


# 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 in various states of distress or death. One figure is wrapped in a white sheet, resembling a ghost. The sea is dark and turbulent, with white-capped waves crashing against the boat. The overall atmosphere is one of intense drama and tragedy.

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?

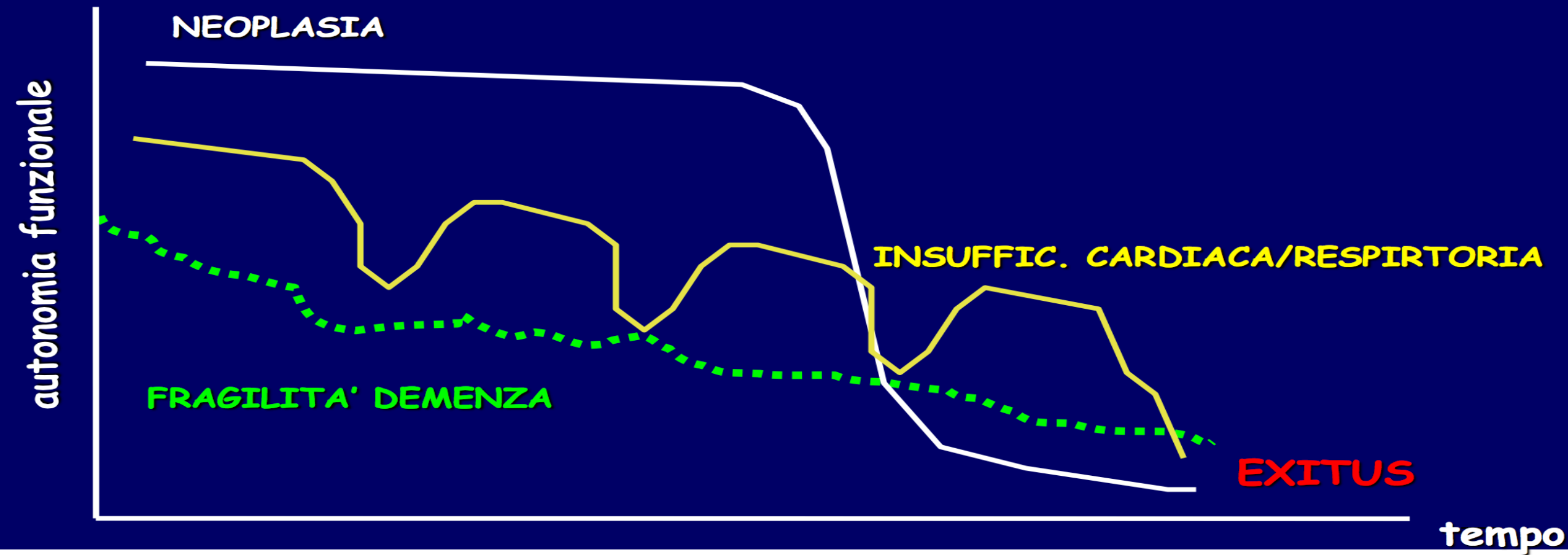




<p><b>INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)</b></p>	<p>classe NYHA IV &gt; 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata cachessia</p>
<p><b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)</b></p>	<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 cachessia ridotta autonomia funzionale aumento dipendenza</p>
<p><b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)</b></p>	<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>
<p><b>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b></p>	<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>

**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)

