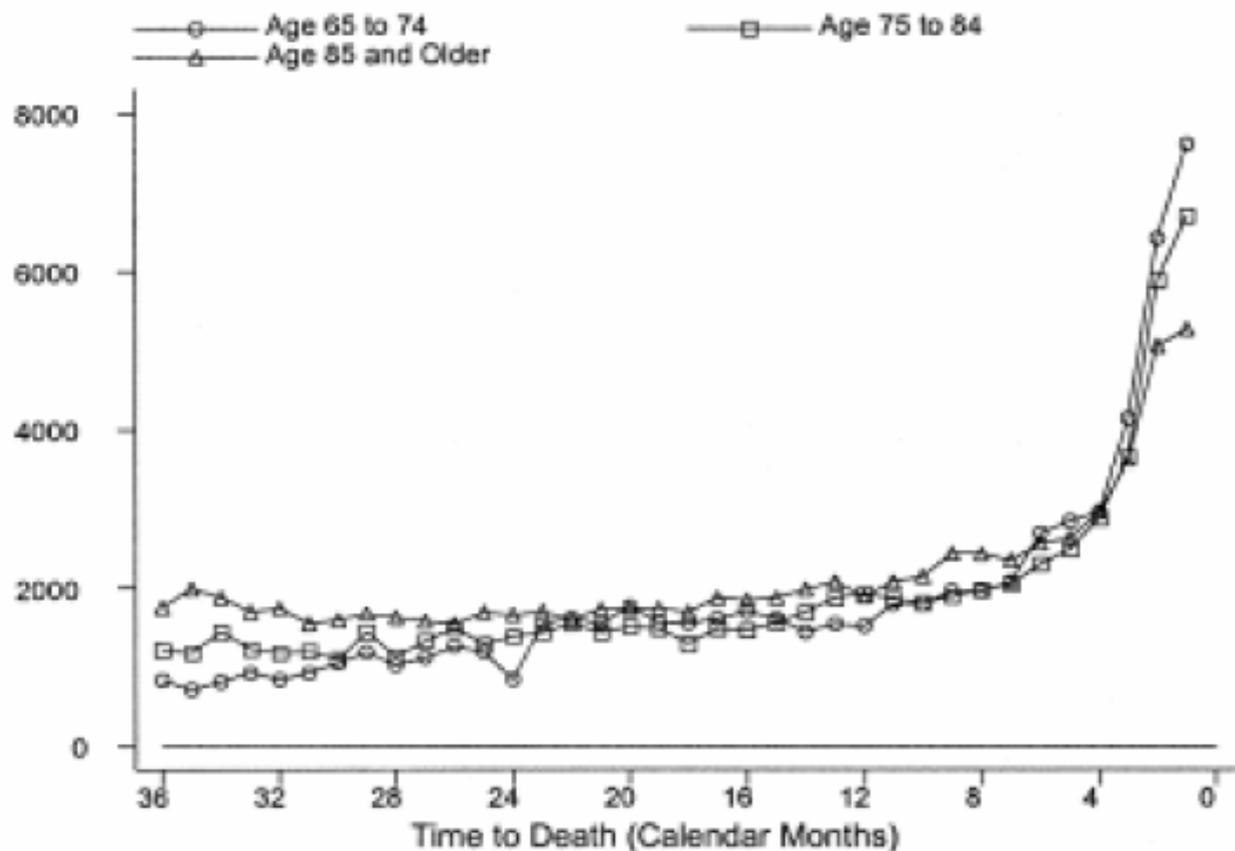
**Costo medio di una giornata di degenza in hospice
€ 238**

Tessandori R. et al Airtum conference Como - March, 2012

**Costo medio di una giornata di degenza in ospedale
€ 471**

Ministero della Salute, 2014

SPESE SANITARIE IN FUNZIONE DELL'APPROSSIMARSI DEL DECESSO



Fonte: Yang et al. (2003)

**IL PRONTO
SOCCORSO ?**

LO STATO DI SALUTE DEI PRONTO SOCCORSO ITALIANI



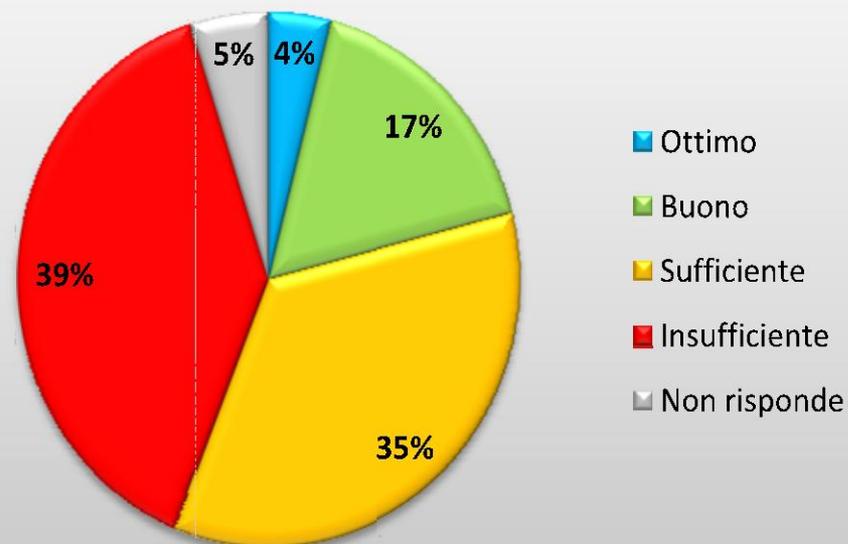
Il monitoraggio dei servizi d'em

EM SIMEU
società italiana medicina
d'emergenza-urgenza



FUNZIONAMENTO RETE tra EMERGENZA-URGENZA e TERRITORIO

ITALIA



Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2016

Spazi dedicati al fine vita

	PS	DEA I	DEA II
Spazi dedicati a malati in fase terminale (spazi riservati per la comunicazione del personale sanitario con i familiari, stanza/spazio singolo e riservato per la persona, ecc.)	13%	36%	45%
Spazi dedicati al paziente appena deceduto (es. spazi riservati per la comunicazione del personale sanitario con i familiari, stanza/spazio singolo e riservato al defunto e ai familiari prima che questi sia trasportato in obitorio ecc.)	40%	57%	61%

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2016

Il familiare accanto al paziente: PROCEDURE FORMALIZZATE

	PS	DEA I livello	DEA II livello
Presenza di FORMALE PROCEDURA che consenta al familiare di rimanere accanto al paziente	7%	17%	23%

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2016

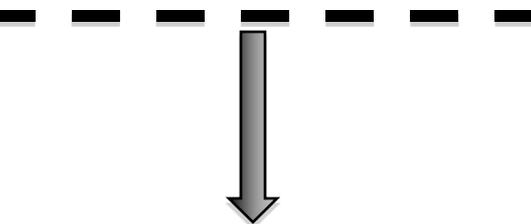
Il familiare accanto al paziente: LA PRASSI

	PS	DEA I livello	DEA II livello
Non esiste procedura formale, ma è prassi, che il parente possa rimanere accanto al paziente	87%	57%	58%

Fonte: Cittadinanzattiva/Tribunale per i Diritti del Malato - SIMEU, 2016

**Trattamento
intensivo**

**Trattamento
palliativo**



**Insufficienza
d'organo in fase
end-stage**

**Percorso per una
pianificazione
delle scelte
assistenziali**

**Ruolo
Pronto Soccorso**



Parte I. Il percorso clinico e assistenziale nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage".

Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura

Giuseppe R. Gristina¹, Luciano Orsi², Annalisa Carlucci³, Ignazio R. Causarano⁴, Marco Formica⁵, Massimo Romanò⁶
per il Gruppo di Lavoro Insufficienze Croniche d'Organo*

Documento condiviso da: Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri (AIGO); Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO); Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANIARTI); Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO); Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Ospedalieri; Italian Resuscitation Council (IRC); Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI); Società Italiana Cure Palliative (SICP); Società Italiana Medicina Emergenza Urgenza (SIMEU); Società Italiana Medicina Generale (SIMG); Società Italiana Nefrologia (SIN); Gruppo di Studio Bioetica Società Italiana Neurologia (SIN-GdB)

G.R. Gristina et al.: Parte I. Il percorso clinico e assistenziale nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage"

Recenti Prog Med 2014; 105: 9-24

1. Definizione delle patologie da cui il malato è affetto che suggeriscono di valutare l'opportunità di un orientamento terapeutico palliativo vs intensivo (criteri clinici specifici).
2. Valutazione funzionale globale del malato (non organo o funzione specifica) per arrivare a definire obiettivi di cura proporzionati e pianificati ("surprise question" e Palliative Performance Scale semplificata).
3. Inquadramento del malato come potenziale end-stage (criteri clinici generali).
4. Integrazione dei dati precedenti con il principio dell'autonomia decisionale del malato inserito nel suo contesto di vita (quesiti integrativi dei criteri clinici specifici e generali).

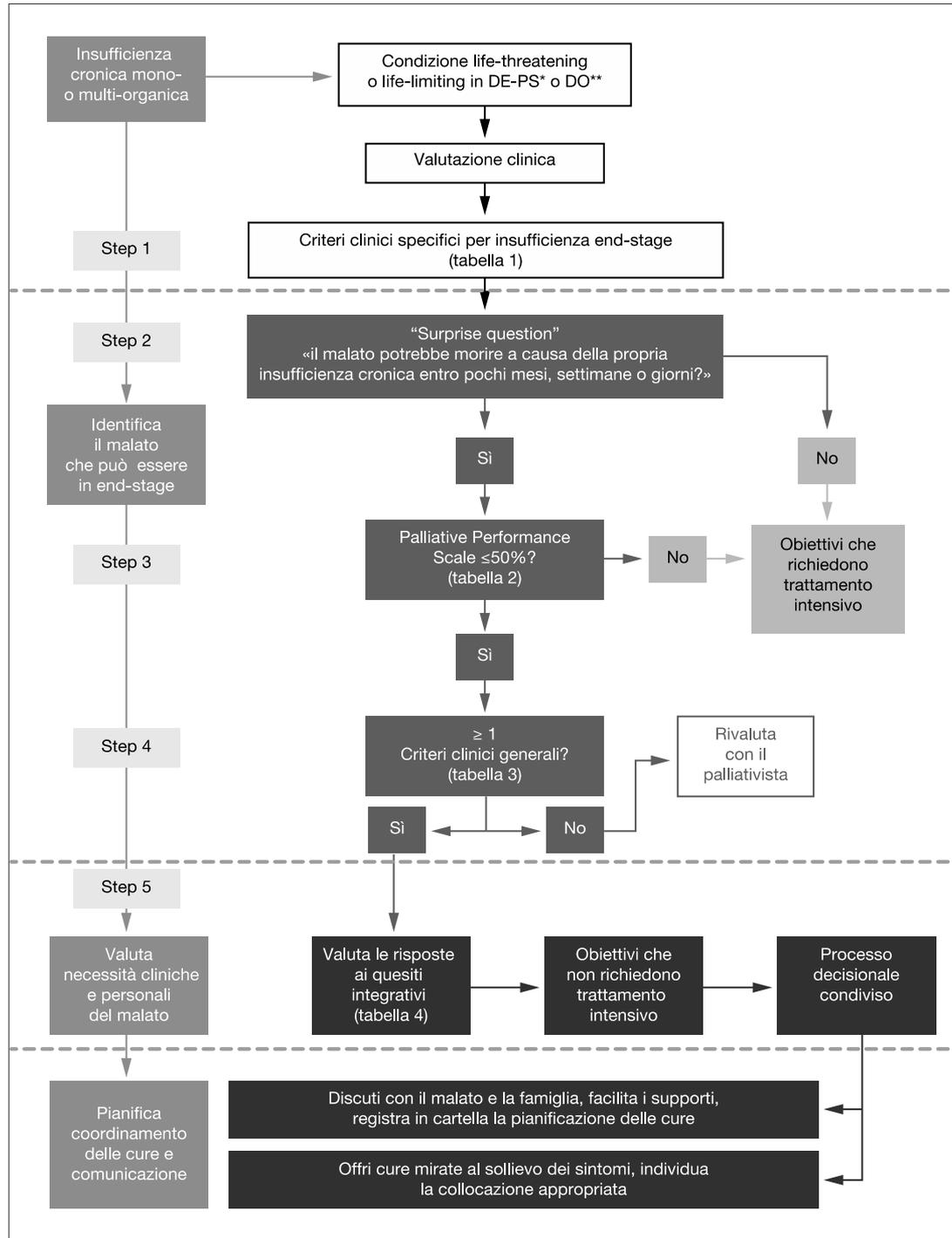


Tabella 1. *Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo.*

<p>Insufficienza cardiaca cronica (con terapia medica ottimale)⁷⁻¹⁴</p>	<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>
<p>Insufficienza respiratoria cronica (BPCO)¹⁵⁻³⁰</p>	<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 comorbilità Calo ponderale/cachessia Ridotta autonomia funzionale Aumento dipendenza</p>
<p>Insufficienza respiratoria cronica (IPF)³¹⁻⁴¹</p>	<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>
<p>Insufficienza renale cronica⁴²⁻⁴⁹</p>	<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 ^{50,51}	<p>Età >80 anni Rankin 5 Scarso recupero cognitivo (MMS<11) Disfagia persistente/permanente Ulcere da pressione Copatologie: neoplasie, demenza, esiti di pregresso ictus, cardiopatia severa (NYHA)</p>
Morbo di Parkinson ⁵²	<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 multipla ^{53,54}	<p>Dolore Difficoltà nella comunicazione verbale Astenia Disturbi cognitivi Disfagia/malnutrizione Dispnea/polmonite da aspirazione Complicanze mediche: es., infezioni ricorrenti</p>
Sclerosi laterale amiotrofica ⁵⁵	<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>

Demenza^{56,60}

Incapace di 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%) + una o più delle seguenti:
– perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi)
– infezioni ricorrenti del tratto urinario
– piaghe da decubito (stadio 3 o 4)
– febbre ricorrente

Insufficienza epatica⁶¹⁻⁶⁸

Ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione
Non candidabilità a trapianto
Indice MELD >25
Indice SOFA >10,5
Complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale

Tabella 2. Scala funzionale per la valutazione globale e prognostica del malato (Palliative Performance Scale semplificata).

%	Deambulazione	Livello di attività <i>evidenza di malattia</i>	Cura di sé	Introduzione liquidi e/o solidi	Livello di coscienza
100	normale	normale <i>nessuna malattia</i>	completamente autonoma	normale	normale
90	normale	normale <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	normale	normale
80	normale	normale con sforzo <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	normale o ridotta	normale
70	ridotta	non può svolgere un compito o lavoro <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	come sopra	normale
60	ridotta	non può svolgere hobbies o lavori di casa <i>malattia significativa</i>	assistenza occasionale <i>assistenza richiesta</i>	come sopra	normale o confuso/a
50	prevalentemente seduto/a o disteso/a	non può svolgere alcun lavoro <i>malattia estesa</i>	assistenza considerevole <i>assistenza richiesta</i>	come sopra	normale o confuso/a
40	prevalentemente a letto	come sopra	prevalentemente assistito	come sopra	normale o sonnolento/a o confuso/a
30	allettato/a	come sopra	assistenza totale	ridotta	come sopra
20	allettato/a	come sopra	come sopra	minima	come sopra
10	allettato/a	come sopra	come sopra	solo cura della bocca	sonnolento/a o in coma
0	morte	-	-	-	—

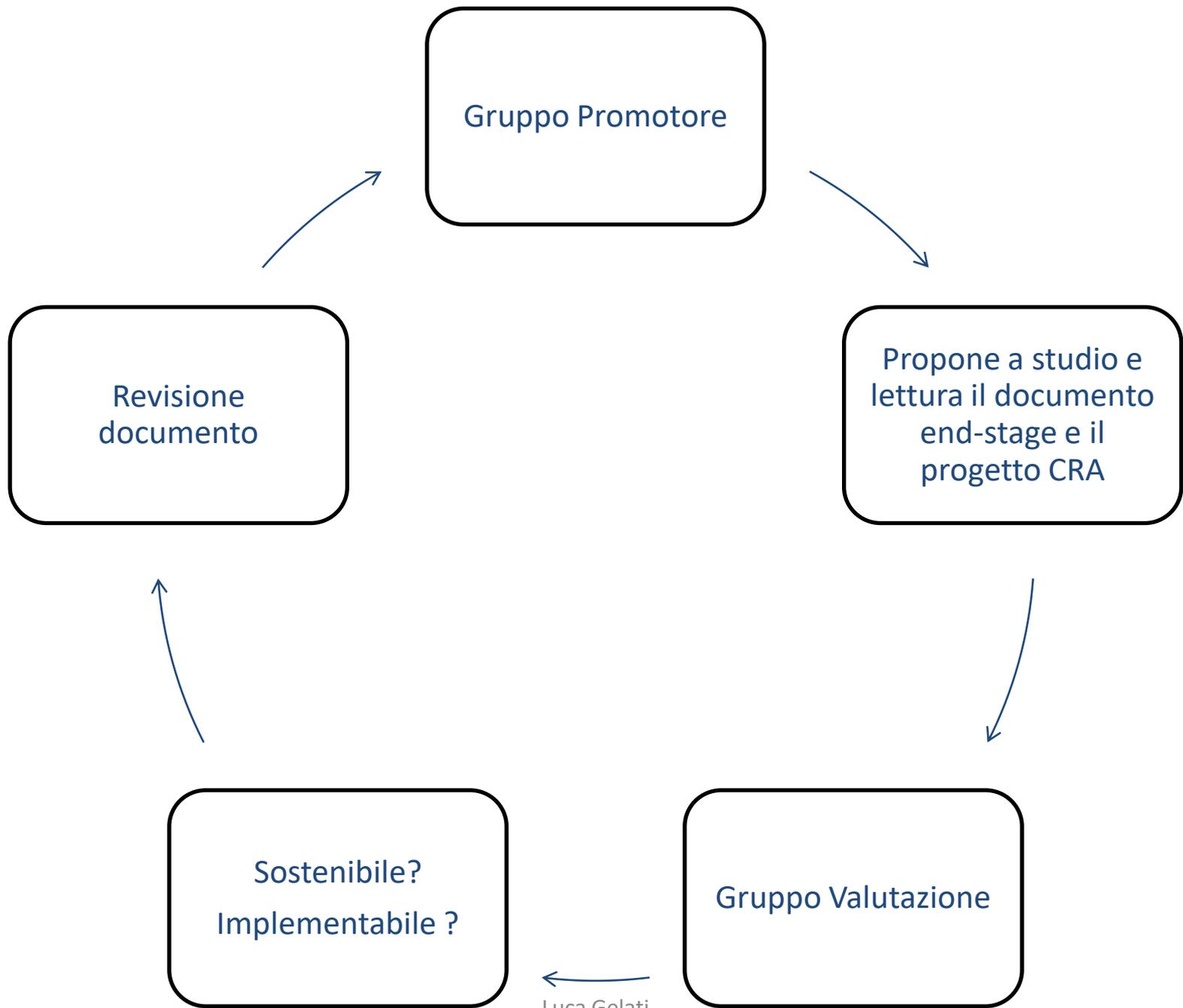
Tabella 3. *Criteri clinici generali per inquadrare il malato potenzialmente "end-stage".*

- Ricoveri frequenti per le stesse condizioni (es., >1 ricovero entro l'anno)⁷²⁻⁷⁶
- Declino nutrizionale (cachessia)⁷⁷
- Malato anziano, con deficit cognitivo e con frattura di ossa lunghe⁷⁸⁻⁸¹
- Neoplasia metastatica o localizzata in fase avanzata o allo stadio di incurabilità⁸²
- O₂-Terapia domiciliare, NIMV⁷⁷
- Arresto cardiaco extra-ospedaliero recuperato ma a prognosi severa o infausta^{83,84}
- Malati candidati a trapianto ma inidonei a riceverlo per la patologia intercorrente^{85,86}
- Necessità di ricovero in o provenienza da lungo-degenza/riabilitazione^{87*}
- Malato considerato un potenziale candidato a o già portatore di:
 - nutrizione artificiale via SNG/ PEG⁸⁸⁻⁹²
 - tracheotomia⁹³
 - dialisi⁹⁴
 - LVAD o AICD⁹⁵
 - trapianto di midollo osseo (malati ad alto rischio)^{96,97}

Tabella 4. *Quesiti integrativi dei criteri clinici specifici e generali.*

Sintomo di valutazione	<ul style="list-style-type: none"> • ci sono sintomi fisici o psicologici rilevanti e angosianti? • il ricovero viene richiesto per difficile controllo di sintomi cronici (sintomo di moderata-grave intensità durata >24-48h)?¹⁰⁸
Valutazione sociale	<ul style="list-style-type: none"> • ci sono significative problematiche sociali?
Valutazione dei bisogni spirituali	<ul style="list-style-type: none"> • ci sono significativi bisogni spirituali?
Identificazione degli obiettivi di cura centrati sul malato	<ul style="list-style-type: none"> • vi è chiarezza e documentazione sugli obiettivi di cura¹⁰⁵? • vi sono incertezze o disaccordi tra malato, personale e/o familiari in materia di¹⁰⁹: <ul style="list-style-type: none"> – decisioni relative a trattamenti medici aggressivi? – preferenze sui trattamenti intensivi? • quali sono le aspettative di approfondimento diagnostico, di cura e assistenza identificate dal malato, dalla famiglia, dal legittimo rappresentante? • le opzioni di trattamento sono in linea con le aspettative di cura identificate dal malato, dalla famiglia, dal legittimo rappresentante? • sono state esplicitate dal malato particolari scelte etiche (rifiuto/accettazione di determinati tipi di approfondimento diagnostico e di trattamento rispetto ad altri)¹¹⁰⁻¹¹³? • il malato ha già partecipato ad una pianificazione anticipata della cura? • il malato ha sottoscritto un documento di pianificazione anticipata della cura?
Comprensione delle opzioni di prognosi/trattamento	<ul style="list-style-type: none"> • Il malato e la famiglia comprendono e condividono le scelte relative alla fase attuale della traiettoria di malattia, alla prognosi, e alle opzioni di trattamento? • se la durata stimata dell'eventuale ricovero in TI è ≥ 7 gg il malato e la famiglia lo accettano^{109,114-118}?* Invio a cure post-dimissione quali sono i fattori chiave per un passaggio sicuro da un ambiente ad un altro? • è stato contattato il MMG dopo il ricovero? • la dimissione è stata concordata con il MMG?

*indicatori inclusi empiricamente sulla base dell'esperienza





manuale metodologico

Introduzione

Il miglioramento dell'assistenza sanitaria ha comportato nel tempo un allungamento della vita media delle Persone che convivono con un'insufficienza mono o multi organica cronica. La storia naturale delle grandi insufficienze d'organo non si è però modificata ed esse nel loro de-corso arrivano inevitabilmente a raggiungere la fase di terminalità (end-stage).

Definizioni

Con il termine end-stage si definisce quel momento della vita in cui la malattia, ormai non più contrastabile, arriva a essere caratterizzata da riacutizzazioni sempre più frequenti e remissioni più rare e brevi.

Oggetto della Conferenza di Consenso

Raggiunta la condizione di end-stage diventa necessario chiedersi se, davanti a un aggravamento della situazione clinica, un approccio intensivo, come l'ospedalizzazione, possa realmente portare a un significativo miglioramento della stato di salute. L'équipe sanitaria è quindi chiamata a ragionare in termini di appropriatezza clinica ed etica di trattamento per capire se un approccio palliativo, quindi rivolto alla tutela della qualità della vita e al contenimento della sofferenza, possa rispondere adeguatamente ai bisogni della Persona in condizioni di end stage.

Scopo della Conferenza di consenso

La conferenza di consenso ha come missione la promozione di uno "slancio culturale" sui temi della terminalità e del fine vita tra gli Operatori sanitari, Enti sociali e Cittadini del territorio del Distretto Sanitario di Mirandola. Attraverso la raccolta dei pareri dei componenti del Gruppo di Esperti sarà analizzata la sostenibilità all'implementazione del progetto percorsi end-stage nelle Case Residenza Anziani del Distretto di Mirandola. Esito conseguente il miglioramento dell'assistenza ai Pazienti in stato di terminalità con diminuzione delle sofferenze inutili, riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e utilizzo adeguato delle risorse disponibili massimizzate al "sollevio" di Paziente e Famiglia.

Metodologia

I componente del Gruppo di valutazioni saranno chiamati ad esprimere un libero giudizio sui contenuti di questi documenti:

1. Documento SIAARTI 2013 " Grandi Insufficienze d'Organo end-stage: cure intensive o palliative
2. Progetto proposta di consenso percorsi end stage nelle strutture Casa Residenza Anziani
3. Lettera di condivisione sulla pianificazione della scelta di cura da parte del Paziente e dei suoi famigliari.

Come organizzare una conferenza di consenso

Gruppo di valutazione

Cardiologi

Dr. Stefano Cappelli

Dr.ssa Benedetta Veronesi

Internisti

Dr. Stefano Moreali

Dr. Rocco Magistro

Avo

Sig. ra Carla Molinari

Sig. ra Annamaria Ragazzi

Amo

Dott. ssa Donatella Pozzetti

Dott.ssa

Comitato Consuntivo Misto

Sig. ra Diana Gavioli

Rappresentati religiosi

Vescovo di Carpi, Sua Eccellenza Francesco Cav

Infermieri UVM

Dott.sa Giovanna Todesco

Convenzionati gestione Casa Residenza Anziani

Dott. Vittorio Losi

Infermieri di struttura protetta

Dott.sa Caterina Rollo

Dott.sa Sara Pilato

Oss di struttura protetta

Sig.ra Susy Artioli

Sig.ra Elena Bondi

Medici di Medicina Generale

Dr. ssa Margherita Di Pietro

Dr.ssa Rita Morena Covizzi

Medici di continuità assistenziale

Dr. Fabrizio Pedrabissi

Dr. Arcangelo Morone

Medici casa della Salute

Dr. Maurizio Botti

Dr. Stefano Stipa

Medici di Medicina Legale

Dr. Sabino Pelosi

Medici MMG Casa Residenza Anziani

Dr. Marco Solieri

Dr.ssa Dalisa Corona

Medici AUSL Modena

Dr. Paolo Vacondio

Dr. Andrea Fabbo

Psichiatria

Dott. Claudio Cavicchioli

Dott.ssa Roberta Covezzi

Psicologia clinica

Dott.ssa Nora Marzi

Dott.ssa Tiziana Bizzarri

Infermieri di comunità

Dott.ssa Clara Belloni

Dott. Simone Lugli

Infermieri di area medica

Dott.ssa Alessia Vecchi

Dott.ssa Manuela Poletti

Infermieri di direzione

Dott. ssa Angela Panza

Dott.ssa Sabrina Bega

Pneumologi

Dr. Michele Giovannini

Dr. ssa Rosita Melara

Nefrologia

Dr. Decenzio Bonucchi

Dott.sa Fabrizia Gallini (Coordinatrice Infermieristica Dialisi Mirandola)

Neurologici

Dr.ssa Maria Scarano

Dr. Mario Santangelo

Geriatrici

Dr. ssa Lucia Bergamini

Dr.ssa Maria Veschi

Gastroenterologo

Dr. Mauro Manno

Pronto Soccorso

Dr. ssa Denise Maccari

Dr. Rino Fattori

Medici Direzione Sanitaria Ospedaliera

Dr.ssa Anna Manduchi

Dr. ssa Teresa Pesì

Medici Direzione Distretto Mirandola

Dr. Mario Meschieri

Dr. Samir Abohumerhy

Medici Anestesia e rianimazione

Dr. Antonio Masciullo

Dr. Roberto Cervi

Medici oncologia

Dr. Fabrizio Artioli

Dr.ssa Paola Nasuti

Medici palliativisti

Dr. Dorianò Novi

Dr.ssa Luisa Testi

Coinvolgere caregiver

Allegato1. Documento condiviso sulle modalita' assistenziali pazienti "end-stage"

DOCUMENTO CONDIVISO SULLE MODALITA' ASSISTENZIALI PAZIENTI "END-STAGE"

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

(grado di parentela) _____ del

Sig.ra _____

affetto da _____

(patologia per la quale il paziente è identificabile in "end-stage" sulla base degli score clinici applicati)

Informato dal Dr. _____

condivido, fatte salve le condizioni di terminalità di malattia, il seguente approccio terapeutico:

- Invio al Pronto soccorso del paziente per aggravamento delle condizioni cliniche estraneo alle condizioni primarie di terminalità
- evitare il ricovero ospedaliero per deterioramento delle condizioni cliniche legate alla patologia che ha portato alla terminalità del paziente
- Invio al Pronto Soccorso del paziente per lesioni traumatiche

Il team assistenziale delle CRA è quindi chiamato a interrogarsi, coinvolgendo il malato e i suoi familiari, se l'ospedalizzazione del paziente in caso di peggioramento delle condizioni cliniche (e più in generale un trattamento intensivo) sia l'approccio adeguato a rispondere alle sue esigenze.

Il problema non è decidere se continuare o meno il processo di cura ma decidere in che direzione indirizzarlo!

Allegato 2. Situazioni invio appropriato in Pronto soccorso per pazienti inquadrati in situazioni di endstage

Condizioni	razionale
ferite che necessitino di sutura chirurgica	Emostasi avanzata, controllo esiti sanguinamento (anemizzazione), sutura anche complessa
ematemesi-emottisi imponente	Arresto sanguinamento e controllo via aerea, valutazione anemizzazione,
cadute con sospetta frattura	Dg e terapia appropriate mirate prevalentemente al controllo del dolore
vomito fecaloide	Controllo via aerea, valutazione anemizzazione
ritenzione acuta d'urina non cataterizzabile	Risoluzione dei sintomi ostruttivi
volontà del paziente o dei famigliari dei famigliari	Counseling con i Familiari e MMG sulle opportunità diagnostiche e terapeutiche
dolore incoercibile (secondo score in uso)	Terapia antalgica avanzata
tracheostomia non gestibile	Gestione avanzata della via aerea
PEG non gestibile	Indicazione specialistica al mantenimento della PEG e / o risoluzione del problema

Pronto Soccorso...riferimento...

Conclusione

- ✓ Sviluppo e implementazione del progetto “end-stage” per il rispetto del “fine vita”
- ✓ Sensibilizzazione degli Operatori Sanitari al tema delle cure palliative “slancio culturale”
- ✓ Educazione sanitaria rivolta al cittadino in tema di cure palliative