



# 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**

**Dr. Luigi Riccioni**

**Ospedale San Camillo, Roma**

**Padova, 25 Ottobre 2013**



# ***La dimensione del problema***



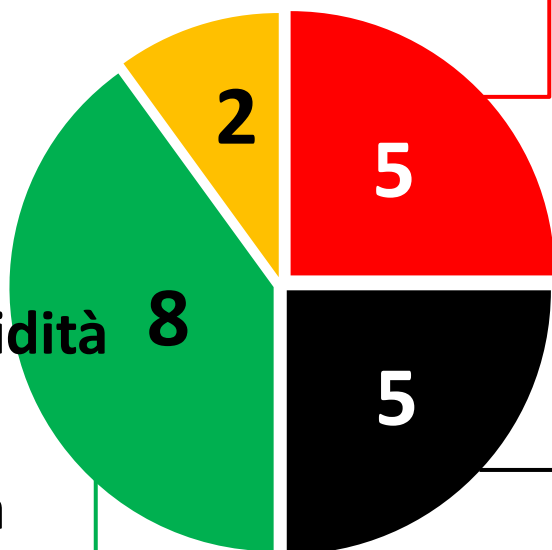
**Proporzione delle cause di morte/anno  
(su 20 decessi/MMG/anno)**

■ Cancro

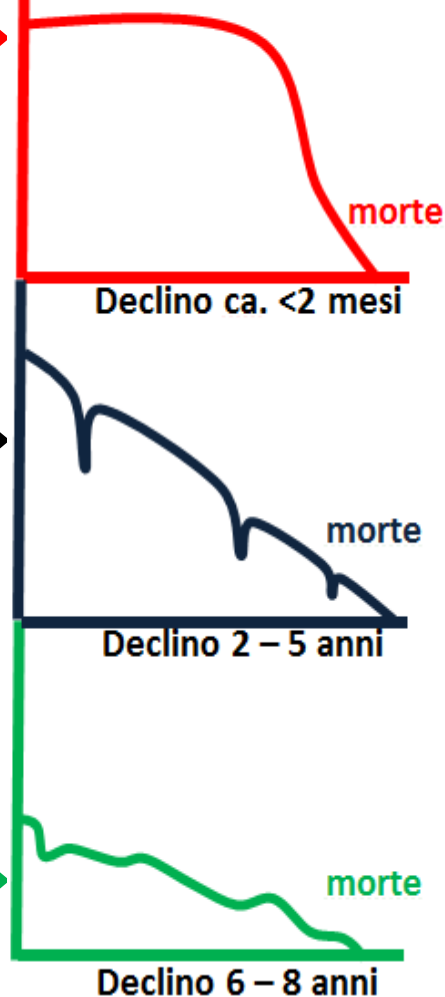
■ Insuff. Croniche

■ Fragilità+Comorbidità  
+Demenza

■ Morte improvvisa  
inattesa



**Traiettorie di malattia**



***Un problema spinoso...***

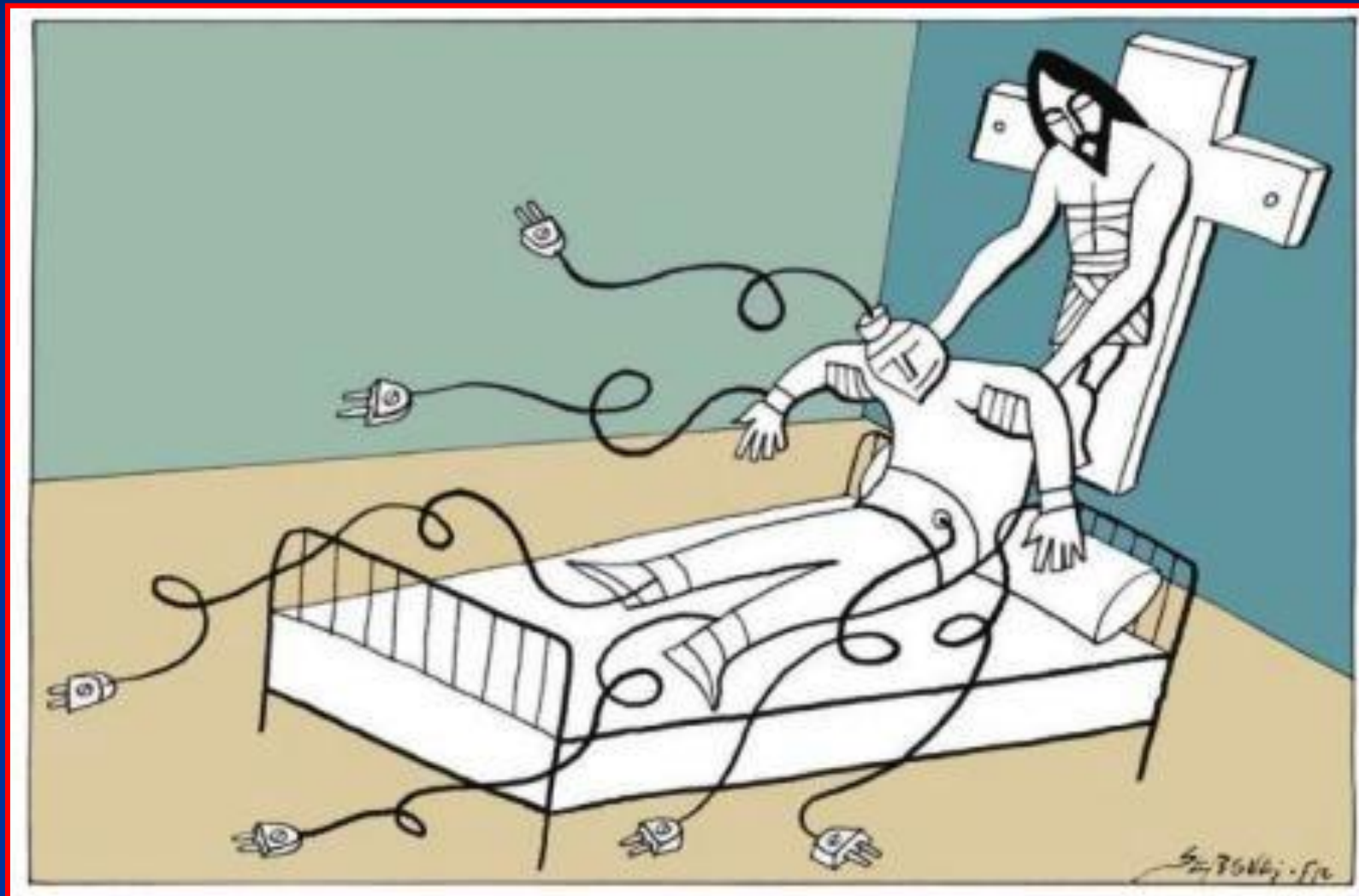




***Deve essere portato qui?***



***Chi può deciderlo?***







# ***Aspetti etici***





***Aspetti  
legali***



***Dubbi, incertezze, rimorsi...***

***Aspetti  
etici***



***... e l'incubo di fondo***



***Aspetti  
legali***

# ***Domande, maledette domande...***

***"E se noi non siamo d'accordo?"***

***"Lei ha la certezza matematica che mio padre non può essere salvato?"***

***"E se mio padre rientra in quell'uno per mille che invece ce la fa?"***

***"Lei pensa di sostituirsi a Dio?"***

***"Quale legge le dà il potere di decidere il momento della morte di un essere umano?"***

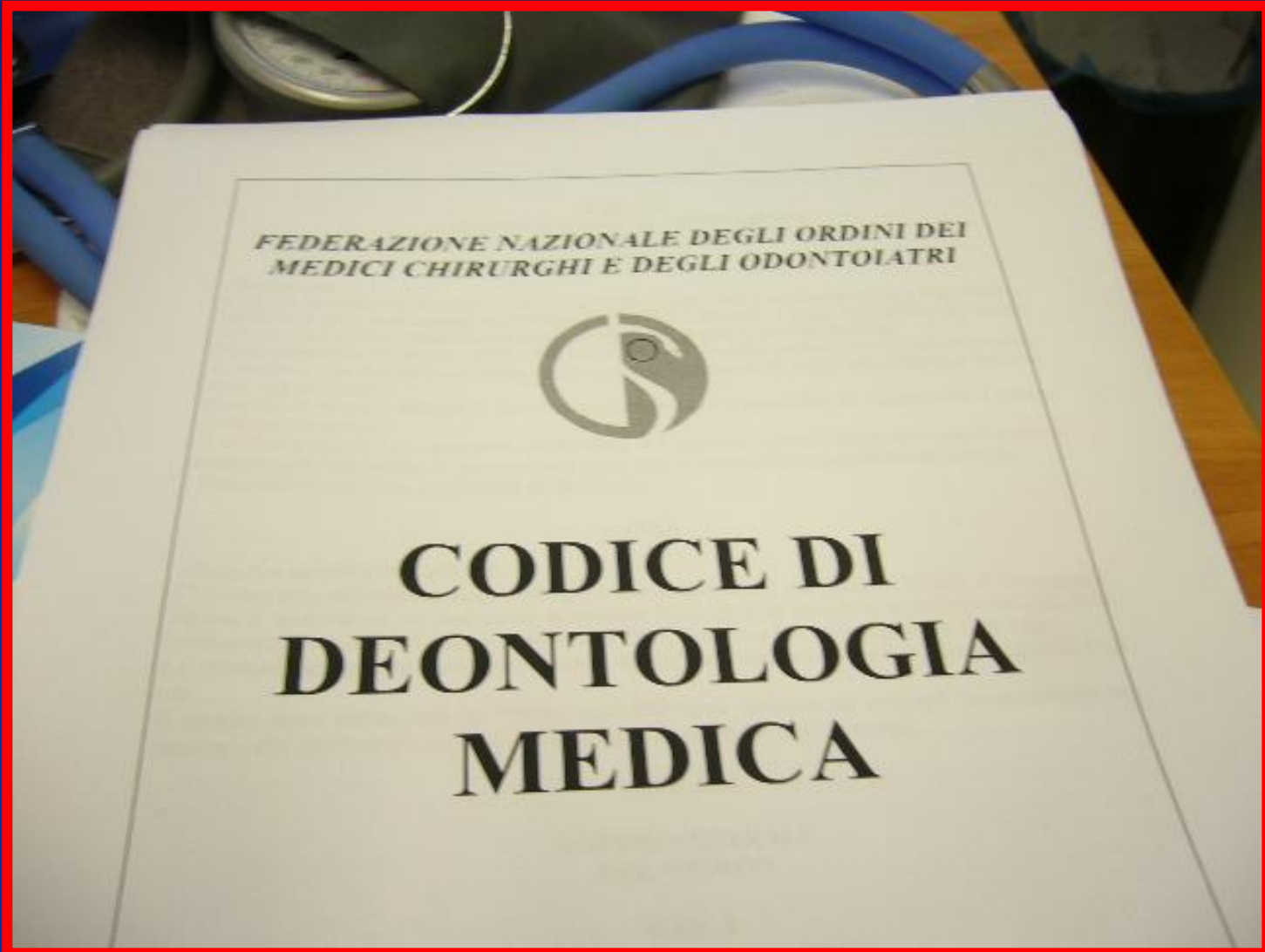
***"Quindi la possibilità di vivere di mio padre è legata alla personale convinzione di un medico?"***



***C'è un modo per cambiare abito?***



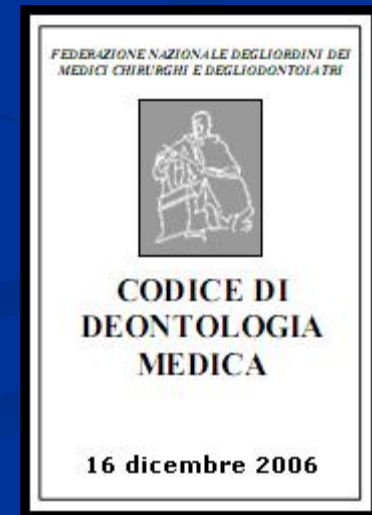
# ***Il nostro faro...***



# Art. 16

## Accanimento diagnostico-terapeutico

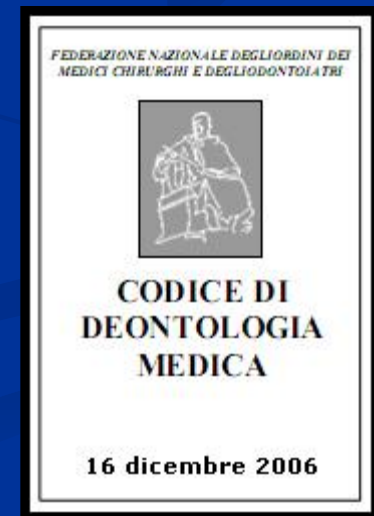
***Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita***



# Art. 17

# Eutanasia

***Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocare la morte.***





# Art. 22

## Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica

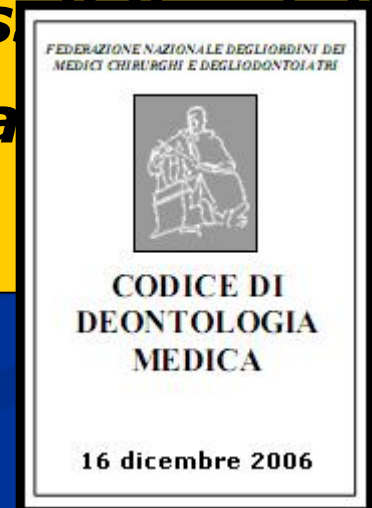
***Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera...***



# Art. 39

## Assistenza al malato a prognosi infausta

***In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psichico-fisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della***



# ***... ancora luce...***

## **LINEE GUIDA SIAARTI**

MINERVA ANESTESIOLOGIA 2003;69:101-18

### **SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for the limitation of treatment in intensive care**

GRUPPO DI STUDIO AD HOC DELLA COMMISSIONE DI BIOETICA DELLA SIAARTI



**Minerva Anesthesiol 2003**

***1)Reversibilità dello stato patologico  
acuto***

***2)Ragionevole probabilità di benefici  
attesi, anche in rapporto agli oneri del  
trattamento***

***3)Ragionevoli aspettative di risoluzione  
dello stato critico***



**Minerva Anesthesiol 2003**



# ***... e un altro faro***

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

---

SIAARTI - COMMISSIONE DI BIOETICA

---



**Minerva Anesthesiol 2006**

***... quando vi sia evidenza che l'approccio intensivo non prolunga la vita bensì procrastina un processo di morte ormai irreversibile, ad esso deve essere preferito l'approccio palliativo.***



**Raccomandazioni SIAARTI  
2006**

***... la scelta finale di interrompere o non erogare le cure intensive – seppure “illuminata” dalla persona vicina al malato – rimane propria del medico.***



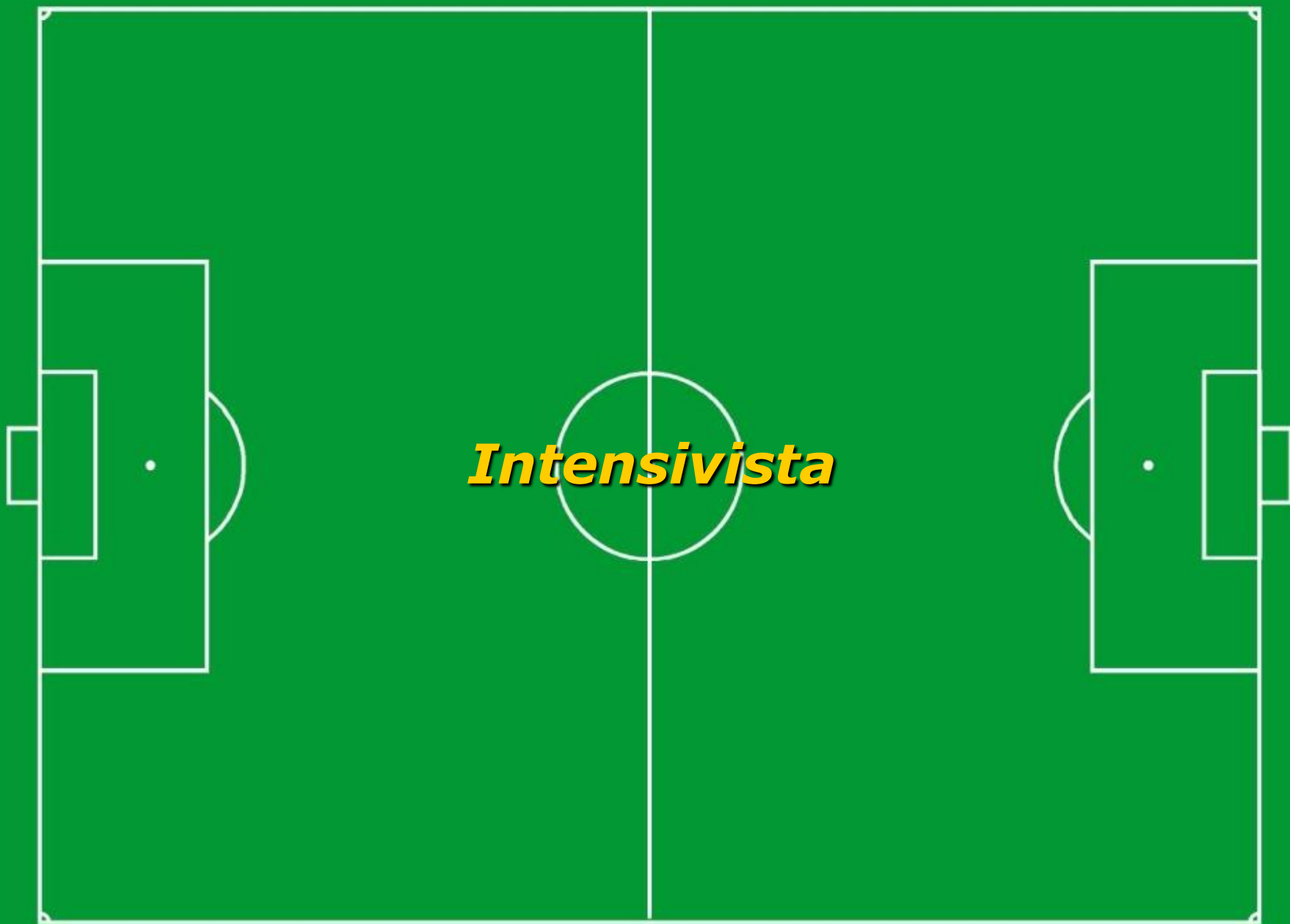
**Raccomandazioni SIAARTI  
2006**

***Le ragioni per una limitazione dei trattamenti intensivi sono di 3 ordini:***

- impossibilità del trattamento a perseguire l'obiettivo per cui è attuato***
- constatazione del fallimento di un trattamento dopo un periodo di prova per verificarne l'efficacia***
- rifiuto da parte del malato cosciente di un determinato trattamento o rispetto di dichiarazioni anticipate***



**Raccomandazioni SIAARTI  
2006**



***Intensivista***







**Gastro  
enterologo**

**Nefrologo**

**Medico  
D'urgenza**

**Cardiologo**

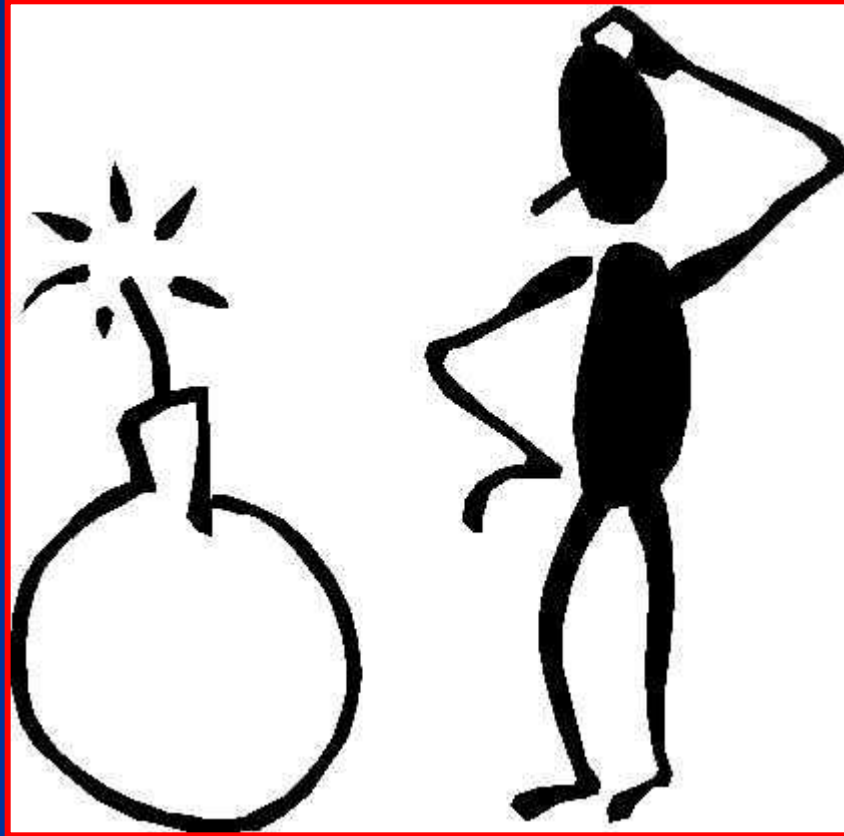
**Palliativista**

**Medico  
Medicina  
generale**

**Neurologo**

**Pneumologo**

***Ogni volta che c'è un  
problema grosso...***



***... mi ritrovo da solo!***



***La solitudine del consulente...***















**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)

 <b>SIAARTI</b> PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER	Italian Resuscitation Council  <b>IRC</b>	 <b>A.N.M.C.O.</b> ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI
 <b>SIMEU</b> Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza	 <b>SICP</b> Società Italiana di Cure Palliative	 <b>SIN</b> SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA
 <b>aniarti</b> Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica	 <b>SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE</b>	 <b>AIPO</b> ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI

## GRUPPO DI LAVORO

<b>COORDINATORE : Giuseppe R. Gristina – Gruppo di Studio Bioetica, Società Italiana di Anestesia, Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)</b>	
<b>Franco Aprà, medico d'urgenza – Torino</b>	<b>Pierangelo Lora Aprile, medico medicina generale - Desenzano (BS)</b>
<b>Stefano Bambi, infermiere – Firenze</b>	<b>Alberto Lucchini, infermiere – Monza</b>
<b>Giuseppe Brunetti, pneumologo – Roma</b>	<b>Paolo Malacarne, intensivista – Pisa</b>
<b>Patrizia Burra, gastroenterologa – Padova</b>	<b>Fabrizio Moggia, infermiere – Genova</b>
<b>Annalisa Carlucci, pneumologa – Pavia</b>	<b>Giuseppe Naretto, intensivista – Torino</b>
<b>Ignazio R. Causarano, neurologo – Milano</b>	<b>Stefano Nava, pneumologo – Bologna</b>
<b>Fabio Farinati, gastroenterologo – Padova</b>	<b>Luciano Orsi, palliativista – Mantova</b>
<b>Carlotta Fontaneto, intensivista – Vercelli</b>	<b>Andrea Purro, medico o d'urgenza – Torino</b>
<b>Marco Formica, nefrologo – Cuneo</b>	<b>Luigi Riccioni, intensivista – Roma</b>
<b>Alberto Giannini, intensivista – Milano</b>	<b>Massimo Romanò, cardiologo – Vigevano</b>
<b>Lavinia Goedecke, cardiologa – Firenze</b>	<b>Marco Vergano, intensivista – Torino</b>
<b>Iacopo Lanini, psicologo – Firenze</b>	<b>Nereo Zamperetti, intensivista – Vicenza</b>
<b>Sergio Livigni, intensivista – Torino</b>	<b>Alfredo Zuppiroli, cardiologo – Firenze</b>

	Michele Vitacca, Lumezzane (BS)
GASTROENTEROLOGIA	Marco Senzolo, Padova
MEDICINA GENERALE	Maurizio Cancian, Conegliano Veneto (TR) Giuseppe Ventriglia, Pinerolo (TO)
ANIARTI	Elio Drigo, Udine Giandomenico Giusti, Perugia
GIURISTI BIOETICISTI	Elisabetta Palermo-Fabris, giurista – Padova Mariassunta Piccinni, giurista – Padova Paolo Zatti, giurista - Padova Carlo Casonato, giurista – Trento Camillo Barbisan, bioeticista – Padova
ESTENSORI DEL DOCUMENTO FINALE	Giuseppe R. Gristina – Luciano Orsi



## REVISORI

MEDICINA INTENSIVA	Martin Langer, Milano Davide Mazzon, Belluno Gaetano Iapichino, Milano
CARDIOLOGIA	Marco Bobbio, Cuneo Michele Emdin, Pisa Roberto Satolli, Milano
CURE PALLIATIVE	Carlo Peruselli, Biella Giovanni Zaninetta, Brescia Pietro Morino, Firenze
MEDICINA D'URGENZA	Alessio Bertini, Pisa Fabio Causin, Treviso
NEFROLOGIA	Roberto Bergia, Biella Giuliano Brunori, Trento Claudio Ronco, Vicenza
NEUROLOGIA	Daniela Tarquini, Roma Carlo Alberto Defanti, Milano
PNEUMOLOGIA	Nicolino Ambrosino, Pisa Andrea Lopes Pena, Firenze Michele Vitacca, Lumezzane (BS)
GASTROENTEROLOGIA	Marco Senzolo, Padova
MEDICINA GENERALE	Maurizio Cancian, Conegliano Veneto (TR) Giuseppe Ventriglia, Pinerolo (TO)
ANIARTI	Elio Drigo, Udine Giandomenico Giusti, Perugia
GIURISTI BIOETICISTI	Elisabetta Palermo-Fabris, giurista – Padova Mariassunta Piccinni, giurista – Padova Paolo Zatti, giurista - Padova Carlo Casonato, giurista – Trento Camillo Barbisan, bioeticista – Padova
ESTENSORI DEL DOCUMENTO FINALE	Giuseppe R. Gristina – Luciano Orsi

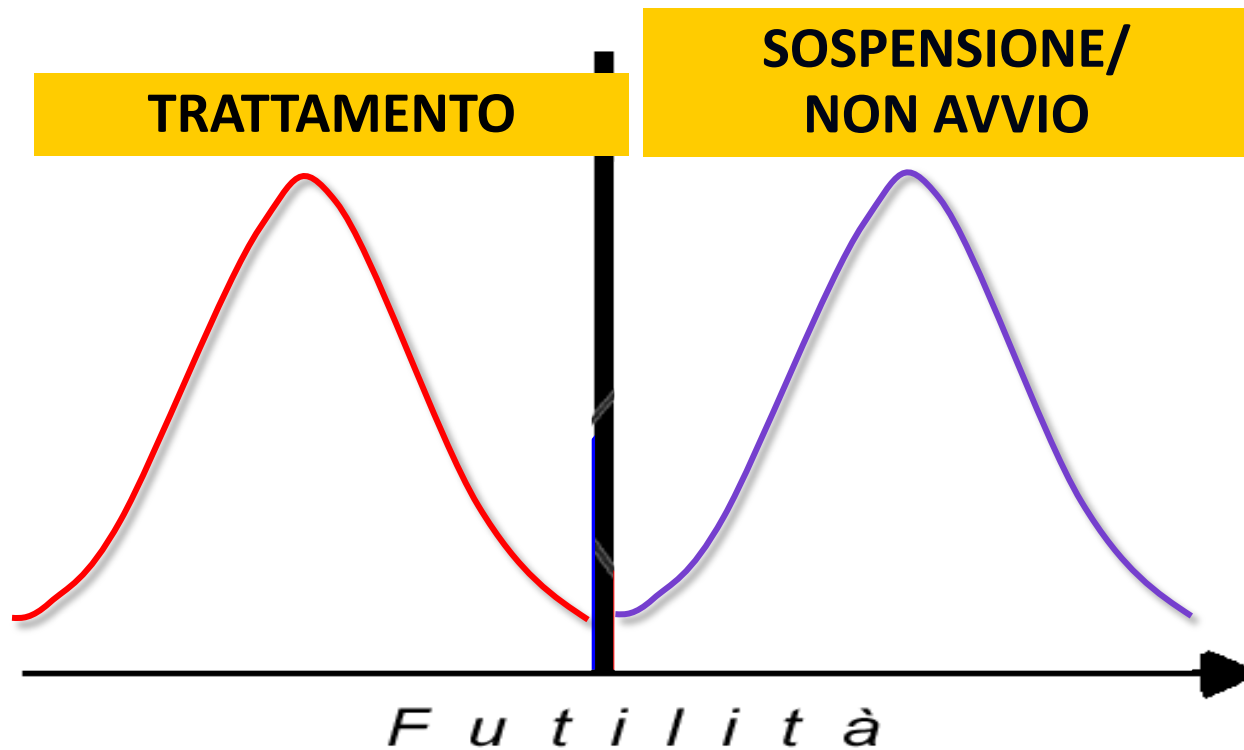
# ***La dura vita dei pionieri...***

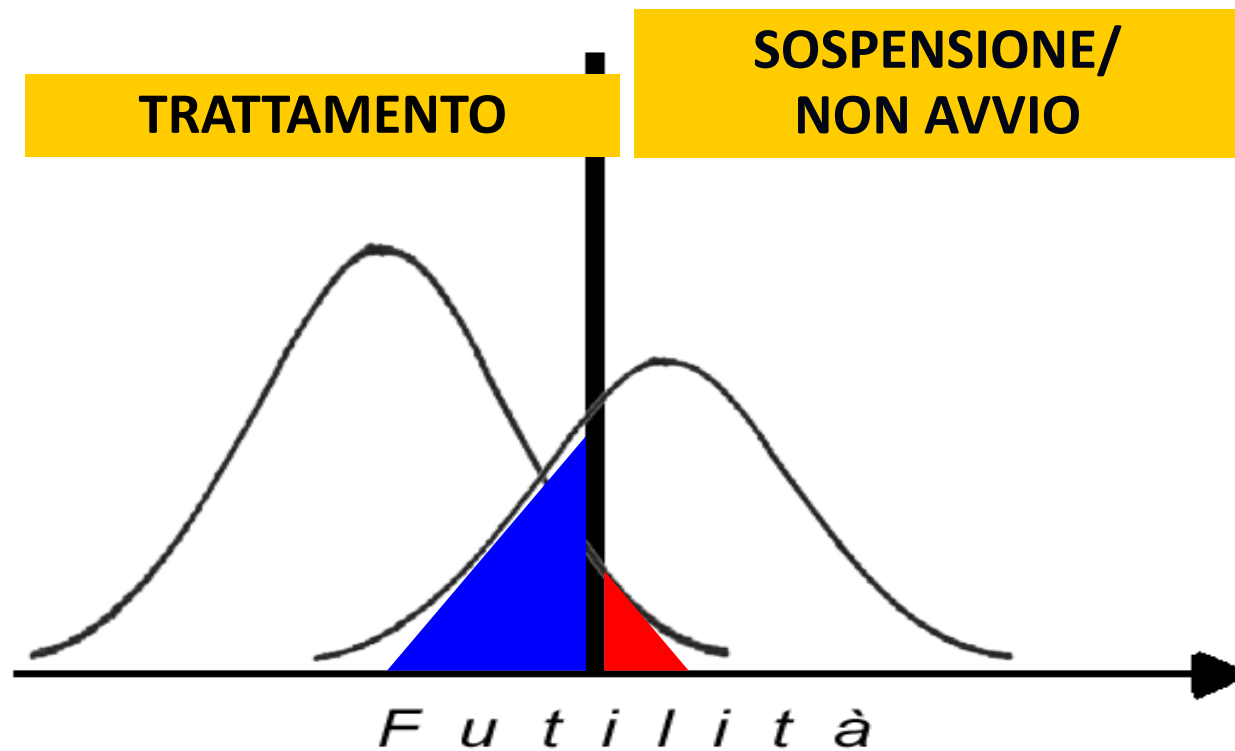


***Un mondo inesplorato...***



**Che strada prendere?**







# Perché è così difficile?

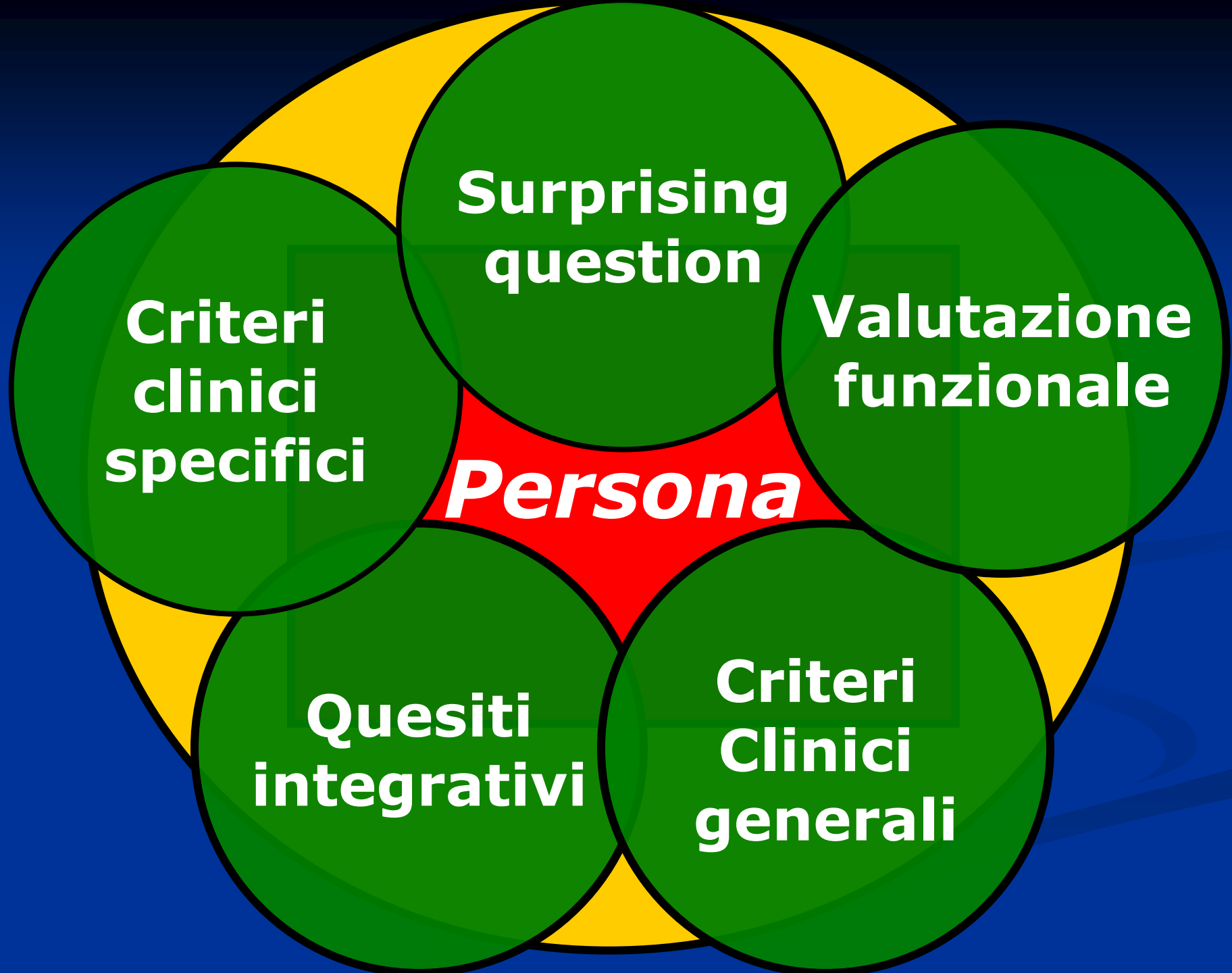


***Non ci sono evidenze scientifiche forti.***

***Non c'è un modo infallibile per individuare a priori chi ce la può fare.***

***Il punto di partenza...***







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

<b>INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)</b>	<p>classe NYHA IV</p> <p>&gt; 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi</p> <p>ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi</p> <p>necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale</p> <p>scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata</p> <p>cachessia</p>
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)</b>	<p>età &gt; 70 anni</p> <p>FEV1 &lt; 30% predetto</p> <p>dipendenza dall'ossigeno-terapia</p> <p>&gt;1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata</p> <p>insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità</p> <p>calo ponderale/cachessia</p> <p>ridotta autonomia funzionale</p> <p>aumento dipendenza</p>
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)</b>	<p>età &gt; 70 anni</p> <p>Pattern istologico "UIP" (se noto)</p> <p>dipendenza dall'ossigeno-terapia</p> <p>aspetto radiologico di "Honeycomb" all'HRTC del torace</p> <p>ridotta autonomia funzionale</p> <p>aumento dipendenza</p>
<b>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	<p>età &gt; 75 anni</p> <p>neoplasia in stadio avanzato</p> <p>grave malnutrizione</p> <p>patologia cardiaca o polmonare terminale</p> <p>stato vegetativo</p> <p>grave deterioramento cognitivo</p> <p>Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva</p>
<b>STROKE</b>	<p>NIHSS <math>\geq</math> 20 per lesioni sin.; <math>\geq</math> 15 per dx</p> <p>comparsa precoce di cefalea + nausea/vomito prime 6 h</p> <p>ipodensità precoce TC <math>\geq</math> 50% del territorio dell' a. silviana</p> <p>età &gt; 75 anni</p> <p>precedenti ictus</p> <p>fibrillazione atriale</p> <p>compromissione dello stato coscienza all'esordio</p> <p>deviazione coniugata dello sguardo</p> <p>febbre</p>
<b>MALATTIA DI PARKINSON</b>	<p>riduzione di efficacia del trattamento/politerapia farmacologica</p> <p>ridotta indipendenza</p> <p>malattia meno controllabile e meno prevedibile con periodi di "off"</p> <p>discinesie problemi di motilità e cadute</p> <p>disfagia</p> <p>segni psichiatrici</p>
<b>SLEROSI LATERALE AMIOTROFICA</b>	<p>richiesta diretta del malato e famiglia</p> <p>severa sofferenza psicologica, sociale, spirituale</p> <p>controllo del dolore che richiede elevate dosi di analgesici</p> <p>necessità di alimentazione enterale (PEG, SNG) per disfagia/malnutrizione</p> <p>presenza di dispnea o ipoventilazione con C.V. &lt; 50% o polmoniti da aspirazione</p> <p>perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei.</p> <p>difficoltà nella comunicazione verbale</p> <p>astenia</p> <p>disturbi cognitivi</p> <p>infezioni ricorrenti</p>
<b>DEMENZA</b>	<p>incapace a camminare senza assistenza e</p> <p>incontinenza urinaria e fecale e</p> <p>conversazione non significativa e incoerente (&lt;6 parole /giorno) e</p> <p>incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS <math>\leq</math> 50%) PIU' UNA O PIU' DELLE SEGUENTI</p> <p>perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi)</p> <p>infezioni ricorrenti del tratto urinario</p> <p>piaghe da decubito (stadio 3 o 4)</p> <p>febbre ricorrente</p>
<b>INSUFFICIENZA EPATICA</b>	<p>ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione</p> <p>non candidabilità a trapianto</p> <p>indice MELD &gt; 25</p> <p>indice SOFA &gt; 10.5</p> <p>complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale</p>

## INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)

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

	ridotta autonomia funzionale aumento dipendenza
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	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
<b>STROKE</b>	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
<b>MALATTIA DI PARKINSON</b>	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
<b>SLEROSI LATERALE AMIOOTROFICA</b>	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
<b>DEMENTIA</b>	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
<b>INSUFFICIENZA EPATICA</b>	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



## INSUFFICIENZA CARDIACA

classe NYHA IV

> 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi

## INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)

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

	stato vegetativo grave deterioramento cognitivo Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva
STROKE	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
MALATTIA DI PARKINSON	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
SCLEROSI LATERALE AMIOτροφICA	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
DEMENZA	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
INSUFFICIENZA EPATICA	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 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo

classe NYHA IV  
ed esacerbazioni ricorrenti di Mieloma

età > 70 anni  
FEV1 < 30% predetto

## INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)

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

	grave deterioramento cognitivo Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva
STROKE	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
MALATTIA DI PARKINSON	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
SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA	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
DEMENZA	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 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 EPATICA	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 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

<b>INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)</b>	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
	età > 70 anni

età > 70 anni

## INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

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

<b>MALATTIA DI PARKINSON</b>	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
<b>SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA</b>	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
<b>DEMENZA</b>	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 ≤ 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
<b>INSUFFICIENZA EPATICA</b>	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 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

<b>INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)</b>	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

## STROKE

età >75 anni

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

<b>SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA</b>	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
<b>DEMENZA</b>	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
<b>INSUFFICIENZA EPATICA</b>	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 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

<b>INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)</b>	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 età > 70 anni

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

## MALATTIA DI PARKINSON

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

<b>SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA</b>	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
<b>DEMENZA</b>	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
<b>INSUFFICIENZA EPATICA</b>	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 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

<b>INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	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

## SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

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

<b>DEMENZA</b>	incontinenza urinaria e fecale e conversazione non significativa e incoerente (<6 parole /giorno) e incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS ≤ 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
<b>INSUFFICIENZA EPATICA</b>	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 – Tabella riassuntiva dei criteri clinici specifici per iniziare a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo**

<b>INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	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 NIHSS $\geq 20$ per lesioni sin.; $\geq 15$ per dx

## SCLEROSI LATERALE

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

## DEMENZA

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 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 EPATICA

non candidabilità a trapianto  
indice MELD > 25  
indice SOFA > 10.5  
complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale

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

<b>INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	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
<b>STROKE</b>	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
<b>MALATTIA DI PARKINSON</b>	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

## DEMENZA

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 < 50%) PIÙ UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI

## INSUFFICIENZA EPATICA

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

complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale

# ***Attenzione!***



***Questi criteri da soli NON sono sufficienti a prendere la decisione***



# ***Surprising question***



***"Il malato potrebbe morire a causa della propria insufficienza cronica entro pochi mesi, settimane o giorni?"***





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

%	DEAMBULAZIONE	LIVELLO DI ATTIVITA' <i>EVIDENZA DI MALATTIA</i>	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	-	-	-	--



## 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)<sup>26, 27, 28, 29, 30, 31</sup>
- provenienza da lungo-degenza, da residenza sanitaria assistita, da domicilio con assistenza ©
- declino nutrizionale (cachessia)<sup>32</sup>
- malato anziano, con deficit cognitivo e con frattura di ossa lunghe<sup>33, 34, 35, 36</sup>
- neoplasia metastatica o localizzata in fase avanzata o allo stadio di incurabilità<sup>37</sup>
- O<sub>2</sub>-Terapia domiciliare, NIMV<sup>31</sup>
- arresto cardiaco extra-ospedaliero recuperato ma a prognosi severa o infausta<sup>38, 39</sup>
- malati candidati a trapianto ma inidonei a riceverlo per la patologia intercorrente<sup>40, 41</sup>
- necessità di ricovero in o provenienza da lungo-degenza/riabilitazione<sup>42</sup>, ©
- malato considerato un potenziale candidato a o già portatore di:
  - \* nutrizione artificiale via SNG/ PEG<sup>43, 44, 45, 46, 47</sup>
  - \* tracheotomia<sup>48</sup>
  - \* dialisi<sup>49</sup>
  - \* LVAD o AICD<sup>50</sup>
  - \* trapianto di midollo osseo (malati ad alto rischio)<sup>51, 52</sup>

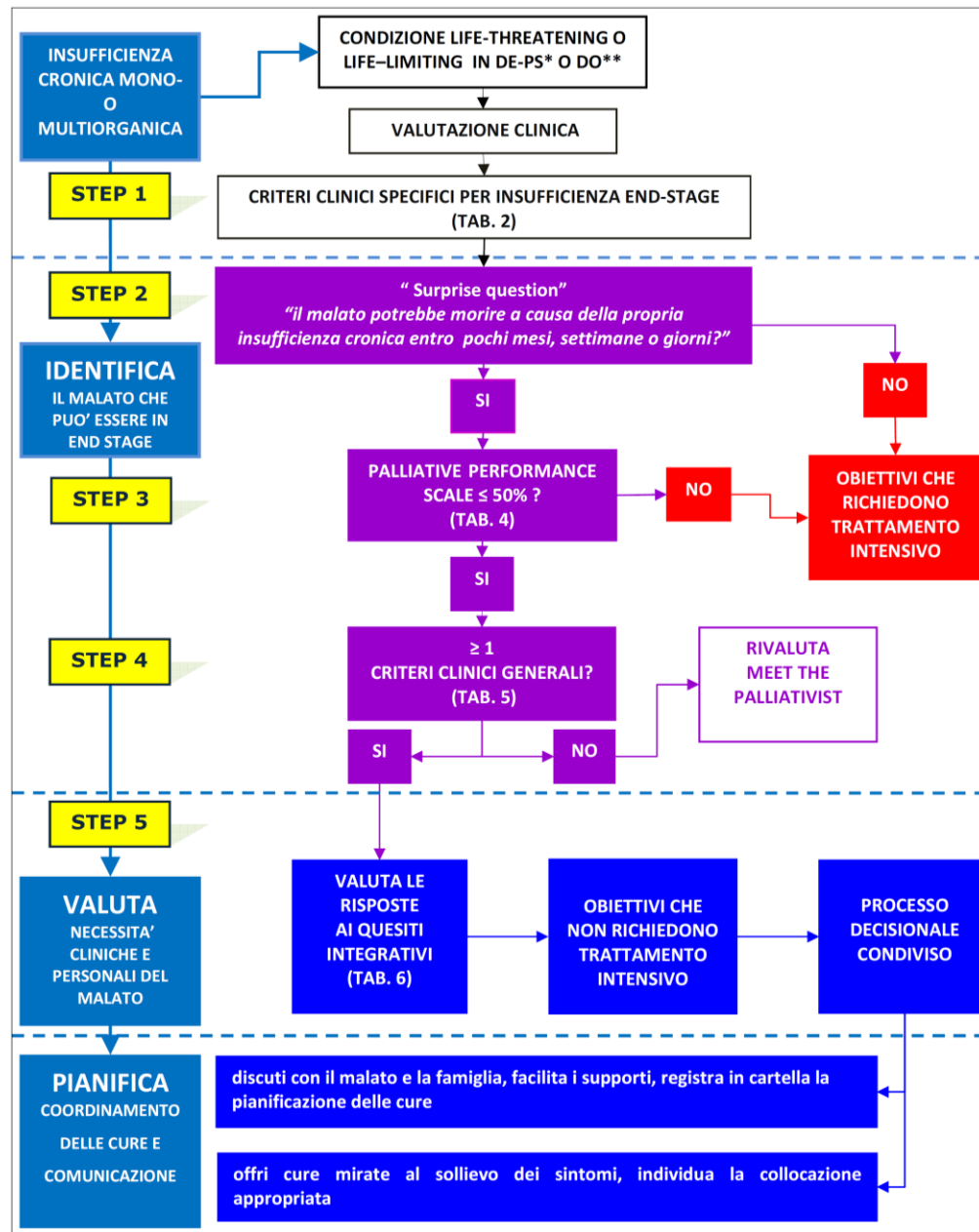


## Tabella 6 – Quesiti integrativi dei criteri clinici specifici e generali

© indicatori inclusi empiricamente sulla base dell'esperienza

<b>Sintomo di valutazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ci sono sintomi fisici o psicologici rilevanti e angoscianti?</li> <li>• il ricovero viene richiesto per difficile controllo di sintomi cronici (sintomo di moderata-grave intensità durata &gt;24-48h)? <sup>64</sup></li> </ul>
<b>Valutazione sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ci sono significative problematiche sociali ?</li> </ul>
<b>Valutazione dei bisogni spirituali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ci sono significativi bisogni spirituali ?</li> </ul>
<b>Identificazione degli obiettivi di cura centrati sul malato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vi è chiarezza e documentazione sugli obiettivi di cura? <sup>65</sup></li> <li>• vi sono incertezze o disaccordi tra malato, personale e/o familiari in materia di: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Decisioni relative a trattamenti medici aggressivi? <sup>72</sup></li> <li>* Preferenze sui trattamenti intensivi? <sup>72</sup></li> </ul> </li> <li>• quali sono le aspettative di approfondimento diagnostico, di cura e assistenza identificate dal malato, dalla famiglia, dal legittimo rappresentante?</li> <li>• le opzioni di trattamento sono in linea con le aspettative di cura identificate dal malato, dalla famiglia, dal legittimo rappresentante?</li> <li>• sono state esplicitate dal malato particolari scelte etiche (rifiuto/accettazione di determinati tipi di approfondimento diagnostico e di trattamento rispetto ad altri)? <sup>66, 67, 68, 69</sup></li> <li>• il malato ha già partecipato ad una pianificazione anticipata della cura?</li> <li>• il malato ha sottoscritto un documento di pianificazione anticipata della cura?</li> </ul>
<b>Comprensione delle opzioni di prognosi / trattamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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?</li> <li>• se la durata stimata dell'eventuale ricovero in TI è ≥7 gg il malato e la famiglia lo accettano? <sup>70, 71, 72, 73, 74, 75, ©</sup></li> </ul>
<b>Invio a cure post-dimissione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• quali sono i fattori chiave per un passaggio sicuro da un ambiente ad un altro?</li> <li>• è stato contattato il MMG dopo il ricovero?</li> <li>• la dimissione è stata concordata con il MMG ?</li> </ul>

Figura 1 – Schema riassuntivo del percorso clinico-assistenziale



\*DE-PS = Dipartimento Emergenza – Pronto Soccorso ; \*\*DO = Degenza Ordinaria



***E' stato scritto tutto  
chiaramente...***



***... o almeno speriamo!!!***

# ***Standard minimo***

***Uno o più criteri clinici specifici***

**+**

***Risposta positiva alla surprising question***

**+**

***PPS < 50%***

**+**

***Uno o più criteri clinici generali***

# ***Due casi clinici...***

TEORIA

PRATICA



# ***La Signora Maria Rossi...***

- **Donna di 86 anni**
- **Insufficienza renale cronica**
- **Grave oliguria**

<b>Urea</b>	<b>286</b>
<b>Creat</b>	<b>8,3</b>
<b>K</b>	<b>6,8</b>



# ***Emodialisi?***







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

<b>INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA</b>	età > 70 anni Pattern istologico "UIP" (se noto) dipendenza dall'ossigeno-terapia

## INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

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

<b>MALATTIA DI PARKINSON</b>	ridotta indipendenza malattia meno controllabile e meno prevedibile con periodi di "off" discinesie problemi di motilità e cadute disfagia segni psichiatrici
<b>SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA</b>	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
<b>DEMENZA</b>	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 ≤ 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
<b>INSUFFICIENZA EPATICA</b>	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



# ***Surprising question***



***"La paziente potrebbe morire a causa della propria insufficienza renale cronica entro pochi mesi, settimane o giorni?"***



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

%	DEAMBULAZIONE	LIVELLO DI ATTIVITA' <i>EVIDENZA DI MALATTIA</i>	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	-	-	-	--





## 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)<sup>26, 27, 28, 29, 30, 31</sup>
- provenienza da lungo-degenza, da residenza sanitaria assistita, da domicilio con assistenza ©
- declino nutrizionale (cachessia)<sup>32</sup>
- malato anziano, con deficit cognitivo e con frattura di ossa lunghe<sup>33, 34, 35, 36</sup>
- neoplasia metastatica o localizzata in fase avanzata o allo stadio di incurabilità<sup>37</sup>
- O<sub>2</sub>-Terapia domiciliare, NIMV<sup>31</sup>
- arresto cardiaco extra-ospedaliero recuperato ma a prognosi severa o infausta<sup>38, 39</sup>
- malati candidati a trapianto ma inidonei a riceverlo per la patologia intercorrente<sup>40, 41</sup>
- necessità di ricovero in o provenienza da lungo-degenza/riabilitazione<sup>42, ©</sup>
- malato considerato un potenziale candidato a o già portatore di:
  - \* nutrizione artificiale via SNG/ PEG<sup>43, 44, 45, 46, 47</sup>
  - \* tracheotomia<sup>48</sup>
  - \* dialisi<sup>49</sup>
  - \* LVAD o AICD<sup>50</sup>
  - \* trapianto di midollo osseo (malati ad alto rischio)<sup>51, 52</sup>



## Tabella 6 – Quesiti integrativi dei criteri clinici specifici e generali

© indicatori inclusi empiricamente sulla base dell'esperienza

<b>Sintomo di valutazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ci sono sintomi fisici o psicologici rilevanti e angoscianti?</li> <li>• il ricovero viene richiesto per difficile controllo di sintomi cronici (sintomo di moderata-grave intensità durata &gt;24-48h)? <sup>64</sup></li> </ul>
<b>Valutazione sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ci sono significative problematiche sociali ?</li> </ul>
<b>Valutazione dei bisogni spirituali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ci sono significativi bisogni spirituali ?</li> </ul>
<b>Identificazione degli obiettivi di cura centrati sul malato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vi è chiarezza e documentazione sugli obiettivi di cura? <sup>65</sup></li> <li>• vi sono incertezze o disaccordi tra malato, personale e/o familiari in materia di: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Decisioni relative a trattamenti medici aggressivi? <sup>72</sup></li> <li>* Preferenze sui trattamenti intensivi? <sup>72</sup></li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• quali sono le aspettative di approfondimento diagnostico, di cura e assistenza identificate dal malato, dalla famiglia, dal legittimo rappresentante?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le opzioni di trattamento sono in linea con le aspettative di cura identificate dal malato, dalla famiglia, dal legittimo rappresentante?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sono state esplicitate dal malato particolari scelte etiche (rifiuto/accettazione di determinati tipi di approfondimento diagnostico e di trattamento rispetto ad altri)? <sup>66, 67, 68, 69</sup></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• il malato ha già partecipato ad una pianificazione anticipata della cura?</li> <li>• il malato ha sottoscritto un documento di pianificazione anticipata della cura?</li> </ul>
<b>Comprensione delle opzioni di prognosi / trattamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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?</li> <li>• se la durata stimata dell'eventuale ricovero in TI è ≥7 gg il malato e la famiglia lo accettano? <sup>70, 71, 72, 73, 74, 75, ©</sup></li> </ul>
<b>Invio a cure post-dimissione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• quali sono i fattori chiave per un passaggio sicuro da un ambiente ad un altro?</li> <li>• è stato contattato il MMG dopo il ricovero?</li> <li>• la dimissione è stata concordata con il MMG ?</li> </ul>

# Decisione collegiale



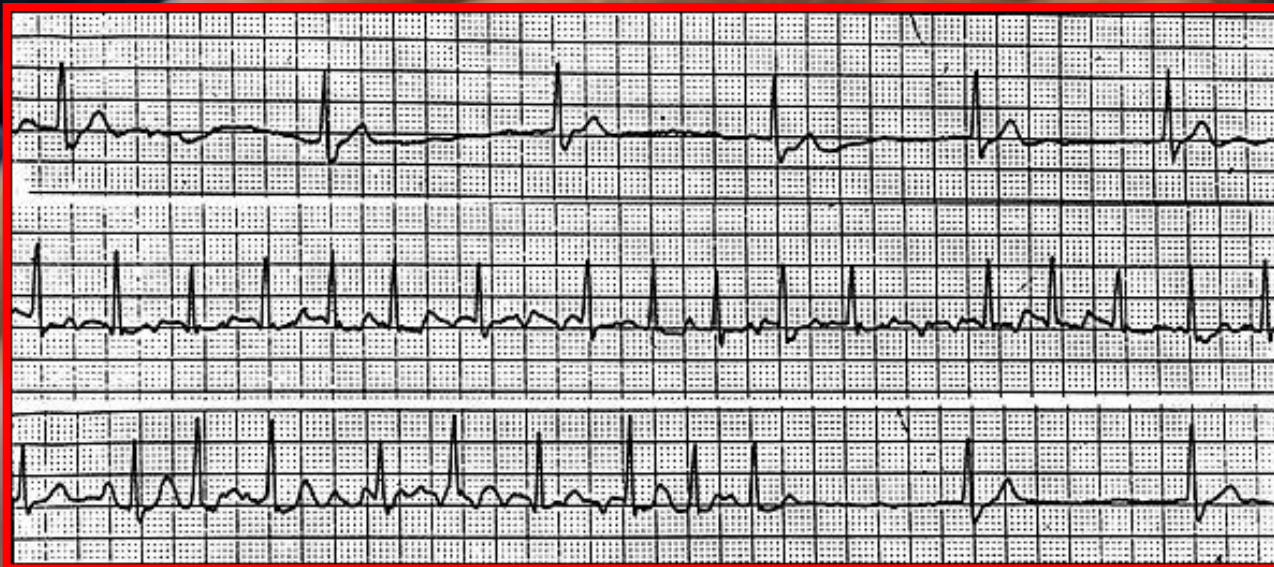
***La paziente non è stata sottoposta a emodialisi ed è stata avviata ad un percorso di cure palliative.***

***I familiari hanno condiviso la decisione.***



# ***Il Signor Mario Verdi***

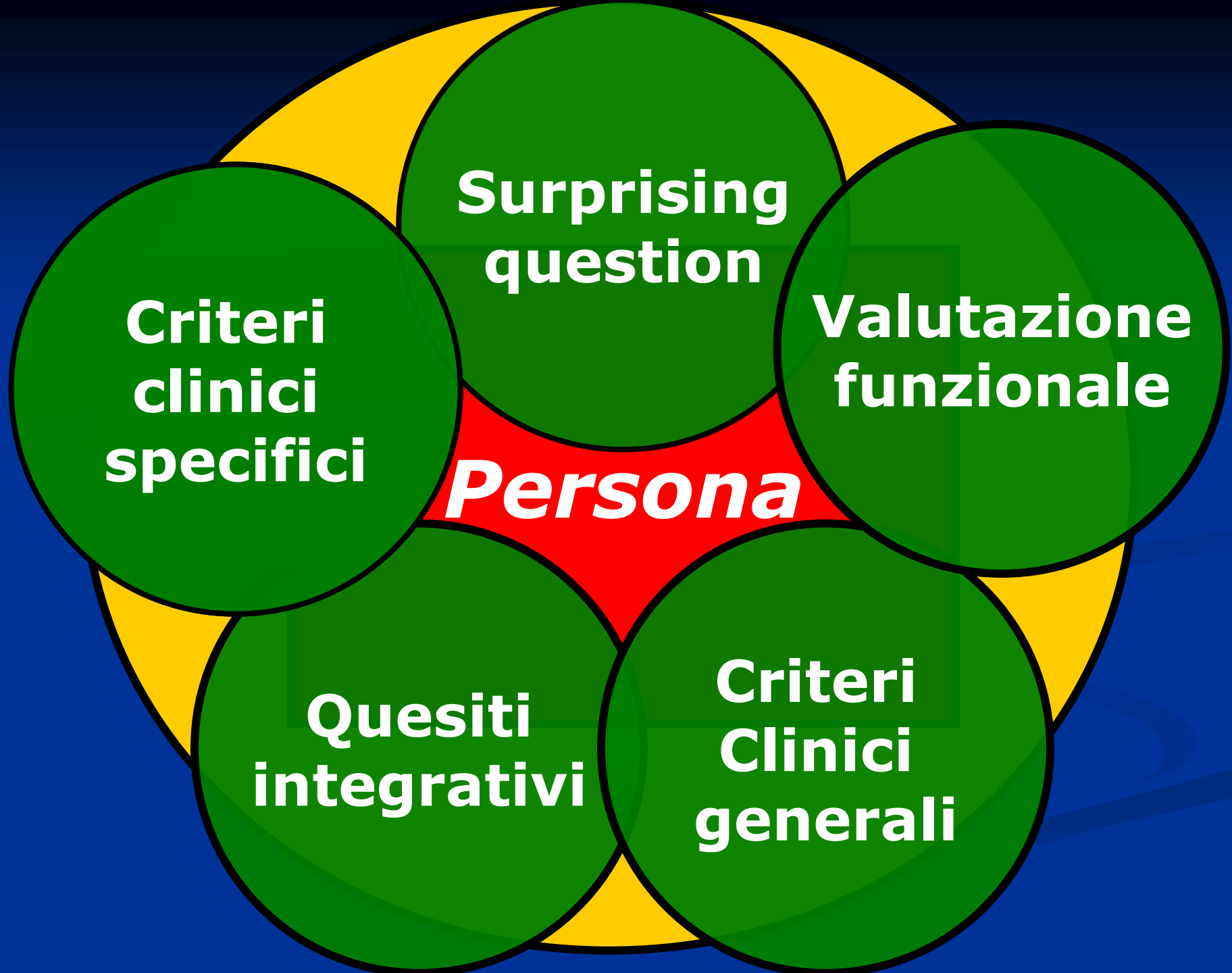
- Uomo di 81 anni
- Insufficienza cardiaca cronica
- Malattia del nodo del seno



# ***Pace maker?***







**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)**

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

**INSUFFICIENZA CARDIACA  
CRONICA (con terapia  
medica ottimale)**

**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

<b>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	neoplasia in stadio avanzato grave malnutrizione patologia cardiaca o polmonare terminale stato vegetativo grave deterioramento cognitivo Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva
<b>STROKE</b>	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
<b>MALATTIA DI PARKINSON</b>	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
<b>SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA</b>	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
<b>DEMENZA</b>	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
<b>INSUFFICIENZA EPATICA</b>	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



# ***Surprising question***



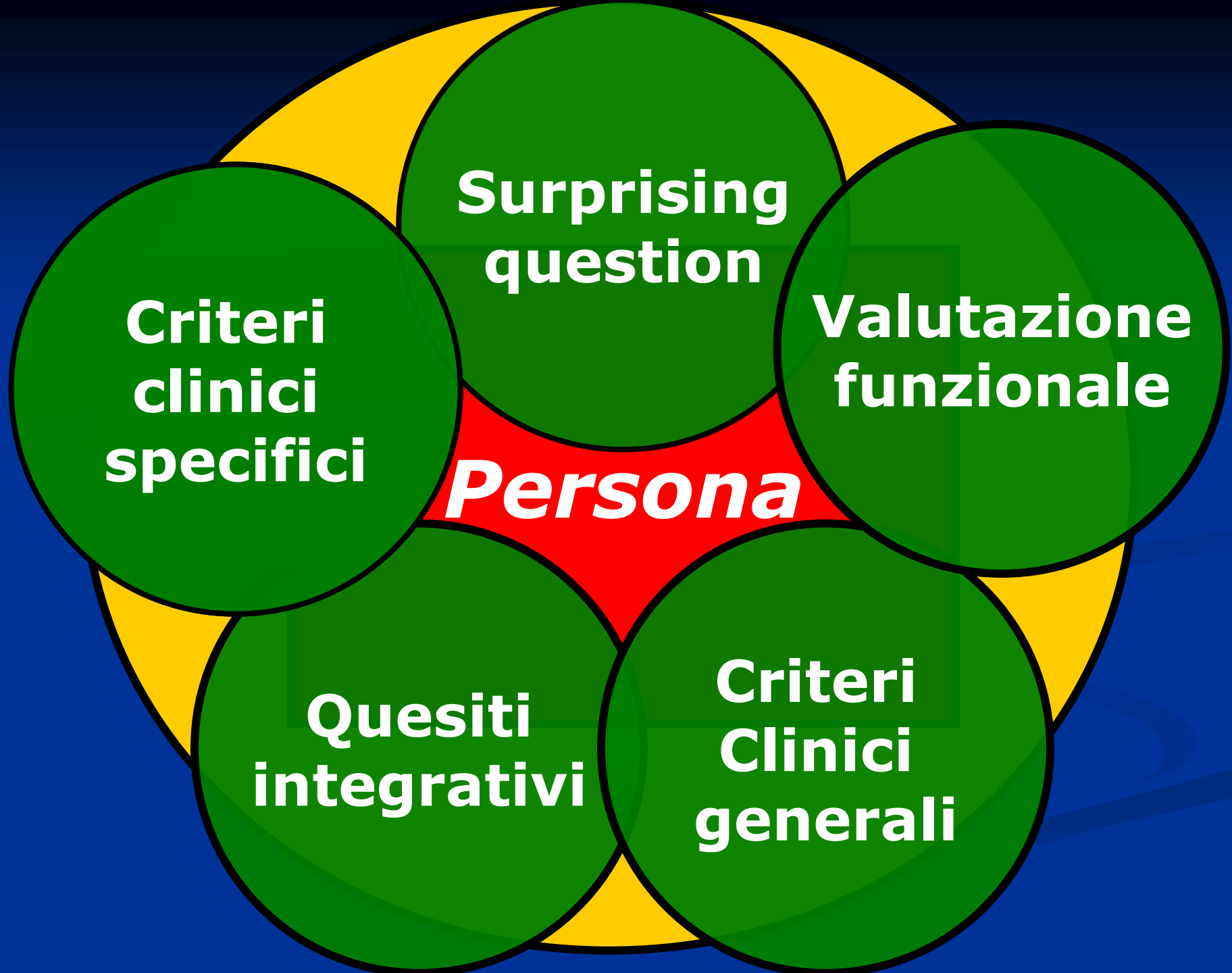
***"Il paziente potrebbe morire a causa della propria insufficienza cardiaca cronica entro pochi mesi, settimane o giorni?"***



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

%	DEAMBULAZIONE	LIVELLO DI ATTIVITA' <i>EVIDENZA DI MALATTIA</i>	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	-	-	-	--





## 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)<sup>26, 27, 28, 29, 30, 31</sup>
- provenienza da lungo-degenza, da residenza sanitaria assistita, da domicilio con assistenza ©
- declino nutrizionale (cachessia)<sup>32</sup>
- malato anziano, con deficit cognitivo e con frattura di ossa lunghe<sup>33, 34, 35, 36</sup>
- neoplasia metastatica o localizzata in fase avanzata o allo stadio di incurabilità<sup>37</sup>
- O<sub>2</sub>-Terapia domiciliare, NIMV<sup>31</sup>
- arresto cardiaco extra-ospedaliero recuperato ma a prognosi severa o infausta<sup>38, 39</sup>
- malati candidati a trapianto ma inidonei a riceverlo per la patologia intercorrente<sup>40, 41</sup>
- necessità di ricovero in o provenienza da lungo-degenza/riabilitazione<sup>42, ©</sup>
- malato considerato un potenziale candidato a o già portatore di:
  - \* nutrizione artificiale via SNG/ PEG<sup>43, 44, 45, 46, 47</sup>
  - \* tracheotomia<sup>48</sup>
  - \* dialisi<sup>49</sup>
  - \* LVAD o AICD<sup>50</sup>
  - \* trapianto di midollo osseo (malati ad alto rischio)<sup>51, 52</sup>



## Tabella 6 – Quesiti integrativi dei criteri clinici specifici e generali

© indicatori inclusi empiricamente sulla base dell'esperienza

<b>Sintomo di valutazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ci sono sintomi fisici o psicologici rilevanti e angoscianti?</li> <li>• il ricovero viene richiesto per difficile controllo di sintomi cronici (sintomo di moderata-grave intensità durata &gt;24-48h)? <sup>64</sup></li> </ul>
<b>Valutazione sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ci sono significative problematiche sociali ?</li> </ul>
<b>Valutazione dei bisogni spirituali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ci sono significativi bisogni spirituali ?</li> </ul>
<b>Identificazione degli obiettivi di cura centrati sul malato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vi è chiarezza e documentazione sugli obiettivi di cura? <sup>65</sup></li> <li>• vi sono incertezze o disaccordi tra malato, personale e/o familiari in materia di: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Decisioni relative a trattamenti medici aggressivi? <sup>72</sup></li> <li>* Preferenze sui trattamenti intensivi? <sup>72</sup></li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• quali sono le aspettative di approfondimento diagnostico, di cura e assistenza identificate dal malato, dalla famiglia, dal legittimo rappresentante?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le opzioni di trattamento sono in linea con le aspettative di cura identificate dal malato, dalla famiglia, dal legittimo rappresentante?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sono state esplicitate dal malato particolari scelte etiche (rifiuto/accettazione di determinati tipi di approfondimento diagnostico e di trattamento rispetto ad altri)? <sup>66, 67, 68, 69</sup></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• il malato ha già partecipato ad una pianificazione anticipata della cura?</li> </ul>
<b>Comprensione delle opzioni di prognosi / trattamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• il malato ha sottoscritto un documento di pianificazione anticipata della cura?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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?</li> <li>• se la durata stimata dell'eventuale ricovero in TI è ≥7 gg il malato e la famiglia lo accettano? <sup>70, 71, 72, 73, 74, 75, ©</sup></li> </ul>
<b>Invio a cure post-dimissione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• quali sono i fattori chiave per un passaggio sicuro da un ambiente ad un altro?</li> <li>• è stato contattato il MMG dopo il ricovero?</li> <li>• la dimissione è stata concordata con il MMG ?</li> </ul>

# Decisione collegiale



***Il paziente è stato sottoposto a posizionamento di PM ed è stata avviato ad un percorso di cure intensive.***

***Il paziente e i familiari hanno condiviso la decisione.***



# 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 dal Consiglio Direttivo SIAARTI in data 22.04.2013



# Cosa rimane da fare?

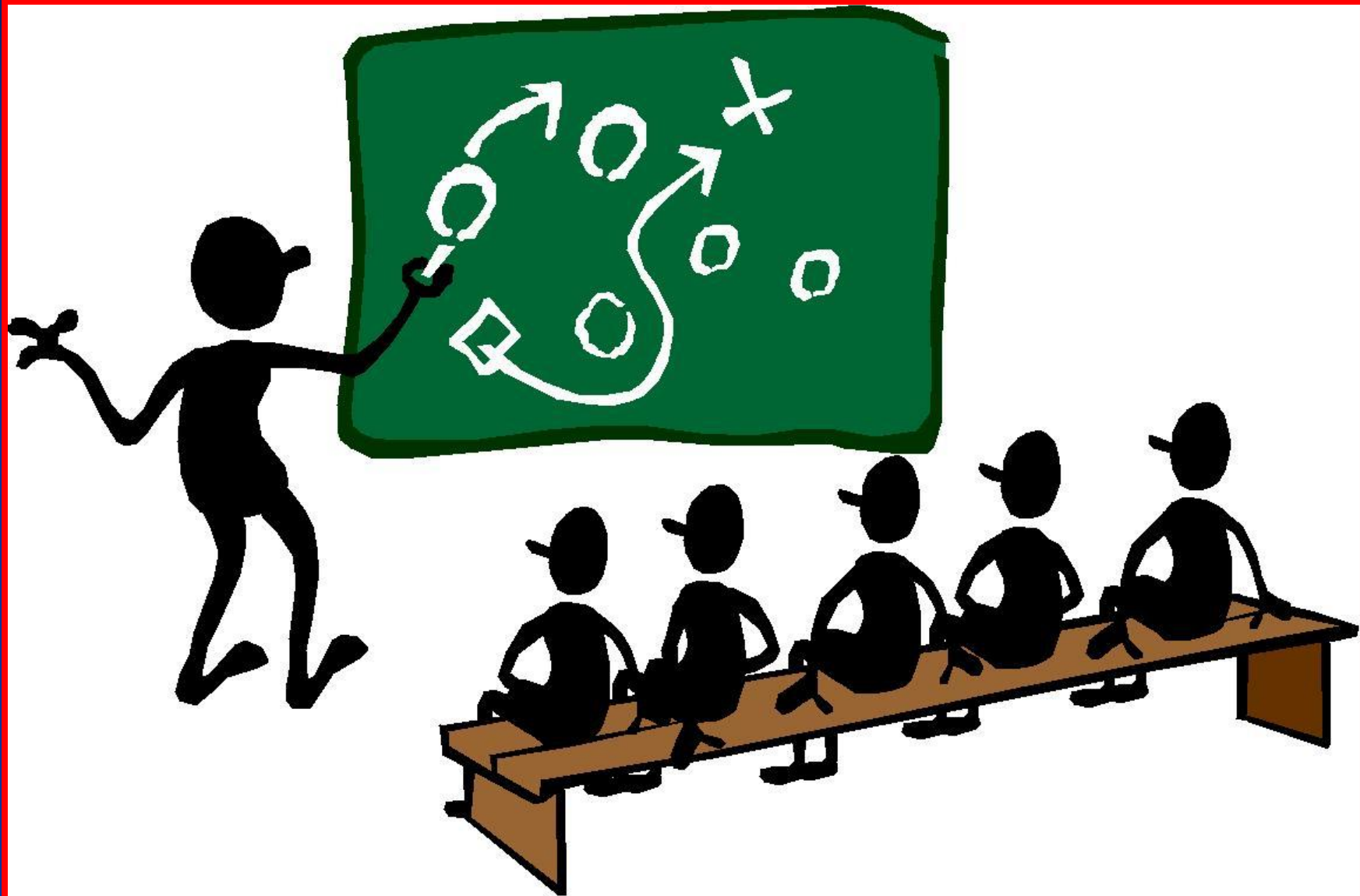




# 1) Divulgazione



## 2) Formazione



# Comunicazione



# 3) Aggiornamento



# Punto di arrivo...



# *... o di partenza?*

# 4) Coinvolgimento



***... del grande assente***



# Due lingue diverse...



***... il grande paradosso***

# Conclusioni



FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI  
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI



**CODICE DI  
DEONTOLOGIA  
MEDICA**

16 dicembre 2006

**SIAARTI guidelines for admission to and discharge  
from Intensive Care Units and for the limitation  
of treatment in intensive care**

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



**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**



***.. ricordati sempre che è  
una PERSONA!***



# Io ho imparato che...



***... se lo voglio davvero  
aiutare...***



***... devo saperlo ascoltare***



***Se voglio capire davvero...***



**... di cosa ha bisogno**











# ***Medicina narrativa...***



***Quando iniziò a uscire dal coma...***

***"Parlagli di qualcosa che ama"***

A dark, rocky tunnel with water on the floor and a bright light at the end. The text "Parlagli di qualcosa che ama" is written in large, red, 3D block letters across the middle of the image, following the curve of the tunnel. The background is a dark, rocky tunnel with water on the floor and a bright light at the end.



***Parlagli di qualcosa che ama***





**Grazie per l'attenzione**