

LA MEDICINA E IL FINE VITA UNA SFIDA PER LA MEDICINA D'URGENZA

A dramatic painting depicting a boatman in a stormy sea. The boatman, a muscular man with a long white beard and a dark, tattered cloak, stands in the center of a small boat, holding a long wooden pole. He is surrounded by several figures, some of whom appear to be dead or in a state of distress. A prominent figure in the center of the boat is a pale, ghostly figure with long white hair, possibly a spirit or a patient. The background is a dark, turbulent sea with a storm brewing, and a large, dark, rocky island or structure is visible in the distance. The overall mood is one of intense drama and conflict.

DOTT. SANDRO DI DOMENICO
DOTT.SSA LINDA GUARNIERI
MEDICINA D'URGENZA
NIGUARDA

CURE DI FINE VITA

Trattamenti che non hanno come finalità la guarigione o il prolungamento della vita ma la riduzione del dolore e della sofferenza psichica , garantendo una dignitosa qualità della vita residua.

Sono finalizzate alla **presa in carico globale** del malato con particolare attenzione agli aspetti umani, psicologici e sociali della malattia, al rapporto con i familiari, al supporto psicologico e spirituale, all'eventuale successiva gestione del lutto

Devono essere in **sintonia con le volontà del malato e della famiglia** e ragionevolmente **coerenti** con gli standard clinici, culturali ed etici

CURE DI FINE VITA IN MEDICINA

- Cure di fine vita sono state sviluppate principalmente in ambito oncologico e rianimatorio
- I pazienti anziani e con patologie croniche cardiovascolari, con BPCO end stage o decadimento cognitivo hanno una probabilità molto più bassa di essere adeguatamente accompagnati nel fine vita
- Il Pronto Soccorso presenta particolari criticità per la gestione del fine vita (Contatto troppo breve con il malato e con i suoi familiari; Assenza di spazi protetti e dedicati. Presenza incostante di un medico di riferimento. Difficoltà di approccio in équipe ai malati. Prevalenza di valutazioni soggettive e spesso contraddittorie in merito alla definizione di futilità dei trattamenti)

I DUBBI

Quando iniziare un trattamento di fine vita?

Chi prende la decisione?

Che cosa fare o non fare?

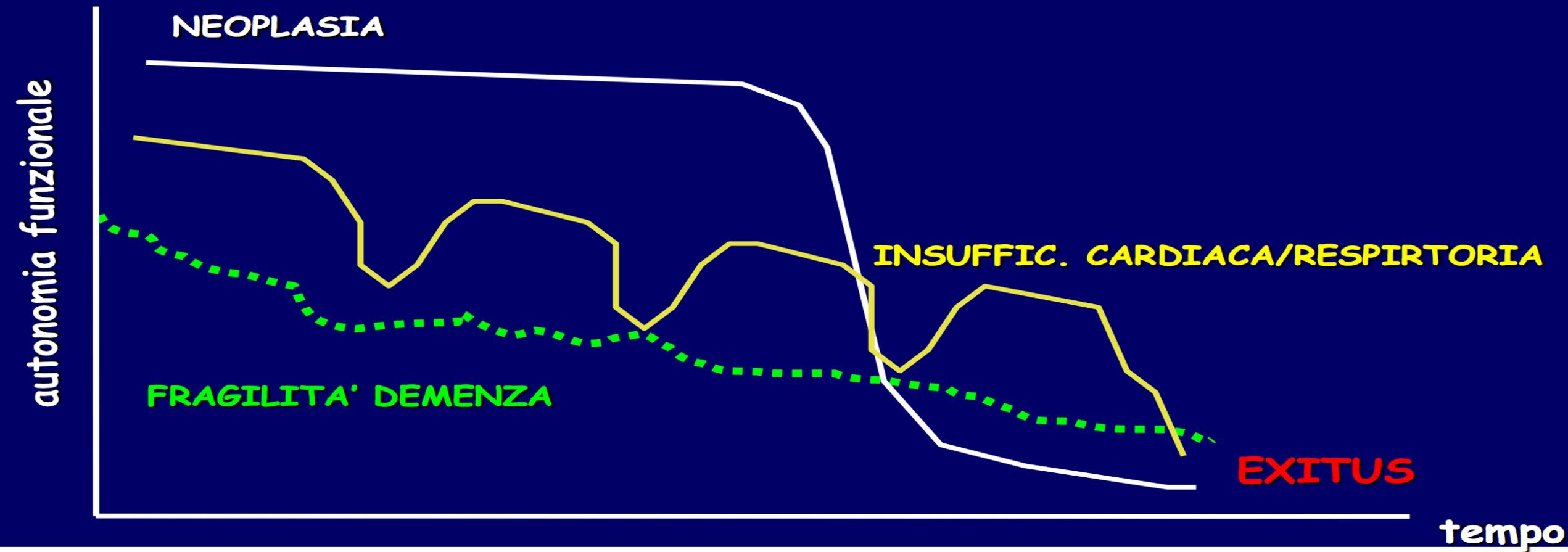
Sarà stata la decisione giusta?



<p>INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)</p>	<p>classe NYHA IV > 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata cachessia</p>
<p>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)</p>	<p>età > 70 anni FEV1 < 30% predetto dipendenza dall'ossigeno-terapia >1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità cachessia ridotta autonomia funzionale aumento dipendenza</p>
<p>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)</p>	<p>età > 70 anni Pattern istologico "UIP" (se noto) dipendenza dall'ossigeno-terapia aspetto radiologico di "Honeycomb" all'HRTC del torace ridotta autonomia funzionale aumento dipendenza</p>
<p>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</p>	<p>età >75 anni neoplasia in stadio avanzato grave malnutrizione patologia cardiaca o polmonare terminale stato vegetativo grave deterioramento cognitivo Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva</p>

NON ESISTONO CRITERI PRECISI

Traiettorie di morte nelle malattie terminali



Ann Int Med 2008;148:147-159

SURPRISE QUESTION

“Saresti stupito se il malato morisse a causa della propria malattia entro pochi mesi, settimane o giorni?”

Se la risposta è ‘no’ dai la precedenza alle sue preoccupazioni, al controllo dei sintomi, all’aiuto alla famiglia, alla continuità delle cure, al supporto spirituale.

Per eliminare paure e ansie, i malati cronici devono capire cosa sta accadendo. Quando visiti un paziente ‘sufficientemente malato per morire’, parlagli, aiutalo e discuti con lui di questa possibilità.”

CHI PRENDE LA DECISIONE?

- MEDICO
- PAZIENTE
- TUTORE LEGALE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- FAMIGLIA
- STAFF MEDICO (MEDICO SENIOR, MEDICI DI GUARDIA)
- STAFF INFERMIERISTICO



IL TEAM DEVE CONDIVIDERE LA SCELTA E NON DEVE DARE INFORMAZIONI DISCORDANTI

SCELTA CONDIVISA



COMMISSIONE
ETICA

MEDIATORE
CULTURALE

RIANIMATORE

PALLIATIVISTA

SPECIALISTA

CHE COSA FARE O NON FARE?

- **Withhold** o astinenza terapeutica: quando si decide di non fare nulla o di non aumentare il livello di cura. Per esempio nello shock settico si decide di non intubare o di non iniziare le amine, ma si continua con la terapia antibiotica
- **Withdraw** o desistenza terapeutica: quando si decide di sospendere le cure ritenute sproporzionate o inutili. Per esempio si sospende la NIV, le amine o gli antibiotici



“we must accept that although death is a certainty, many issues surrounding it will remain a mystery” (Eisenclas)

