



# 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***



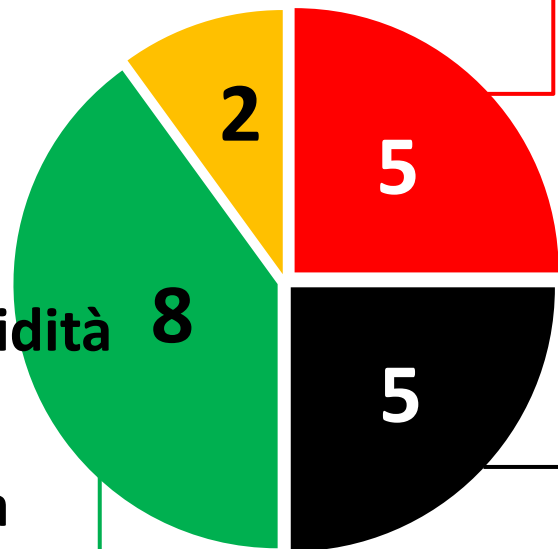
# Proporzione delle cause di morte/anno (su 20 decessi/MMG/anno)

■ Cancro

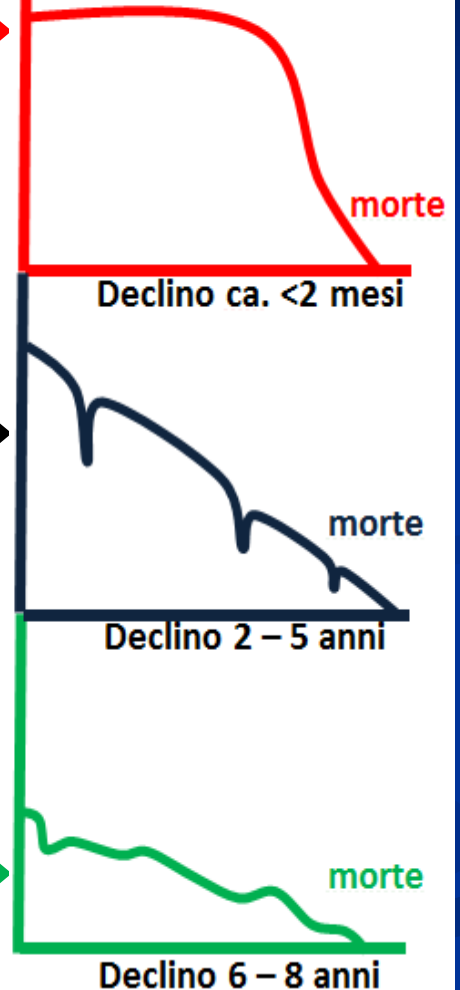
■ Insuff. Croniche

■ Fragilità+Comorbidità  
+Demenza

■ Morte improvvisa  
inattesa



## Traiettorie di malattia



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

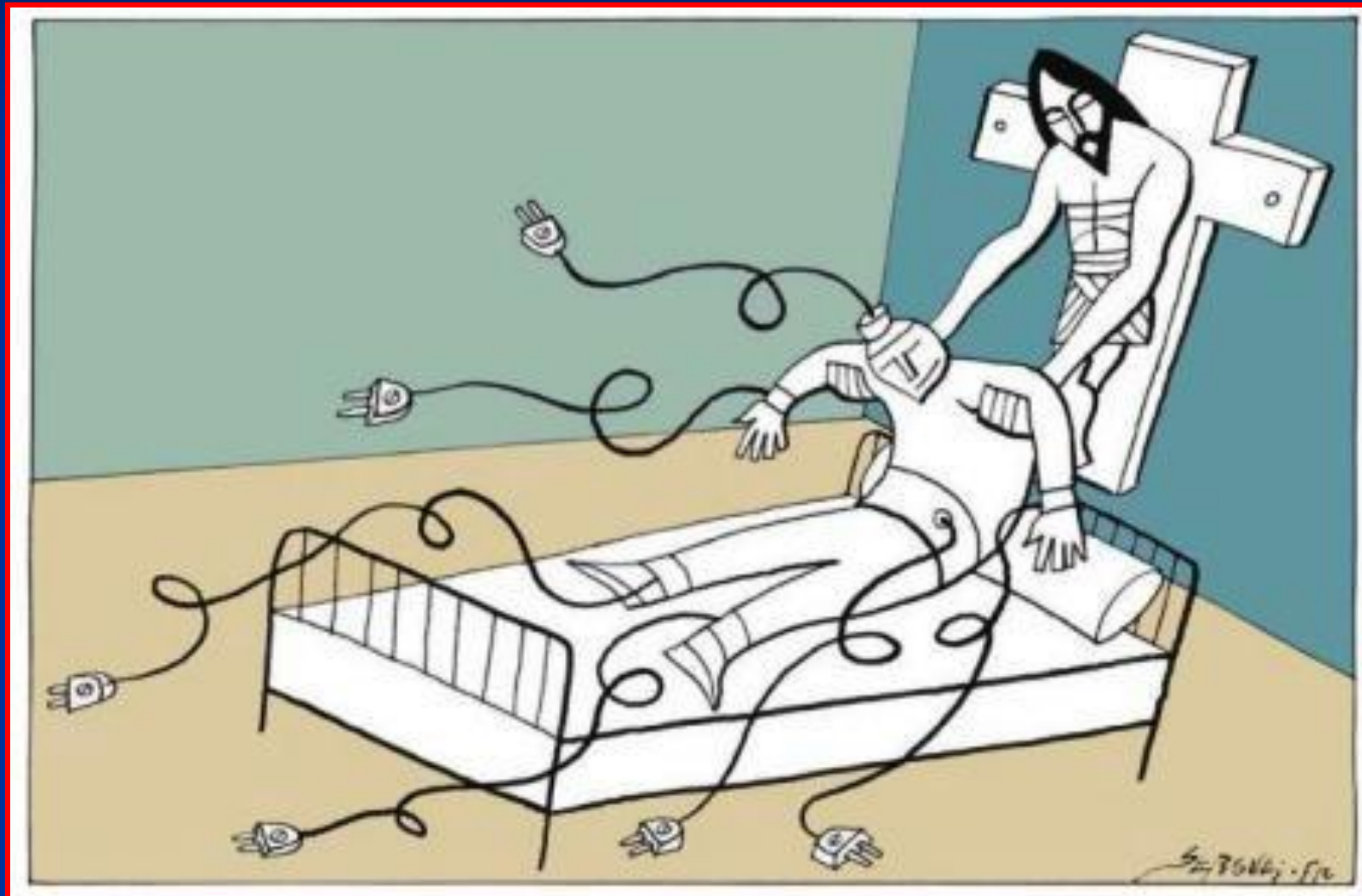




***Deve essere portato qui?***



# *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?"***

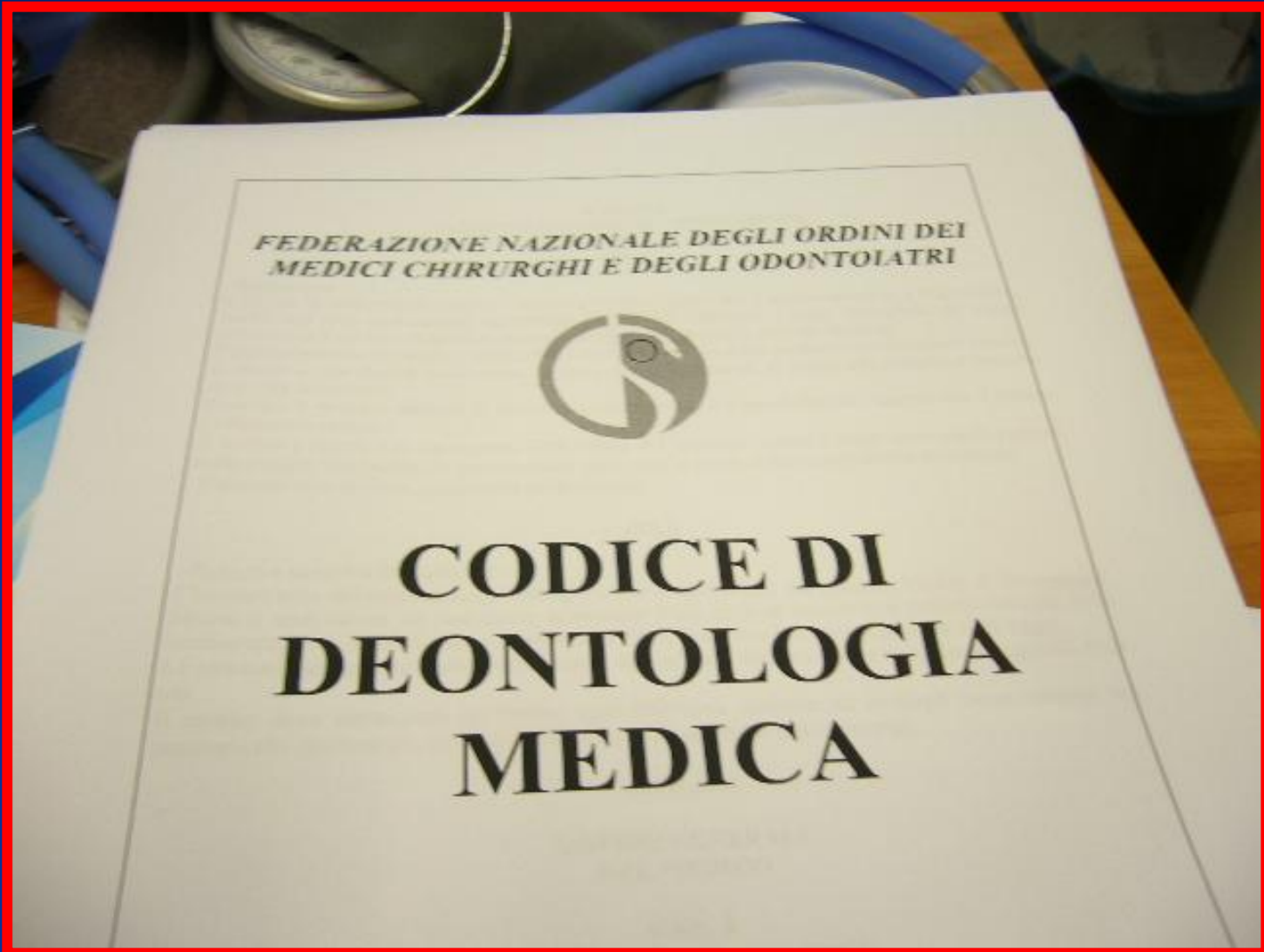
***"Quindi la possibilità di vivere di mio padre è legata alla personale convinzione di un medico?"***



***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***

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI  
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI



**CODICE DI  
DEONTOLOGIA  
MEDICA**

16 dicembre 2006

**Art. 17**

# **Eutanasia**

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

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI  
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI



**CODICE DI  
DEONTOLOGIA  
MEDICA**

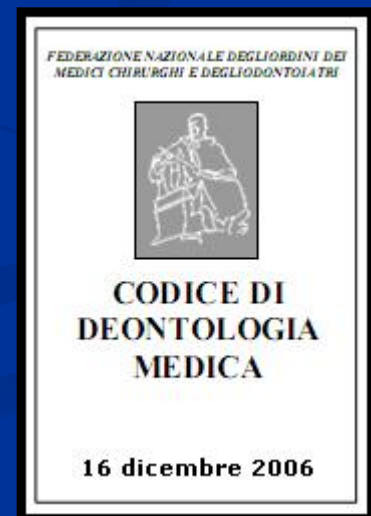
**16 dicembre 2006**



# Art. 22

## Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica

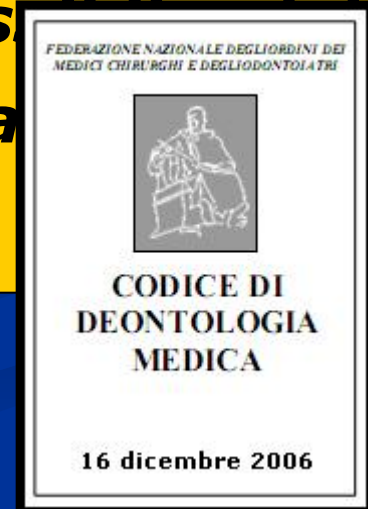
***Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera...***



# 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 Anestesiol 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.***



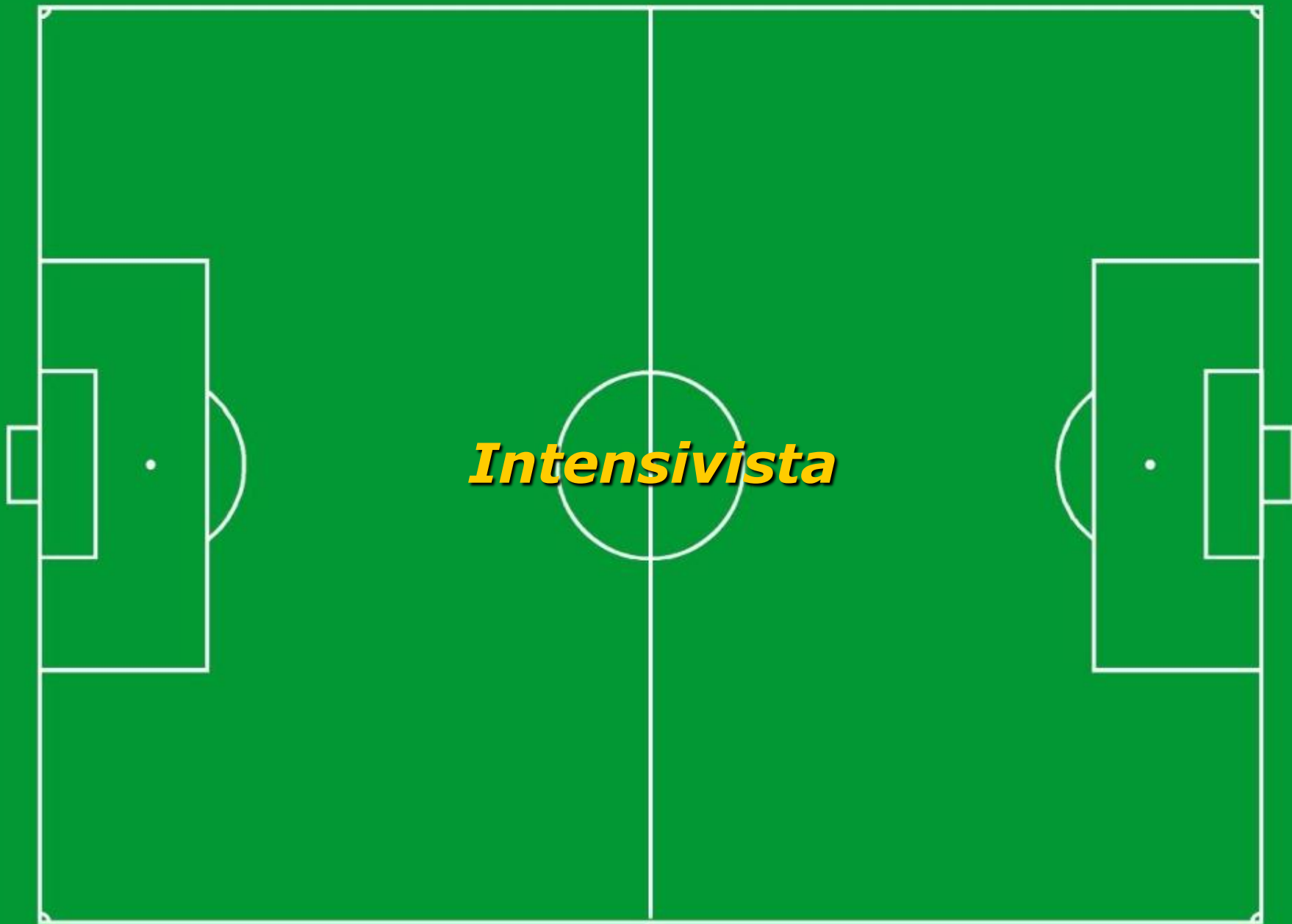
**Raccomandazioni SIAARTI  
2006**

***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**

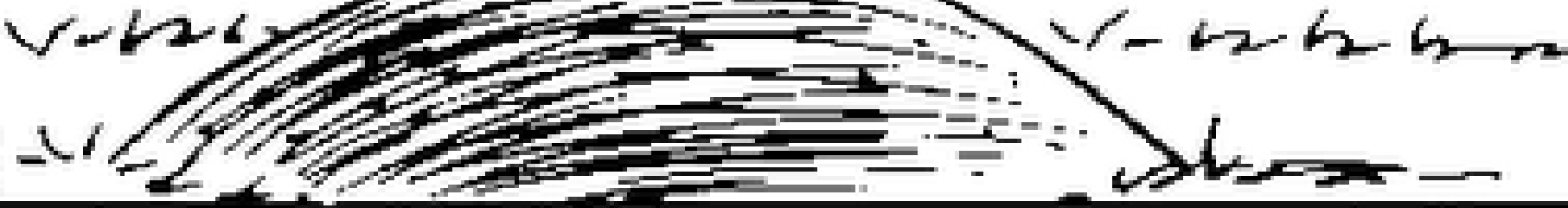


***Intensivista***





WHAT  
CAN I  
DO?!!



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



**REVISORI**

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

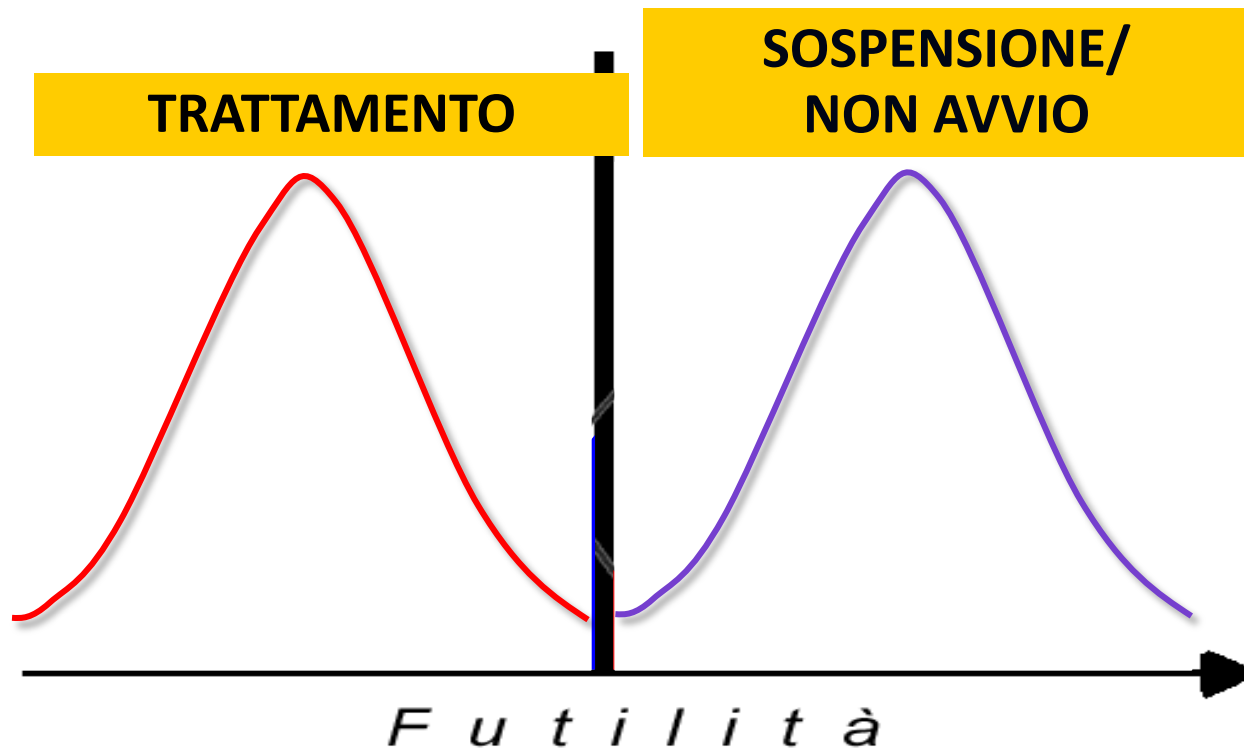
# ***La dura vita dei pionieri...***

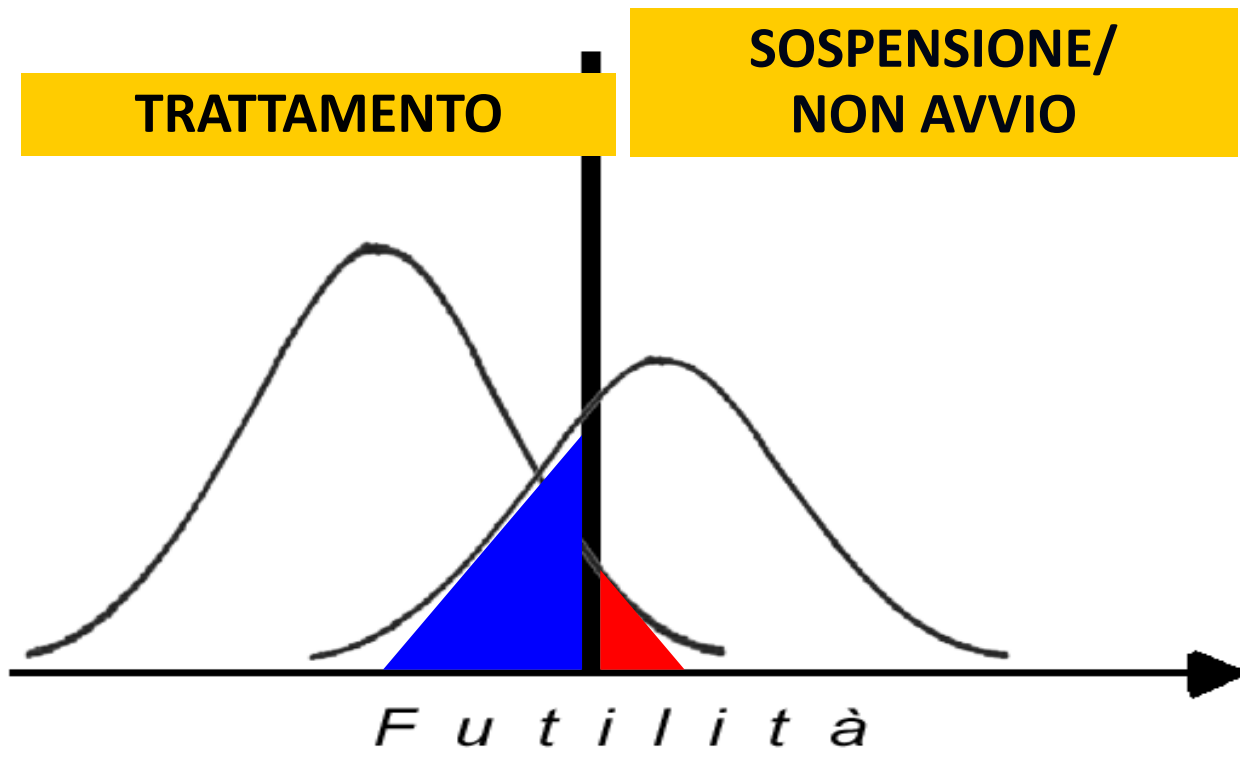


***Un mondo inesplorato...***



**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...***





**Surprising  
question**

**Valutazione  
funzionale**

**Criteri  
clinici  
specifici**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**

**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                  &gt; 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>
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)</b>	<p>età &gt; 70 anni                  FEV1 &lt; 30% predetto                  dipendenza dall'ossigeno-terapia                  &gt;1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata                  insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità                  calo ponderale/cachessia                  ridotta autonomia funzionale                  aumento dipendenza</p>
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)</b>	<p>età &gt; 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>
<b>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	<p>età &gt;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>
<b>STROKE</b>	<p>NIHSS <math>\geq</math> 20 per lesioni sin.; <math>\geq</math> 15 per dx                  comparsa precoce di cefalea + nausea/vomito prime 6 h                  ipodensità precoce TC <math>\geq</math> 50% del territorio dell' a. silviana                  età &gt; 75 anni                  precedenti ictus                  fibrillazione atriale                  compromissione dello stato coscienza all'esordio                  deviazione coniugata dello sguardo                  febbre</p>
<b>MALATTIA DI PARKINSON</b>	<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>
<b>SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA</b>	<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. &lt; 50% o polmoniti da aspirazione                  perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei.                  difficoltà nella comunicazione verbale                  astenia                  disturbi cognitivi                  infezioni ricorrenti</p>
<b>DEMENZA</b>	<p>incapace a camminare senza assistenza e                  incontinenza urinaria e fecale e                  conversazione non significativa e incoerente (&lt;6 parole /giorno) e                  incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS <math>\leq</math> 50%) PIU' UNA O PIU' DELLE SEGUENTI                  perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi)                  infezioni ricorrenti del tratto urinario                  piaghe da decubito (stadio 3 o 4)                  febbre ricorrente</p>
<b>INSUFFICIENZA EPATICA</b>	<p>ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione                  non candidabilità a trapianto                  indice MELD &gt; 25                  indice SOFA &gt; 10.5                  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 infusione

scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata

cachessia

	<p>ridotta autonomia funzionale aumento dipendenza</p>
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)</b>	<p>età &gt; 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>
<b>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	<p>età &gt; 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>
<b>STROKE</b>	<p>NIHSS <math>\geq 20</math> per lesioni sin.; <math>\geq 15</math> per dx comparsa precoce di cefalea + nausea/vomito prime 6 h ipodensità precoce TC <math>\geq 50\%</math> del territorio dell' a. silviana età &gt; 75 anni precedenti ictus fibrillazione atriale compromissione dello stato coscienza all'esordio deviazione coniugata dello sguardo febbre</p>
<b>MALATTIA DI PARKINSON</b>	<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>
<b>SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA</b>	<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. &lt; 50% o polmoniti da aspirazione perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei. difficoltà nella comunicazione verbale astenia disturbi cognitivi infezioni ricorrenti</p>
<b>DEMENZA</b>	<p>incapace a camminare senza assistenza e incontinenza urinaria e fecale e conversazione non significativa e incoerente (&lt;6 parole /giorno) e incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS <math>\leq 50\%</math>) PIU' UNA O PIU' DELLE SEGUENTI perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi) infezioni ricorrenti del tratto urinario piaghe da decubito (stadio 3 o 4) febbre ricorrente</p>
<b>INSUFFICIENZA EPATICA</b>	<p>ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione non candidabilità a trapianto indice MELD &gt; 25 indice SOFA &gt; 10.5 complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale</p>



## 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
<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

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

classe NYHA IV
----------------

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 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
STROKE	
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 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**

<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

età >75 anni

## 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

<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>	<p>classe NYHA IV                  &gt; 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>
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)</b>	<p>età &gt; 70 anni                  FEV1 &lt; 30% predetto                  dipendenza dall'ossigeno-terapia                  &gt;1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata                  insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità                  calo ponderale/cachessia                  ridotta autonomia funzionale                  aumento dipendenza</p>
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)</b>	<p>età &gt; 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>
<b>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	<p>età &gt;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 <math>\geq</math> 20 per lesioni sin.; <math>\geq</math> 15 per dx</p>

## 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>	<p>classe NYHA IV                  &gt; 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>
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)</b>	<p>età &gt; 70 anni                  FEV1 &lt; 30% predetto                  dipendenza dall'ossigeno-terapia                  &gt;1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata                  insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità                  calo ponderale/cachessia                  ridotta autonomia funzionale                  aumento dipendenza</p>
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)</b>	<p>età &gt; 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>
<b>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	<p>età &gt; 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>
<b>STROKE</b>	<p>NIHSS <math>\geq 20</math> per lesioni sin.; <math>\geq 15</math> per dx                  comparsa precoce di cefalea + nausea/vomito prime 6 h                  ipodensità precoce TC <math>\geq 50\%</math> del territorio dell' a. silviana                  età &gt; 75 anni                  precedenti ictus                  fibrillazione atriale                  compromissione dello stato coscienza all'esordio                  deviazione coniugata dello sguardo                  febbre</p>
<b>MALATTIA DI PARKINSON</b>	<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</p>

**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***

**Criteri  
clinici  
specifici**

**Surprising  
question**

**Valutazione  
funzionale**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**

# *Surprising question*



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

**Surprising  
question**

**Criteri  
clinici  
specifici**

**Valutazione  
funzionale**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**



**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	-	-	-	--

**Criteri  
clinici  
specifici**

**Surprising  
question**

**Valutazione  
funzionale**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**

## 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>

**Criteri  
clinici  
specifici**

**Surprising  
question**

**Valutazione  
funzionale**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

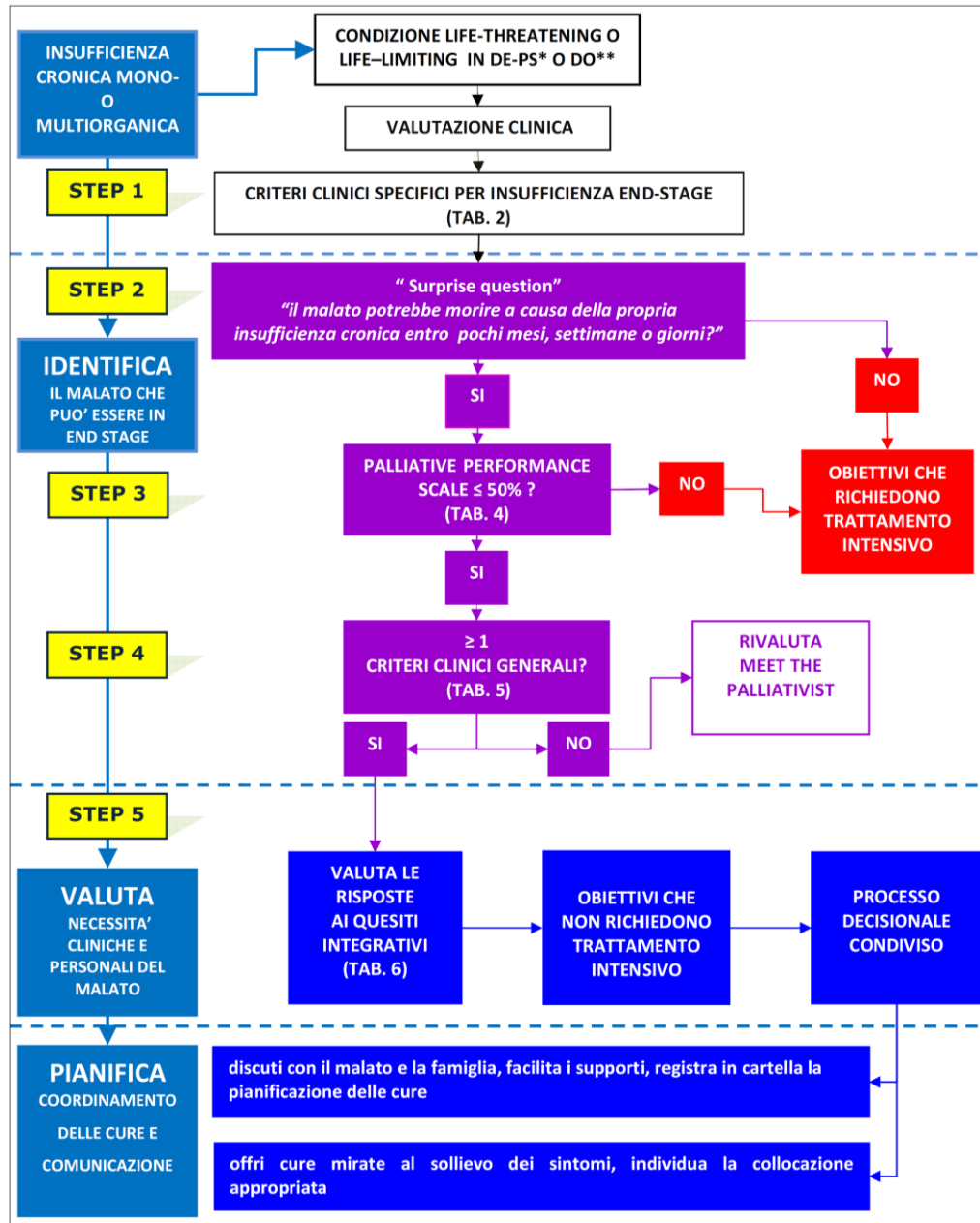
**Criteri  
Clinici  
generali**

**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 <math>\geq 7</math> 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?***



**Surprising  
question**

**Criteri  
clinici  
specifici**

**Valutazione  
funzionale**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**



**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**

**Valutazione  
funzionale**

**Criteri  
clinici  
specifici**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**

# *Surprising question*



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

**Surprising  
question**

**Criteri  
clinici  
specifici**

**Valutazione  
funzionale**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**

**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	-	-	-	--

**Surprising  
question**

**Criteri  
clinici  
specifici**

**Valutazione  
funzionale**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**



## 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>

**Criteri  
clinici  
specifici**

**Surprising  
question**

**Valutazione  
funzionale**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**

**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>
<b>Comprensione delle opzioni di prognosi / trattamento</b>	<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>
	<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



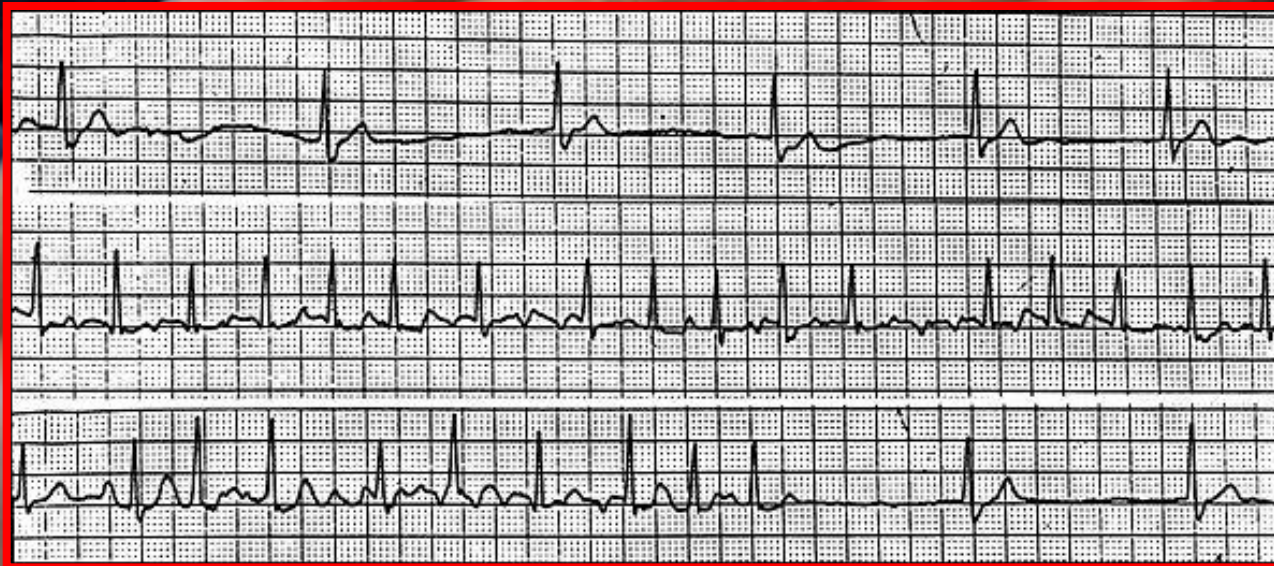
***La paziente non è stata sottoposta a emodialisi ed è stata avviata ad un percorso di cure palliative.***

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



# ***Il Signor Mario Verdi***

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



# ***Pace maker?***





**Surprising  
question**

**Valutazione  
funzionale**

**Criteri  
clinici  
specifici**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**

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
---	--

## 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

**Criteri  
clinici  
specifici**

**Surprising  
question**

**Valutazione  
funzionale**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**

# ***Surprising question***



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

**Criteri  
clinici  
specifici**

**Surprising  
question**

**Valutazione  
funzionale**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**

**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	-	-	-	--



**Criteri  
clinici  
specifici**

**Surprising  
question**

**Valutazione  
funzionale**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**

## 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>

**Surprising  
question**

**Valutazione  
funzionale**

**Criteri  
clinici  
specifici**

***Persona***

**Quesiti  
integrativi**

**Criteri  
Clinici  
generali**

**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



***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?

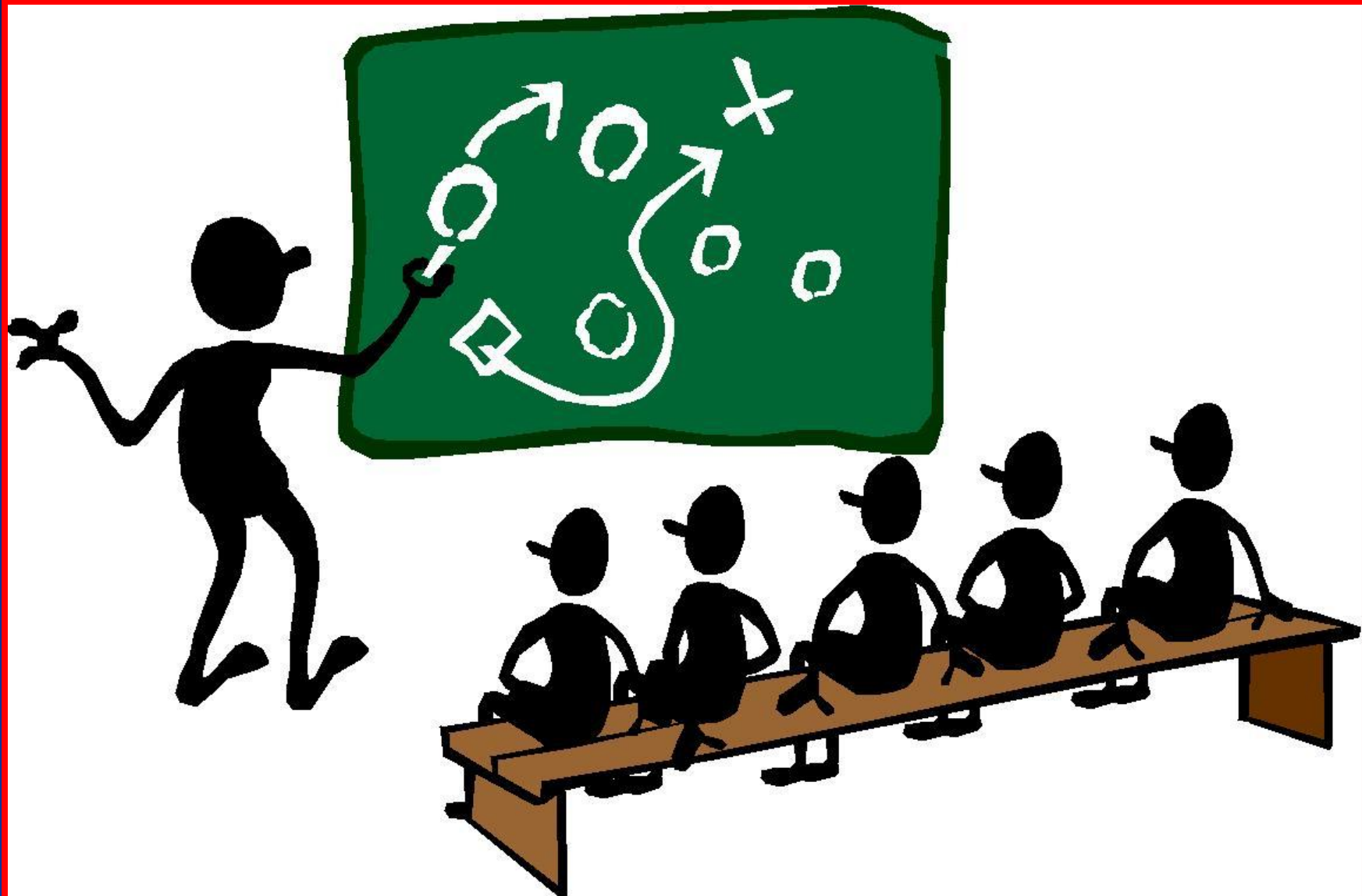




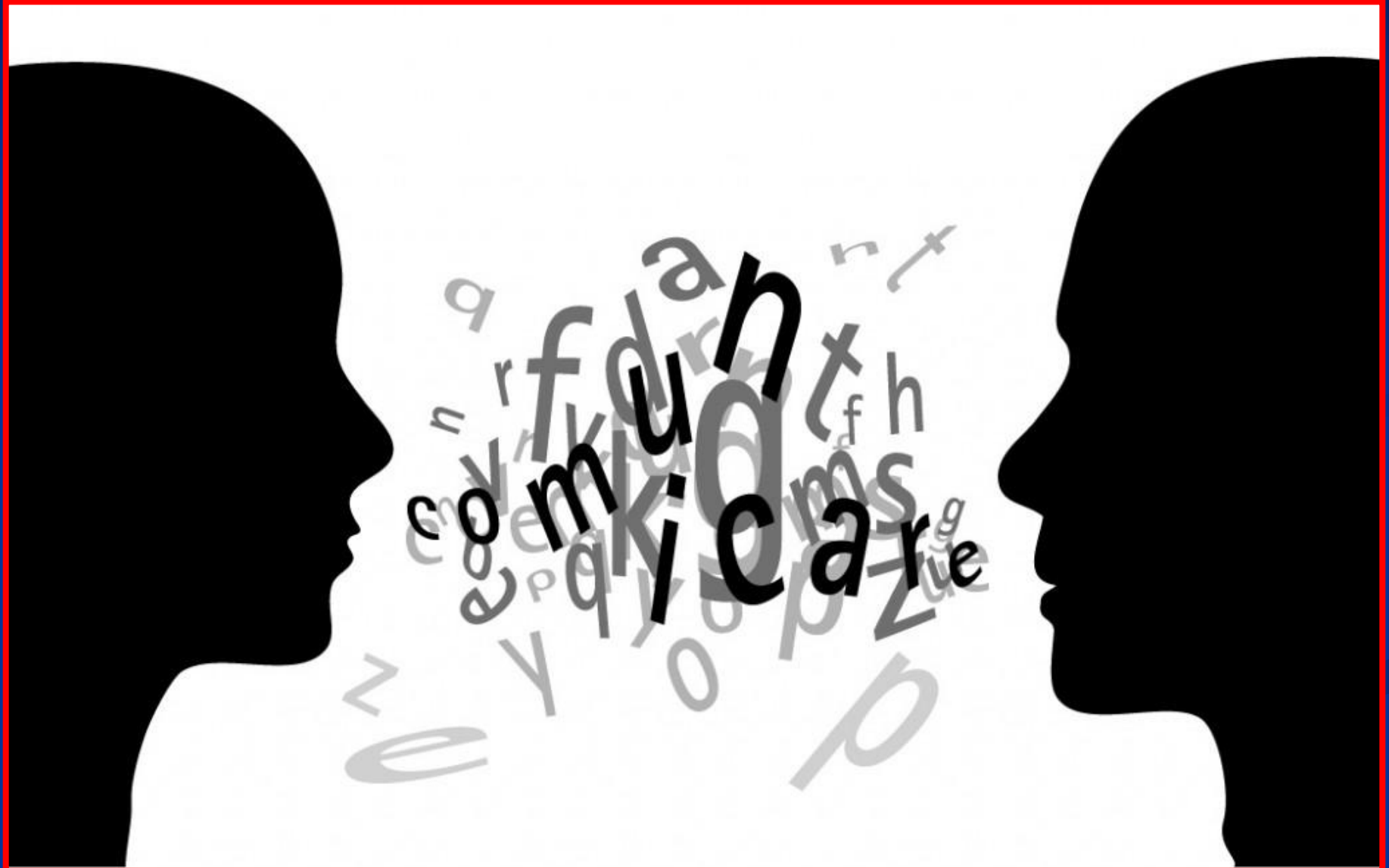
# 1) Divulgazione



# 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 a bright light at the end, symbolizing hope and recovery. The light is a bright, circular glow that illuminates the tunnel's interior, creating a strong contrast with the dark surroundings. The tunnel walls are rough and textured, and the floor is uneven. The overall atmosphere is one of mystery and anticipation.



***Parlagli di qualcosa che ama***





**Grazie per l'attenzione**