

25 Maggio 2018



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

L'End Stage in PS



Clinical Cases



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



Clinical Cases 1

CAPITOLO 1



- Francesco, 75 anni
- Cardiopatia dilatativa post-ischemica; FE 15%; CRT-D;
- 3 ricoveri nell'ultimo anno

- In PS per dispnea
- Spo2 86% in FiO2 28%; PA 100/60mmHg; FC 60bpm
- Edemi pretibiali bilaterali



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



Clinical Cases 1

CAPITOLO 1



- Lucia, 71 anni
- K polmone con metastasi ossee e cerebrali
- Versamento pleurico dx recidivante
- Disfagia

- In PS per distress respiratorio insorto durante il pasto
- Disidratazione
- Necessità di reperire CVC



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



Clinical Cases 1

CAPITOLO 1



- Giovanni, 89 anni
- VCC con demenza avanzata
- Vive a casa con la figlia

La figlia: *“papà negli ultimi tempi è più agitato del solito, non riesce a mangiare, non riposa e urla tutta la notte”*



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018





Introduzione



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

Introduzione

CAPITOLO 2

RIANIMAZIONE

End-of-Life CARE

HOSPITAL

EMERGENCY

STABILIZZAZIONE

MANAGEMENT PATOLOGIE IN FASE ACUTA



Health Aff (Millwood). 2012 June ; 31(6): 1277–1285. doi:10.1377/hlthaff.2011.0922.

Introduzione

CAPITOLO 2

Half Of Older Americans Seen In Emergency Department In Last Month Of Life; Most Admitted To Hospital, And Many Die There

Alexander Smith, Ellen McCarthy, Ellen Weber, Irena Stijacic Cenzer, John Boscardin, Jonathan Fisher, and Kenneth Covinsky

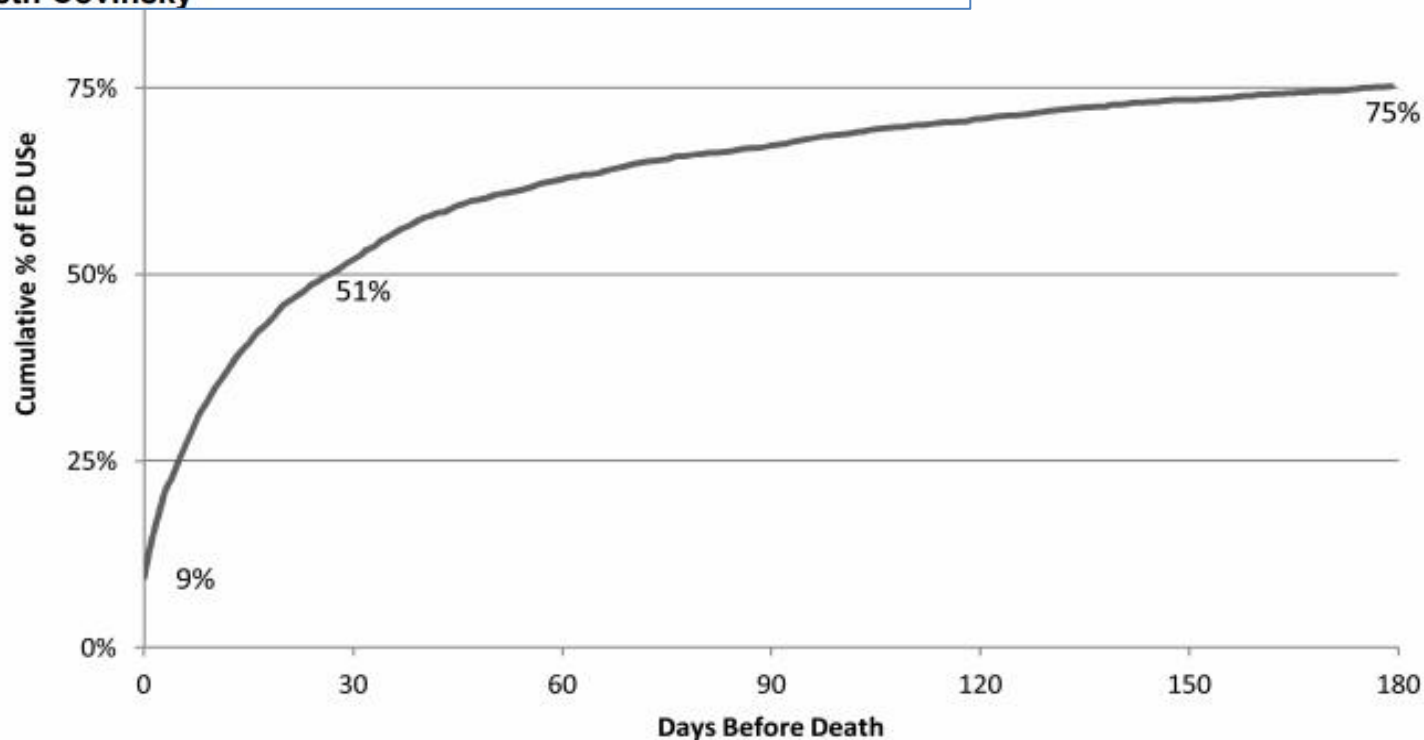


Exhibit 2.

Cumulative Incidence of emergency department (ED) visits during the last 6 months of life, noting the incidence on the last day of life (9%), and the cumulative incidence at 30 days before death (51%) and 180 days before death (75%).



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

Stefano Bertolissi¹, Guido Miccinesi², Francesco Giusti²

¹ Medico di Medicina Generale, SIMG Udine; ² Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze

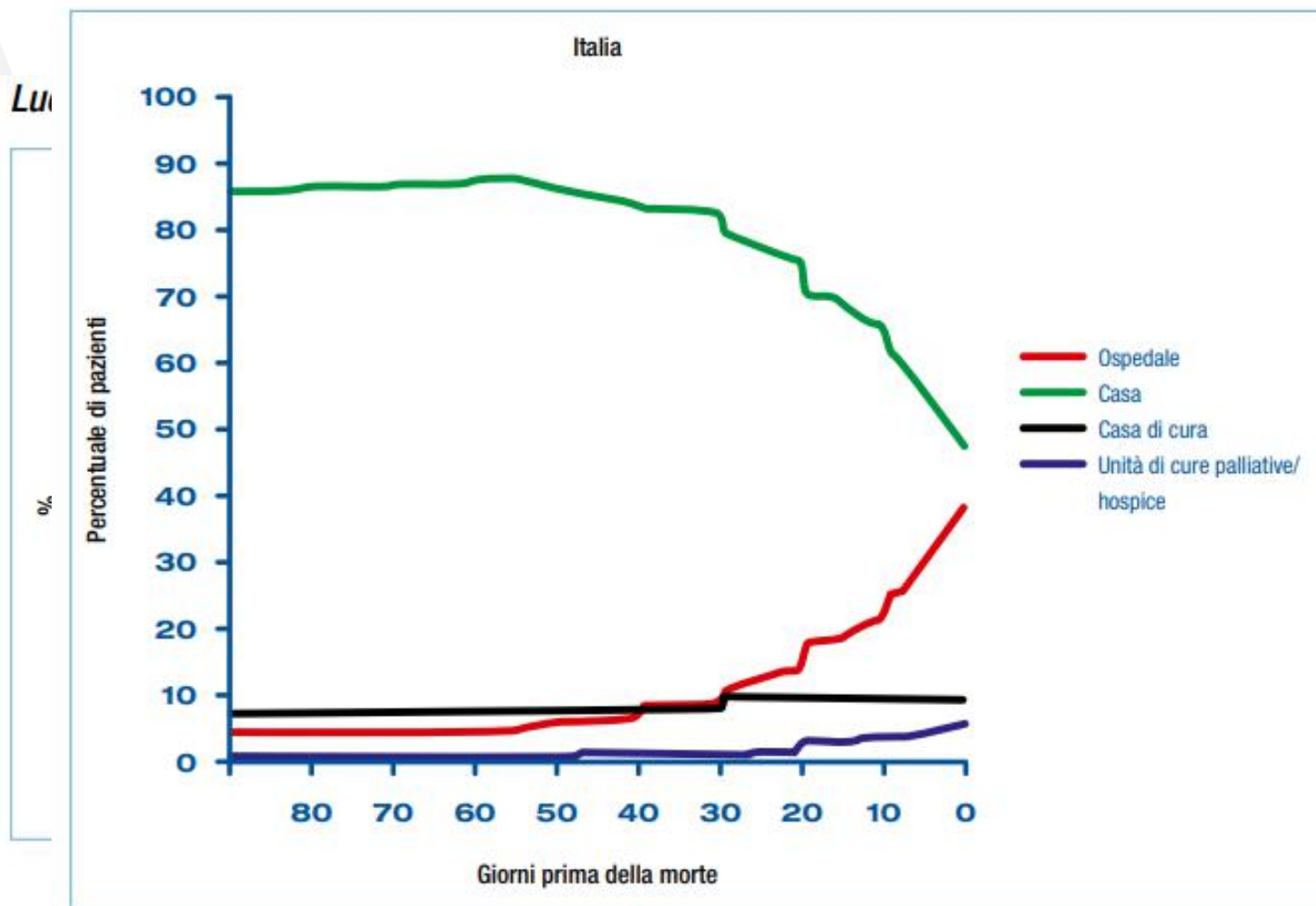
Introduzione

CAPITOLO 2

Come si muore in Italia

Storia e risultati dello studio Senti-MELC

Spostamenti del luogo di cura negli ultimi tre mesi.



XI congresso nazio

sime

ROMA 24-26 MAGGIO

Introduzione

CAPITOLO 2

CAUSE DI ACCESSO IN PS

DOLORE

ANORESSIA

DISPNEA

ANSIA

NAUSEA e VOMITO

COSTIPAZIONE

DISIDRATAZIONE

RITENZIONE URINARIA



- Infusione di fluidi per la disidratazione
- Posizionamento catetere vescicale
- Paracentesi/toracentesi



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



Introduzione

CAPITOLO 2

H24

7 giorni su 7

*As always,
the ED is a first point of access,
the front door to everything,
including palliative care.*



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



Introduzione

CAPITOLO 2

Il processo di cura non può e non deve mai essere volto soltanto alla terapia della malattia o del sintomo, quanto alla presa in carico globale della persona con problemi di salute cronici e ingravescenti, potenzialmente terminali.



La medicina palliativa e quella di emergenza non dovrebbero essere mutuamente esclusive ma sinergiche, e la loro relazione deve evolversi al fine di raggiungere uno scopo comune di fornire cure complesse, complete e compassionevoli.



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018





World Health
Organization

Benefici

CAPITOLO 3

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

THERE IS NO LIMITING TIME FRAME FOR PALLIATIVE CARE

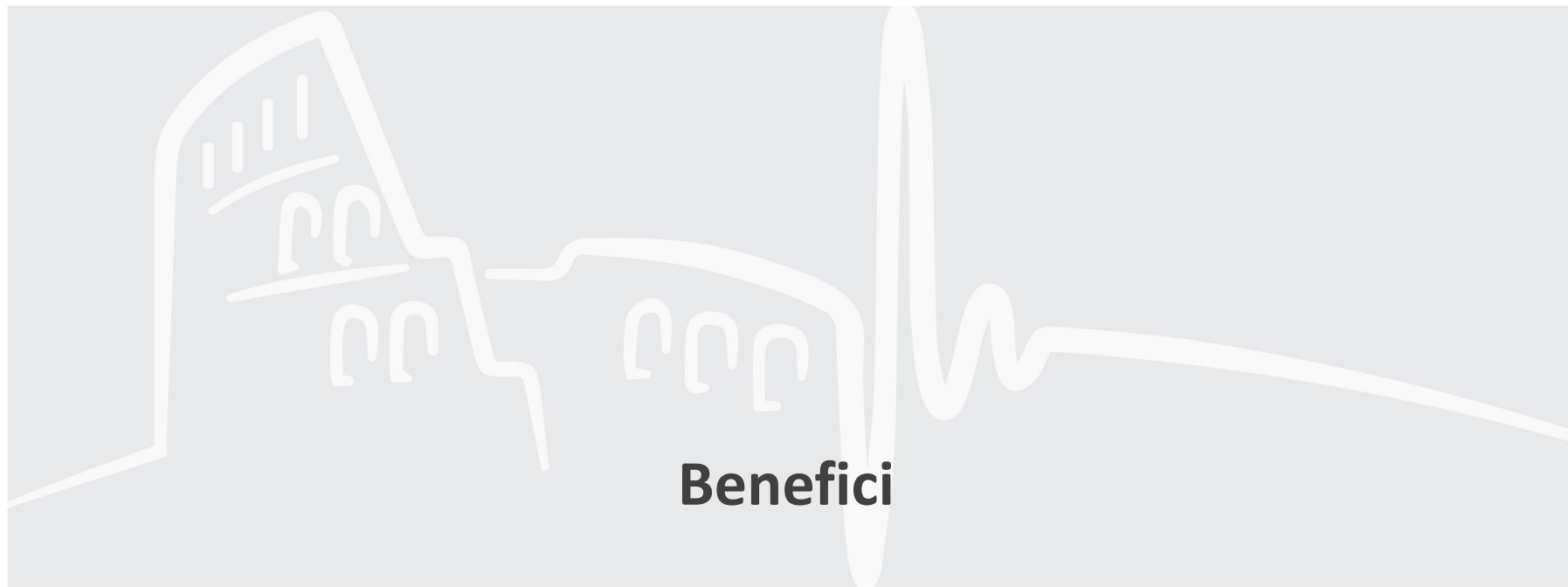


XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018





XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

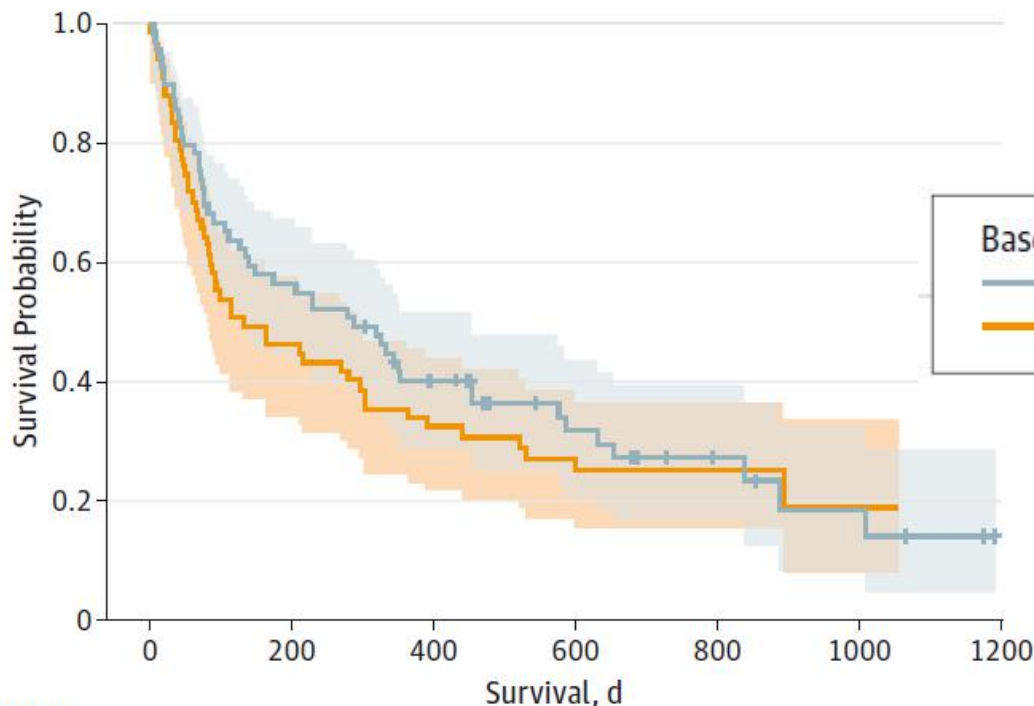


Emergency Department-Initiated Palliative Care in Advanced Cancer A Randomized Clinical Trial

Corita R. Grudzen, MD, MSHS; Lynne D. Richardson, MD; Pauline N. Johnson, BS; Ming Hu, PhD;
Binhuan Wang, PhD; Joanna M. Ortiz, BA; Emmett A. Kistler, MD; Angela Chen, MD; R. Sean Morrison, MD

JAMA Oncology. 2016

C Data censored at end of study



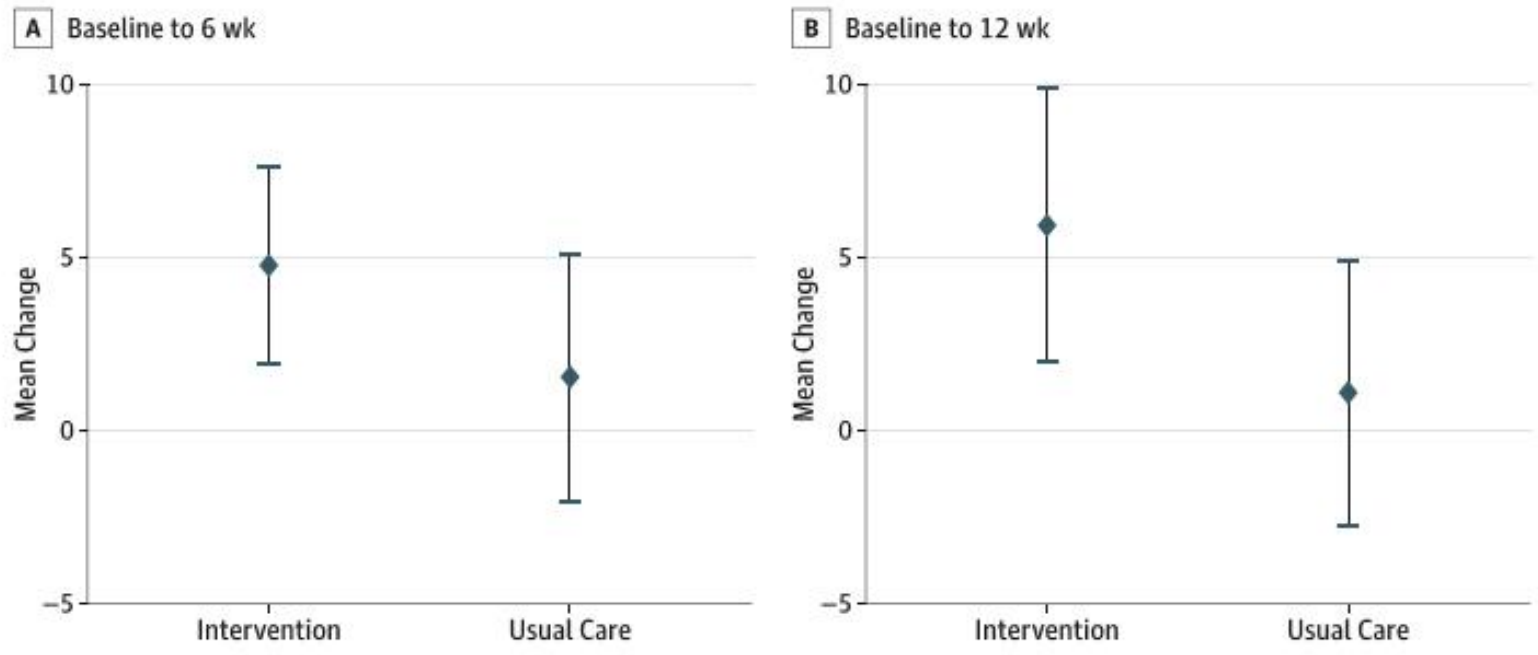
No. at risk	0	200	400	600	800	1000	1200
Intervention	69	39	28	24	22	20	19
Usual care	67	31	22	18	18	17	17

Emergency Department-Initiated Palliative Care in Advanced Cancer A Randomized Clinical Trial

Corita R. Grudzen, MD, MSHS; Lynne D. Richardson, MD; Pauline N. Johnson, BS; Ming Hu, PhD;
Binhuan Wang, PhD; Joanna M. Ortiz, BA; Emmett A. Kistler, MD; Angela Chen, MD; R. Sean Morrison, MD

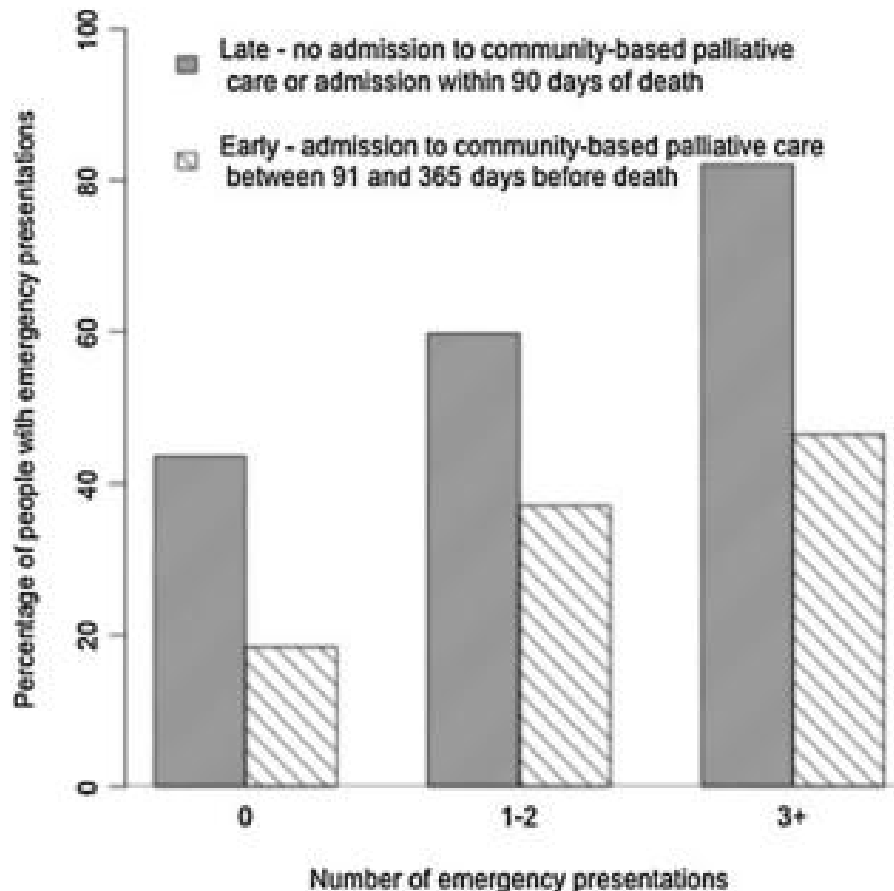
JAMA Oncology. 2016

Figure 2. Mean Change in Quality-of-Life (QOL) Scores Among the Intervention and the Usual Care Groups, at 6 and 12 Weeks



Early Admission to Community-Based Palliative Care Reduces Use of Emergency Departments in the Ninety Days before Death

Beverley A. McNamara, BA (Hons), Dip(Teach), PhD¹, Lorna K. Rosenwax, BAppSc(OT), PGradDipHlthSc, MSc, PhD¹, Kevin Murray, BSc, MSc,² and David C. Currow, BMed, MPH, FRACP³



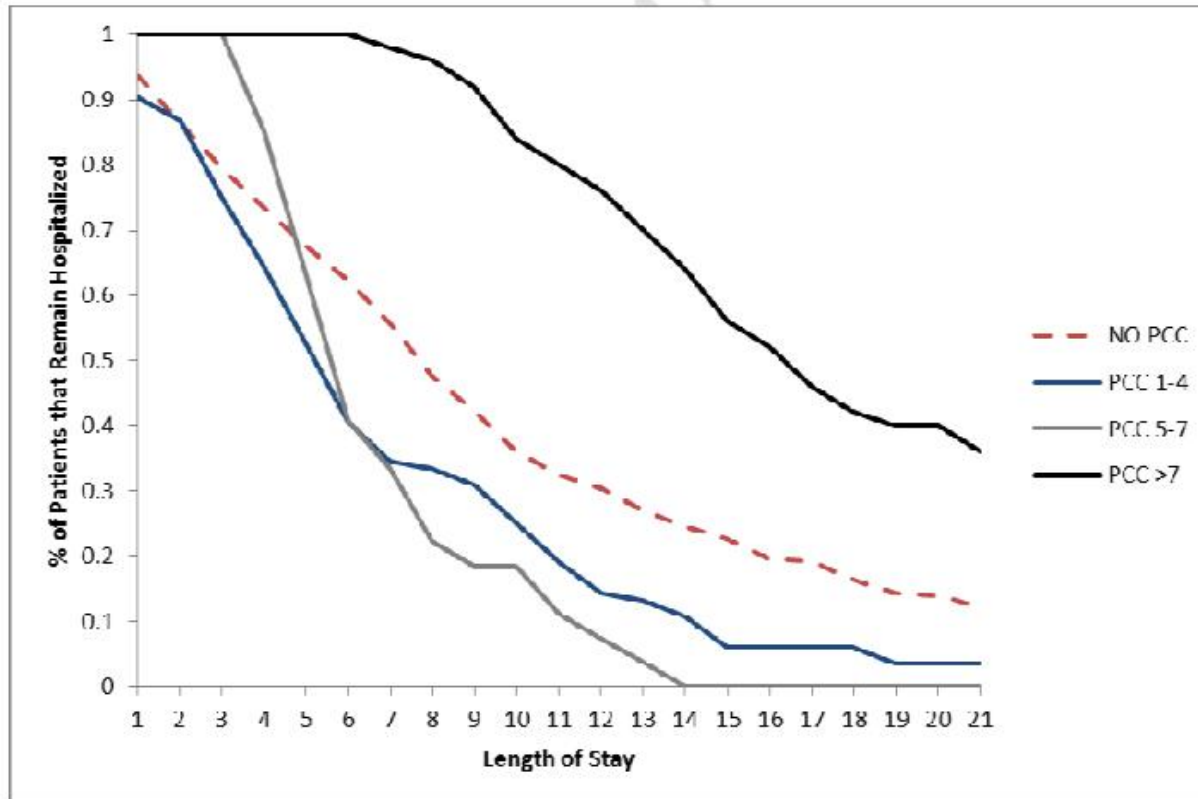
Impact of Palliative Care Screening and Consultation in the ICU: A Multi-hospital Quality Improvement Project

Robert J. Zalenski, MD, MA, Spencer S. Jones, Ph.D, Cheryl Courage, MA, Denis R. Waselewsky, MT, MPH, Anna S. Kostaroff, MS MA RN CHPN, David Kaufman, MD, Afzal Beemath, MD, John Bronfman, MD, James W. Castillo, MD, Hicham Krayem, MD, Anthony Marinelli, MD, Bradley Milner, MBA, Maria Teresa Palleschi, RN DNP APRN-BC CCRN, Mona Tareen, MD, Sheri Testani, MSN, Ayman Soubar MD, Julie Walch, MSN, Judy Wheeler, MSN, Sonali Wilborn, MD, MBA, Hanna Granovsky, BS, Robert D. Welch, MD, MS

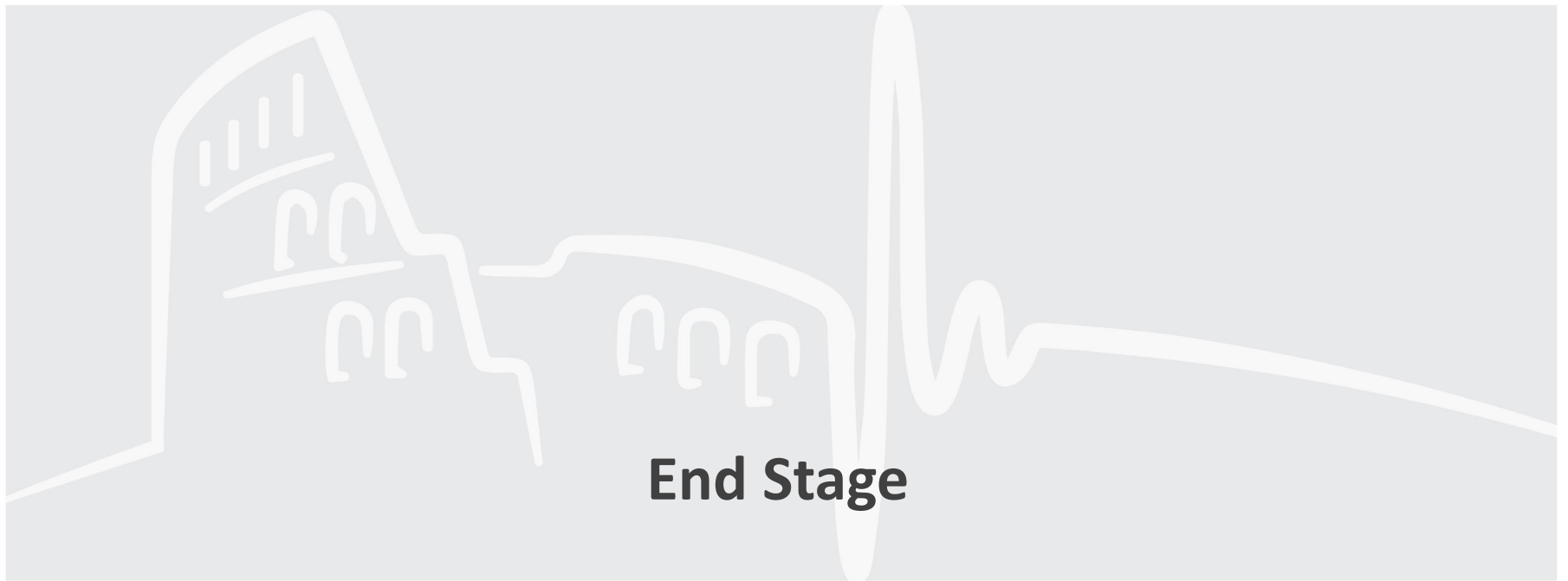


Benefici

CAPITOLO 3



- Iniziare le cure palliative già precocemente riduce i tempi di degenza in ospedale.
- Migliora la soddisfazione del paziente e la qualità di vita.



End Stage



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018





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

La cura della patologia è quindi utile finché procura alla persona un giovamento nel suo stesso interesse; quando la terapia – soprattutto se invasiva e intensiva – eccede questo limite, il processo di cura (che deve continuare) deve essere indirizzato verso l'attivazione o il potenziamento delle cure palliative simultanee.



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018





SIAARTI

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

End Stage

CAPITOLO 4

**INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
CRONICA**

NEOPLASIA

**INSUFFICIENZA CARDIACA
CRONICA**

STROKE

DEMENZA

**SCLEROSI LATERALE
AMIOTROFICA**



INSUFFICIENZA EPATICA

**INSUFFICIENZA RENALE
CRONICA**

MALATTIA DI PARKINSON



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018





SIAARTI

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

End Stage

CAPITOLO 4

Tabella 4 – Scala funzionale per la valutazione globale e prognostica del malato (Palliative Performance Scale semplificata)

%	DEAMBULAZIONE	LIVELLO DI ATTIVITA' EVIDENZA DI MALATTIA	CURA DI SE'	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	-	-	-	--



XI congre
SIN
ROMA 24-2



SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

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}

SURPRISE QUESTION

saresti sorpreso se il paziente morisse entro pochi mesi?



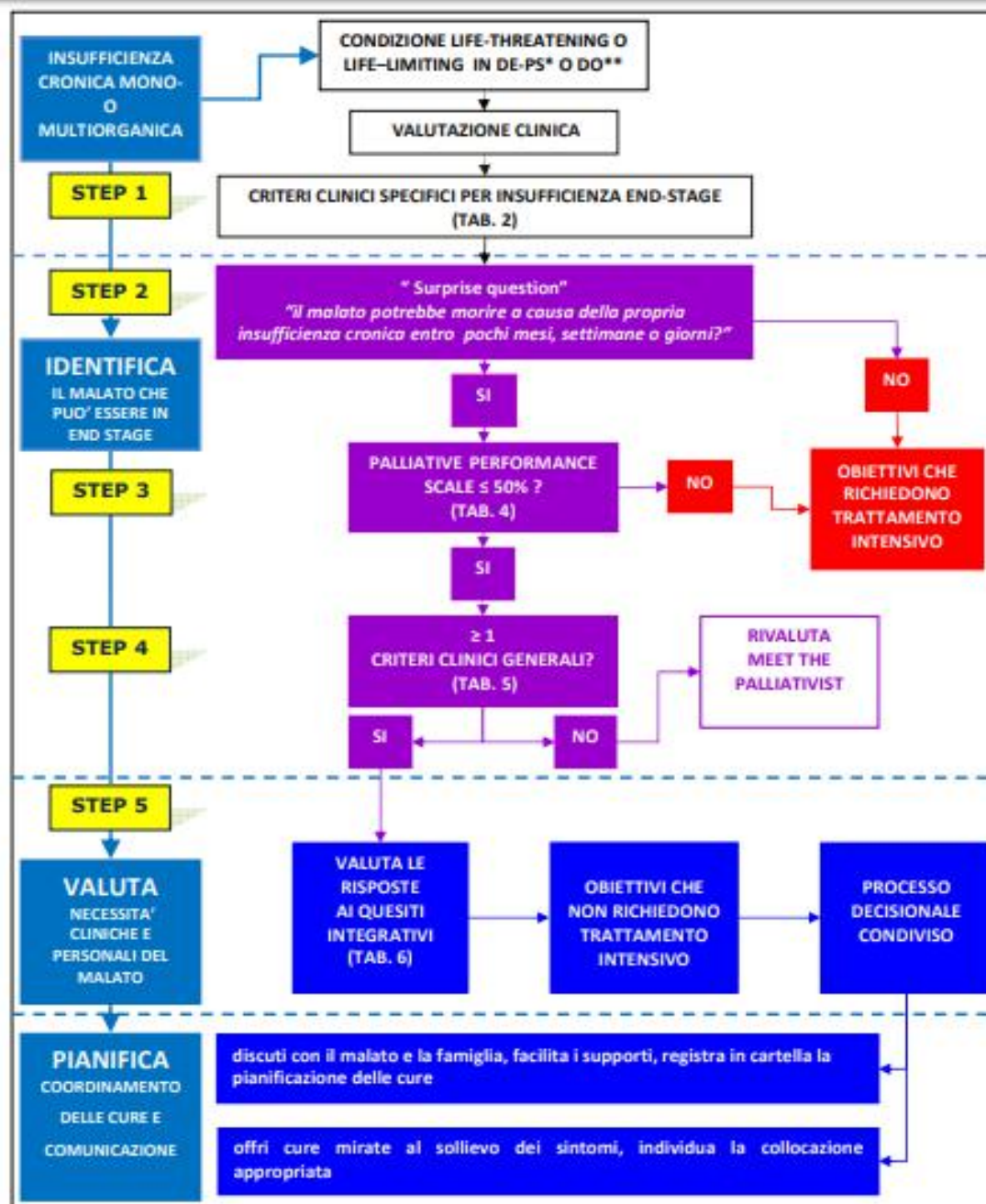
XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

End Stage

CAPITOLO 4



SIAARTI – GRUPPO DI STUDIO BIOETICA – Coordinatore Dr. Alberto Giannini



SIAARTI
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA



XI con
SII
ROMA 2



Using the Surprise Question To Identify Those with Unmet Palliative Care Needs in Emergency and Inpatient Settings: What Do Clinicians Think?

Samir A. Haydar, DO, MPH,¹ Lisa Almeder, MD,² Lauren Michalakes, MD,³
 Paul K.J. Han, MD, MA, MPH,⁴ and Tania D. Strout, PhD, RN, MS¹

SQ:

“woud you be surprised if this patient within the next year?”

Modified ED SQ:

“woud you be surprised if this patient in the next 30 days?”

TABLE 2. CLINICIAN BELIEFS REGARDING SURPRISE QUESTION FEASIBILITY AND EFFICIENCY

<i>How difficult is it to use the SQ?</i>	<i>Response options</i>			
	<i>Not difficult at all</i>	<i>Somewhat difficult</i>	<i>Very difficult</i>	<i>Extremely difficult</i>
Emergency, n (%)	35 (78)	7 (16)	3 (7)	0 (0)
In-hospital, n (%)	39 (65)	21 (35)	0 (0)	0 (0)
<i>How often did SQ use decrease your efficiency?</i>	<i>Never</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Often</i>	<i>Always</i>
Emergency, n (%)	38 (84)	6 (13)	0 (0)	1 (2)
In-hospital, n (%)	54 (92)	5 (9)	0 (0)	0 (0)

Using the Surprise Question To Identify Those with Unmet Palliative Care Needs in Emergency and Inpatient Settings: What Do Clinicians Think?

Samir A. Haydar, DO, MPH,¹ Lisa Almeder, MD,² Lauren Michalakes, MD,³
Paul K.J. Han, MD, MA, MPH,⁴ and Tania D. Strout, PhD, RN, MS¹

Conclusions and Recommendations

It is essential that acute care clinicians develop mechanisms to address unmet palliative needs promptly in patients' clinical course. The SQ and its modified ED counterpart may facilitate this goal, and physician attitudes and beliefs regarding the feasibility and utility of this intervention appear not to be barriers to its clinical implementation in the acute care setting. **While not a comprehensive solution, the SQ may serve well as an early and efficient screening tool that (when combined with other hospital resources) may lead to more timely interventions to improve end-of-life care and the delivery of palliative resources to patients and families.** Additional research is needed to comprehensively evaluate the prognostic value of the surprise question when used in the acute care setting across a broad sample of ED and hospitalized patients.

Modified ED SQ:

"woud you be surprised if this patient in the next 30 days?"



Management End Stage in PS



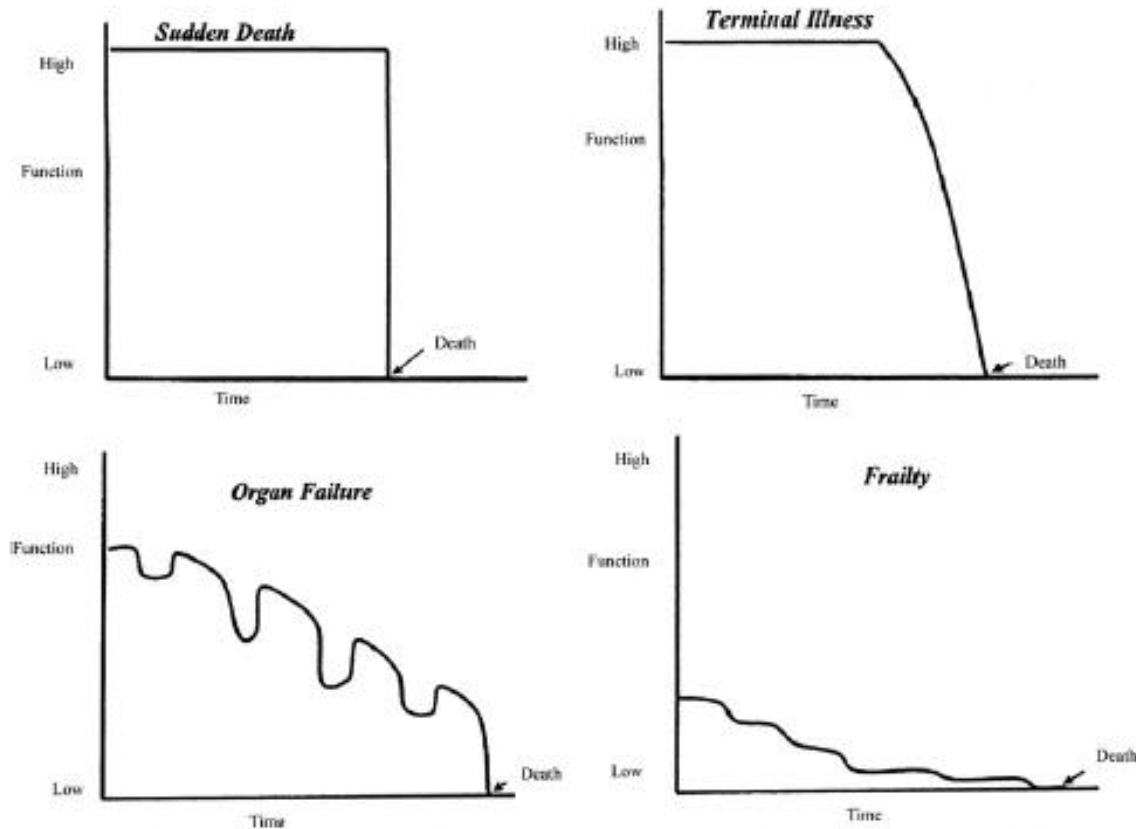
XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

• *Assessment of Illness Trajectory and Decline*

Proposed Trajectories of Dying



Pazienti con cancro, insufficienza cardiaca, malattie polmonari croniche e malattie renali ad uno stadio avanzato condividono uno spettro simile di sintomi e avere una via comune durante l'ultimo periodo delle loro patologia

Solano et al. J.Pain Symptom Manag. 2006, 31 58-69

• *Basic Formulation of Prognosis in Common Conditions.*

- Indirizza il medico d'urgenza nelle scelte terapeutiche
- Prepara pazienti e familiari su cosa aspettarsi

Talvolta la prognosi di una patologia end stage, se non precedentemente discussa coi medici curanti, va comunicata in PS



• *Difficult Communications/Breaking Bad News.*

- Il paziente e i familiari richiedono informazioni sulla prognosi per prepararsi ad affrontare l'evoluzione della patologia ed essere in grado di prendere decisioni a riguardo
- Il medico d'urgenza spesso evita la discussione col Pz e i familiari



SVANTAGGI DI UNA SCORRETTA COMUNICAZIONE:

- Il paziente “perde” tempo da trascorrere con i propri familiari e trascorre molto più tempo in ospedale
- Vengono iniziati interventi aggressivi come risultato dell'incertezza, dei tempi stretti, della complessità delle patologie e per motivi medico-legali



Reasons Why Physicians Do Not Have Discussions About Poor Prognosis, Why It Matters, and What Can Be Improved



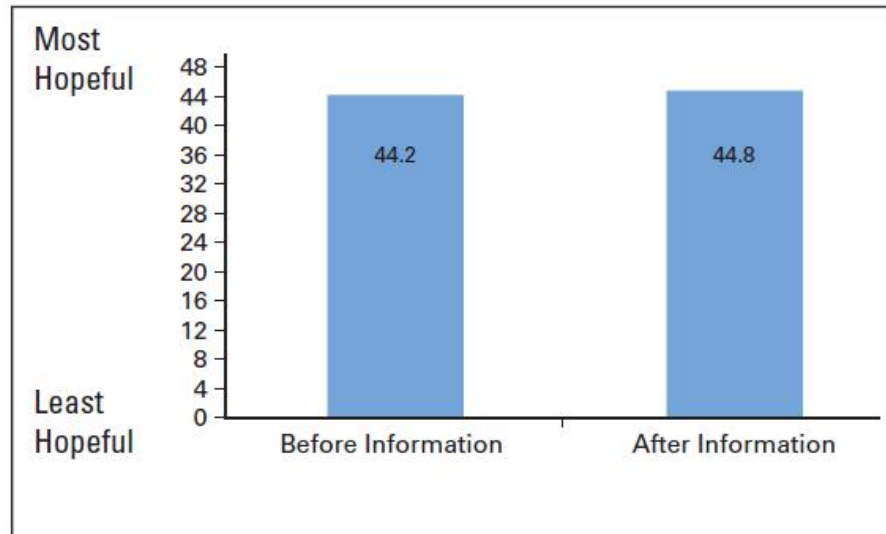
Jennifer W. Mack, Dana-Farber Cancer Institute and Children's Hospital, Boston, MA
Thomas J. Smith, Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, MD

"It Will Make People Depressed"



- Il disordine depressivo non è aumentato dalla discussione sul fine-vita ma da cure mediche aggressive e invasive nell'end-stage
- Circa il 90% dei pazienti con cancro vuole conoscere la propria prognosi

"It Will Take Away Hope"



La speranza non deriva dalla prognosi, ma dal rapporto di fiducia medico-paziente



XI congresso nazionale
simeu
ROMA 24-26 MAGGIO 2018

Fig 1. The effect of truthful information on the Herth Hope Index. Hope does not change with honest cancer information about prognosis and options. Data adapted with permission.²



Reasons Why Physicians Do Not Have Discussions About Poor Prognosis, Why It Matters, and What Can Be Improved

Jennifer W. Mack, Dana-Farber Cancer Institute and Children's Hospital, Boston, MA
Thomas J. Smith, Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, MD



“We Do Not Really Know a Patient’s Prognosis”



Pur non conoscendo nel dettaglio la storia clinica del Pz è sempre possibile formulare una prognosi

“Talking About Prognosis Is Not Culturally Appropriate”



Esistono differenze culturali ed etniche sulla volontà di ricevere o meno informazioni relative a prognosi infauste; tuttavia il medico dovrebbe chiedere quali sono le preferenze dei pazienti prima di assumere posizioni a riguardo

“We Do Not Like to Have These Discussions, and They Are Hard on Us”



- Per i medici che seguono un paziente per lungo tempo la comunicazione nell’end stage diventa difficile per l’impegno emozionale ed empatico
- Il 60% degli oncologi preferisce procrastinare più possibile la discussione sulla prognosi

Management End Stage

CAPITOLO 5

• *Difficult Communications/Breaking Bad News.*

DIFFICOLTA':

- Spazi affollati, rumorosi
- Compromissione della privacy
- Interruzioni frequenti, tempi stretti



**Il tempo dedicato all'informazione,
alla comunicazione
ed alla relazione
è tempo di cura.**

Management End Stage

CAPITOLO 5

- ***Advance Care Planning.***



- Difficile da gestire in PS
- Solo 8-24% dei paziente in end stage hanno impostato un piano di cure dal PS
- La comunicazione col paziente e i familiari deve essere continua a letto del paziente perché i punti di vista e le volontà possono cambiare nel corso dell'evoluzione della patologia



XI congresso nazionale
simeu
ROMA 24-26 MAGGIO 2018

Llovera I et al. Acad Emerg Med. 1999;3:50-53.
Ditto PH et al. Med Decis Making 2006;26:313-322.



Management End Stage

CAPITOLO 5

• *Family Presence During Resuscitation.*



- Assistere alla rianimazione può servire ai familiari a placare il senso di colpa dopo la morte e può essere di aiuto nell'elaborazione del lutto.
- I medici generalmente temono che sia traumatico per gli spettatori, che vi possa essere interferenza nella rianimazione o un contenzioso.
- I dati mostrano che tali paure sono ingiustificate.



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

Axelsson AB et al. Eur J Cardiovasc Nurs. 2005;4:161-169
Halm MA et al. Am J Crit Care. 2005;14:494-511



Management End Stage

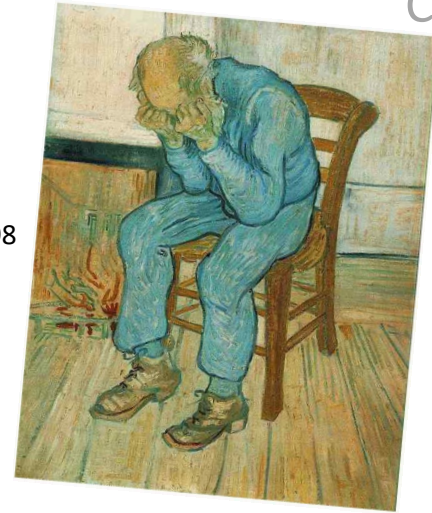
CAPITOLO 5

• *Management of Pain and Nonpain Symptoms.*

- Circa il 50% dei pazienti avverte dolore nel fine vita



JAMA 1995;274:1591-1598



- Spesso il controllo del dolore è inadeguato e l'attenzione del medico è focalizzata a sottoporre il pz a inutili esami diagnostici e trattamenti life-sustaining

Teno JM et al. J Am Geriatr. Soc 2000;48:s70-s74

Figure 1. WHO analgesic Ladder- start with non-opioids. NSAID = nonsteroidal anti-inflammatory drug. <http://www.paineurope.com/images/default-source/logos-tools/who-analgesic-ladder-cancerpain>.

- Management di sintomi non dolorosi: dispnea, nausea/vomito, delirium...

Management End Stage

CAPITOLO 5

• *Withdrawing and withholding nonbeneficial treatments.*

- Nell'end stage terapie aggressive, volte all'estensione della vita andrebbero sospese, mentre andrebbero rafforzate strategie basate sul comfort, controllo del dolore e sedazione
- Talvolta spetta al medico d'urgenza iniziare una discussione sull'opportunità di sospendere o proseguire un trattamento quando la morte è inevitabile
- In particolare, i medici di emergenza dovrebbero valutare ed esporre al paziente e ai familiari la possibilità di iniziare o sospendere l'assistenza del ventilatore e, al contempo, fornire consigli sui pro e contro della nutrizione artificiale e idratazione nell'end stage



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



Management End Stage

CAPITOLO 5

• *Management of the imminently dying.*

- Spiegare ai familiari che la morte è imminente in modo da lenire le sofferenze ed evitare che ci siano dubbi circa l'adozione di interventi aggressivi.
- Spiegare il processo della morte naturale, i cambiamenti neurologici, respiratori... e preparare i familiari ad affrontarlo mediante anche l'aiuto di psicologi, volontari e assistenza religiosa



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



Management End Stage

CAPITOLO 5

• *Knowledge of Hospice and Palliative Care Systems.*

• Hospice è concepita per assistere pazienti non suscettibili di trattamenti curativi e con un'aspettativa di vita non superiore a 6 mesi se la patologia di base segue il suo corso naturale.

• L'assistenza al paziente in end stage viene fornita da un team di medici, psicologi rispettando l'esigenze sociali e spirituali.



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



Reasons Why Physicians Do Not Have Discussions About Poor Prognosis, Why It Matters, and What Can Be Improved

Jennifer W. Mack, Dana-Farber Cancer Institute and Children's Hospital, Boston, MA
Thomas J. Smith, Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, MD



“Involvement of Hospice or Palliative Care Will Reduce Survival”



•La sopravvivenza nelle Hospice si è dimostrata sovrapponibile e in alcuni casi addirittura maggiore rispetto alle cure ospedaliere



Hospice Care and Survival among Elderly Patients with Lung Cancer

Akiko M. Saito, M.D., Ph.D.,¹ Mary Beth Landrum, Ph.D.,² Bridget A. Neville, M.P.H.,³
John Z. Ayanian, M.D., M.P.P.,^{2,4} Jane C. Weeks, M.D., M.Sc.,³ and Craig C. Earle, M.D., M.Sc., FRCPC⁵

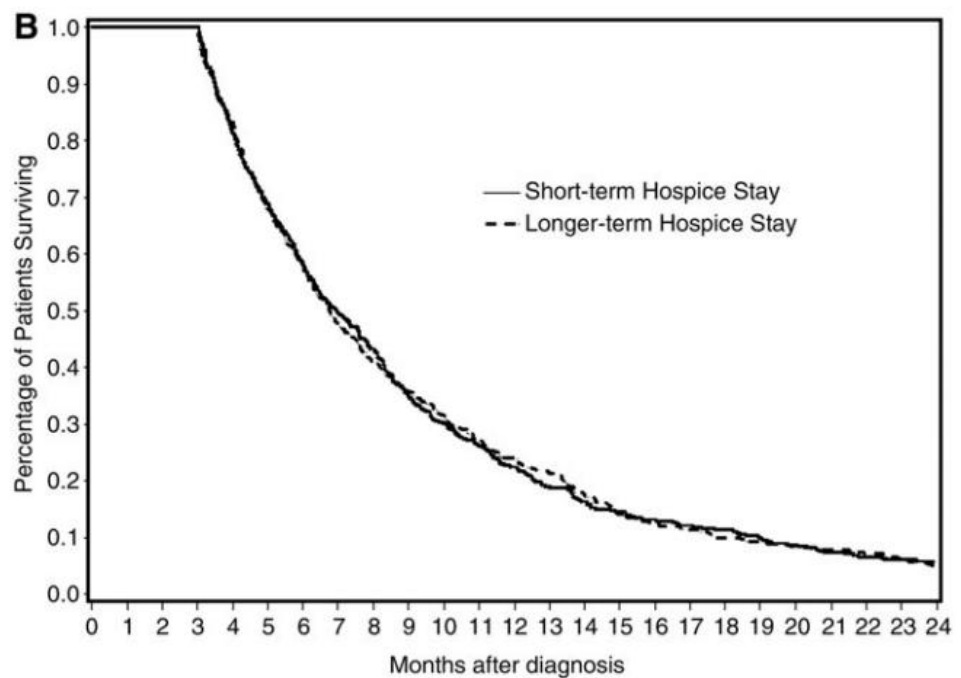
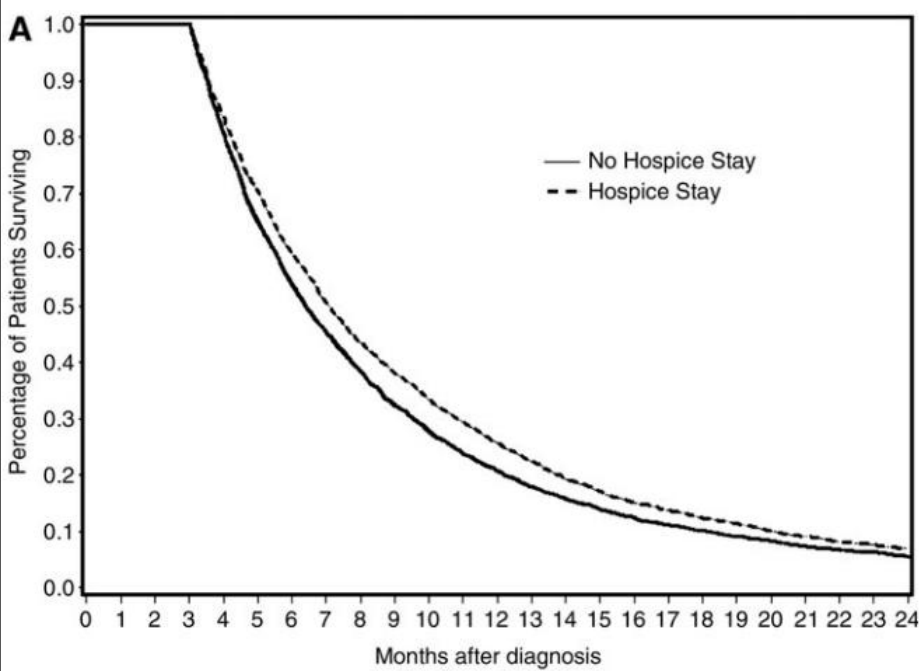


FIG. 1. Kaplan-Meier Survival Curves after diagnosis of advanced non-small cell lung cancer by the hospice utilization. **A:** A matched cohort A of 3186 nonhospice patients and 3186 hospice patients after controlling for baseline characteristics. **B:** A matched cohort B of 379 short-term hospice patients and 379 longer term hospice patients after controlling for baseline characteristics.

Management End Stage

CAPITOLO 5

• *Ethical and Legal Issues.*

- I pazienti in grado di decidere hanno il diritto di rifiutare i trattamenti medici raccomandati
- Per I pazienti incapaci di decidere si fa riferimento ad un referente legale o un familiare
- Le volontà possono essere scritte o raccolte verbalmente
- In definitiva, le decisioni riguardanti le cure nel fine-vita dovrebbero essere discusse con familiari e amici, e i desideri espressi dal paziente, quando è in grado di farlo, dovrebbero avere la precedenza



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



Management End Stage

CAPITOLO 5

• *Spiritual and cultural considerations.*

- L'assistenza spirituale gioca un ruolo fondamentale nell'end stage
- E' importante rispettare e permettere l'espressione di pratiche religiose, culturali e spirituali che possano dare sostegno al paziente non focalizzandosi solo sull'aspetto strettamente clinico-medico



Management End Stage

CAPITOLO 5

- ***Training opportunities in palliative care.***

- Education in Palliative and End of Life Care- Emergency Medicine (EPEC-EM) Project Curriculum.
- Sviluppato per medici e il personale che lavora nell'urgenza al fine di migliorare l'approccio delle cure palliative in PS



Table 1 Rapid Palliative Care Assessment- A Secondary Survey of ABCDs (Emanuel)

A-Advance directives	Any documents in place detailing wishes for life-sustaining measures?
B-Better	How can you help the patient feel better? Manage symptoms during acute resuscitation while determining the appropriate degree of resuscitative measures for the situation.
C-Caregivers	Is there anyone present at the bedside, in the waiting area, or who can be reached by phone? Consider their needs and desires.
D-Decision making capacity	Can the patient make their own decision regarding their care?

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Palliative care in the emergency department: an educational investigation and intervention

Jessica M. Goldonowicz¹, Michael S. Runyon¹ and Mark J. Bullard^{1,2*}

Question

Programma Educativo:

- lezioni
- simulazione di scenari
- approfondimenti in piccoli gruppi

- 1) The role of the emergency medicine physician in palliative care is important.
- 2) If I suspect a high risk of morbidity and/or mortality during an emergency department encounter, how often do I have this discussion with my patient?
- 3) I feel confident in my understanding of palliative care.
- 4) I feel confident in my ability to determine a patient's decision-making capacity.
- 5) I feel confident with initiating palliative care discussions and treatment in the emergency department.
- 6) Palliative care education is an important component to my residency training.
- 7) Simulation is an effective educational tool to learn palliative care skills.



RESEARCH ARTICLE

Open Access



Palliative care in the emergency department: an educational investigation and intervention

Jessica M. Goldonowicz¹, Michael S. Runvon¹ and Mark I. Bullard^{1,2*}

Pre-sim Q1
Post-sim Q1
Pre-sim Q2
Post-sim Q2
Pre-sim Q3
Post-sim Q3
Pre-sim Q4
Post-sim Q4
Pre-sim Q5
Post-sim Q5
Pre-sim Q6
Post-sim Q6
Pre-sim Q7
Post-sim Q7
0



Our study echoed previous literature in that it highlighted a need for palliative care educational curricula in medical education and specifically within EM residency training [8, 13–15]. Due to advances in medicine, patients are living longer with chronic complex diseases, thus creating an increasing need for common knowledge in palliative care medicine. While recent medical literature reflects a heightened interest in the field of palliative care [6], there remains a paucity of educational interventions; particularly within the emergency department setting [13] despite the fact that a majority of critically-ill patients are being admitted to the hospital through the emergency department. Lack of education,

Fig. 1 Pre/post survey responses for all PGY



The Integration of Palliative Care into the Emergency Department

Nursah BASOL

Table 3. The list of solution proposals for providing better PC in the ED

Proposed Solutions

Arrangements that include facilities to provide PC can be made in the existing health care system.

Training programs that include core competencies of PC can be added to ED residency programs.

Management guidelines that include PC emergencies can be prepared for ED staff.

Educational materials and courses from the ED perspective can be added ongoing medical education.

Arrangements intended to remove logistical barriers should be made in ED.

Special palliative care teams can be formed in the ED.

Arrangements that include providing legality of advance directives and DNR orders can be done in the existing health care system.

Palliative Emergency Medicine: Resuscitating Comfort Care?

Afzal Beemath, MD
Robert J. Zalenski, MD, MA

From the Department of Emergency Medicine, Wayne State University School of Medicine, Detroit, MI (Beemath, Zalenski); and the Maggie Allesee Center for Quality of Life, Hospice of Michigan, Detroit, MI (Zalenski).

Volume 54, N 1: July 2009 *Annals of Emergency Medicine*

*In una cultura
avanzata
l'uso di test*

*Salvare un
indesiderato
dal medico*

by a palliative approach is rapidly gaining credibility. The recognition that birth *and* death are key milestones of life will permit medicine to provide parallel training for better births *and* deaths, permitting the perimortem period to be as legitimate and celebrated as the perinatal one. Teaching conferences will have to be renamed as “Morbidity and Avoidable Mortality,” with **good deaths** taking their rightful place alongside good resuscitations, both being recognized as different kinds of good saves.

*diagnostiche
limitare*

*di
rà visto*



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018





Il dolore non è parte della vita, può diventare la vita stessa.

Frida Kahlo



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

Grazie

Segreteria Nazionale:

Via Valprato, 68 - 10155 Torino

c.f. 91206690371

p.i. 02272091204

Contatti:

tel +39 02 67077483

fax +39 02 89959799

segreteria@simeu.it