

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

DOTT.SSA LINDA GUARNIERI  
DOTT. SANDRO DI DOMENICO

PS-Medicina d'Urgenza  
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

# ANTONIO

Uomo, 85 aa, vive a casa con la moglie, autonomo fino all'accesso in PS.

APR: cardiopatia post-ischemica (FE 45%) con numerosi pregressi ricoveri per scompenso, diabetico, iperteso, BPCO in ex fumatore, fibrillazione atriale in TAO, pregresso ictus cerebri.

Recente ricovero in Ortopedia per frattura sottocapitata femorale destra, trattata con endoprotesi. Nel perioperatorio due TIA (impaccio motorio arto superiore destro e disartria), all'angioTC stenosi carotide interna sinistra 60% con flap intimale da dissezione focale, escluso trattamento endovascolare.

Trasferito in Neuroriabilitazione, comparsa di febbre e dispnea ingravescente con contrazione della diuresi. Impostato Augmentin, nitrato e diuretico ev senza beneficio.

Peggioramento del quadro con alterazione dello stato di coscienza.

# ANTONIO

- Trasferito in PS accompagnato dal Rianimatore: pz non contattabile, tachidispnoico, meccanica respiratoria compromessa. Ipoteso, marezzato, sudato, anurico. Alterazione dello stato di coscienza (GCS 3)
- FR 45 FC 120ar PA 70/50 mmHg, Sat 93% in O2 alti flussi
- EGA: acidosi metabolica
- Rx Torace: imbibizione diffusa da EPA + polmonite inferiore destra
- Ematochimici: PCR 20, WBC 22000, TnThs 2700, pBNP 25000, creatinina 1.6 mg/dL

Shock cardiogeno in ischemia miocardica + settico in polmonite nosocomiale + peggioramento neurologico in verosimile nuovo evento ictale.

- Stop nitrati. Inizia NIV PSV/CPAP 7/10 mmHg FiO2 50%. Morfina ev a boli refratti 3 mg + 3 mg + 3 mg. Adrenalina 0.2 mcg/Kg/min. Tazocin 4.5 g ogni 6 ore

Informate moglie e figlia del Paziente in merito alla gravità delle condizioni cliniche.

# ANTONIO

Ricovero in Medicina d'Urgenza:

- Pz soporoso, tachidispnoico, anurico, febbrile
- Monitor: FA ad elevata risposta ventricolare
- Neurologo
- Cardiologo

Discussione  
di infermieri

- In II giorno
- In IV giorno  
enterale

- In VI giornata peggioramento dello stato di coscienza, agitazione

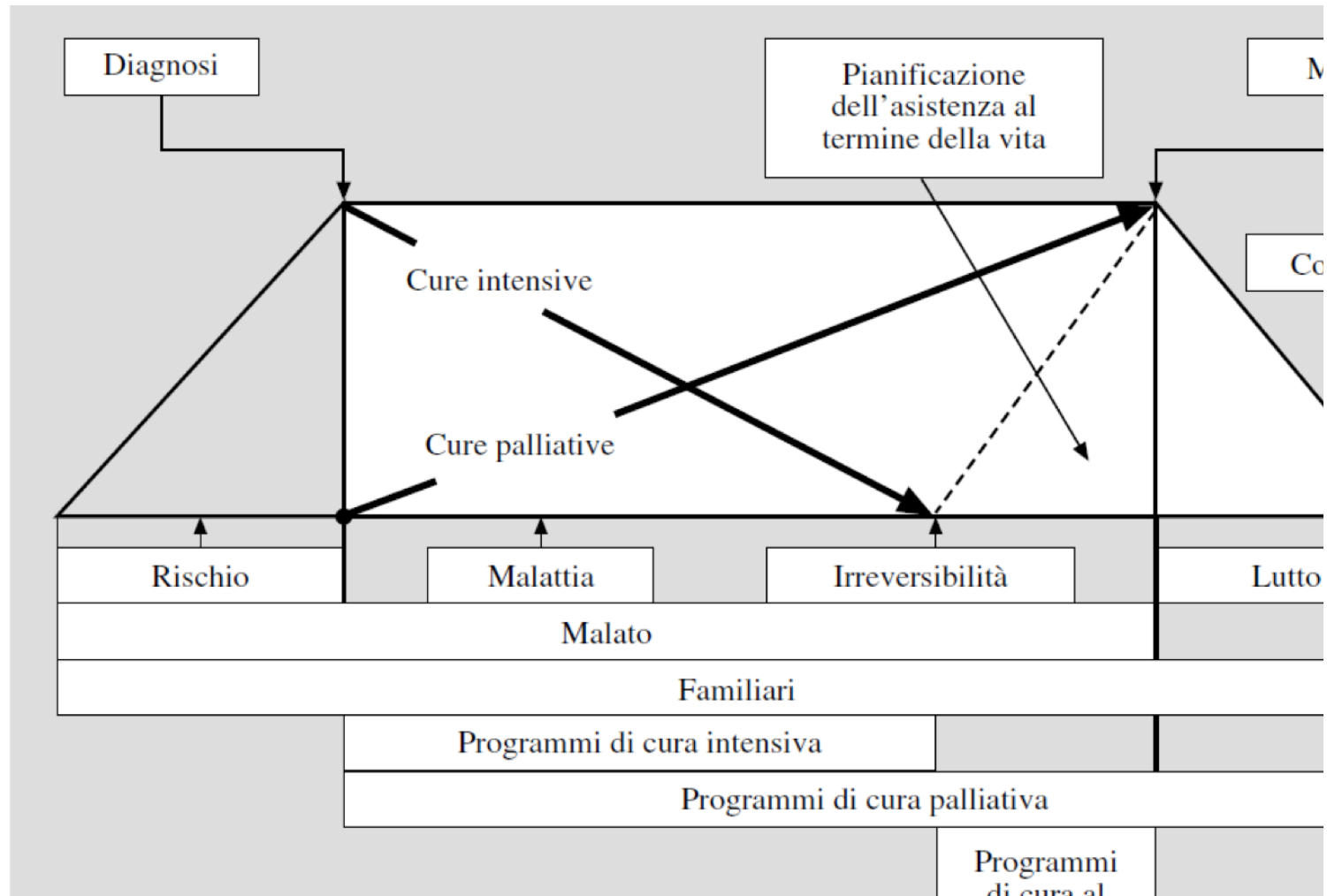
✓ *Presenza in carico del malato e dei parenti*

✓ *Condivisione e coerenza da parte di tutti*

✓ *Scelta condivisa ufficializzata in Cartella Clinica*

Si effettua lungo colloquio con la figlia e la moglie riguardo la mancata risposta alle cure massimali e l'irreversibilità del quadro, si CONDIVIDE il programma di semplificazione della terapia in atto e l'avvio della terapia palliativa di fine vita e si scrive la decisione sul diario clinico.

# LE CURE PALLIATIVE

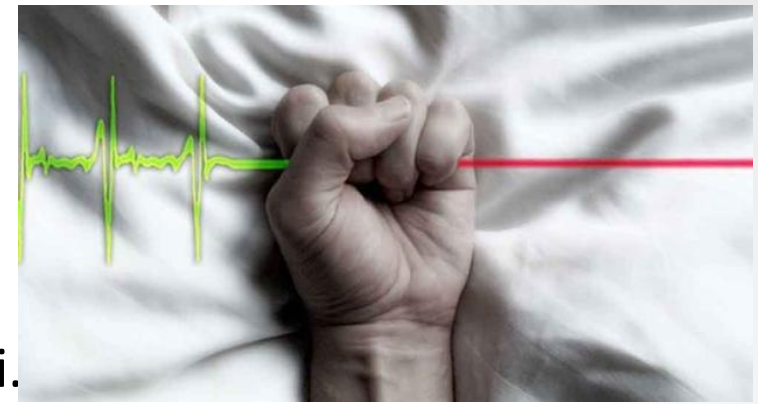


# ANTONIO

- Sospeso ANTIBIOTICO, sospesa NIV (cicli), sospese AMINE, sospesi DIURETICI ev, rimosso SNG (VI giornata)
- Inizia infusione di
  - Morfina 30 mg
  - Midazolam 15 mg
  - Serenase 4 mg (2fl)in 50 cc di Sol Fisiologica a 2.1 ml/ora
- In IX giornata exitus in presenza dei familiari

- ✓ *I pz terminali sono solo quelli oncologici?*
- ✓ *Coinvolgimento di specialisti?*
- ✓ *Coinvolgimento dei familiari?*

# JAMES



Uomo di 63 aa, inglese. Vive in Italia con la moglie e due figli.

APR: da 2 anni diagnosi di SLA ad interessamento prevalentemente bulbare, portatore di PEG, in CPAP domiciliare notturna

TD: nessuna

APP: recente polmonite in attuale terapia antibiotica con Augmentin, giunge accompagnato dalla moglie e dal figlio in PS per dispnea con piressia.

I familiari portano in visione documento legale in cui il pz rifiuta IOT e tracheostomia.

✓ *La Scelta: le Direttive Anticipate*

# JAMES

In PS:

- EO: pz vigile, comprensione conservata, comunicazione tramite ETRAN (eye transfer), collaborante, dispnoico, tachipnoico. Torace: MV ridotto con ronchi diffusi
- PA 115/70 FC 105r sat in A/A 81%
- EGA in A/A: pH 7.31, pCO<sub>2</sub> 80, pO<sub>2</sub> 53, sat 81%, lat 1, HCO<sub>3</sub> 41, P/F 250
- Rx torace: versamento pleurico basale bilaterale, addensamento parailare sx flogistico
- EE: WBC 12100, PCR 17.7
  
- Inizia NIV (PSV 14, PEEP 6, fiO<sub>2</sub> 80%) → sat.88%
- Somministrata morfina a boli ev e tazocin 4.5 g ogni 8 ore
- Fisioterapia respiratoria in PS e broncoaspirazione inefficaci



✓ Assicurati che lo Staff abbia discusso e condiviso il programma (ufficializzato in cartella clinica)

Ric

✓ Ricordati che il Paziente e i Familiari fanno parte dello Staff

•

•

✓ Assicurati che I pz terminali sono solo quelli oncologici?

✓ Ass

onibile

Il  
a.

pe

✓ Corretto proseguire la NIV? Per quanto?

•

sedazio

v

•

✓ Assicurati che Aspetti legali: Volontà del pz?

) e  
per

✓ Assicurati che Coinvolgimento degli specialisti?

ne  
na

In l

✓ Liberalizza l'entrata in stanza del morituro

✓ Soddisfa le richieste per riti religiosi, culturali, spirituali

# COERENZA

# FARMACI E FINE VITA

- ✓ Mantenere idratazione adeguata (con moderazione!)
- ✓ Mantenere Ossigeno con occhialini nasali
- ✓ Mantenere il trattamento di supporto, con riduzione intenzionale della vigilanza per togliere il sintomo incoercibile:
  - Analgesici (dolore, angoscia, dispnea): morfina (1 mg ev/ora), fentanil (fentanest 100: 100-300 mcg/24 ore)
  - Anti emetici (se vomito): metoclopramide (plasil 10 mg: 3-6 fiale/24 ore)
  - Antisecretori anticolinergici (se rantoli): butilbromuro di joscina (buscopan 20 mg: 3-6 fiale/24 ore)
  - Sedativi/anticonvulsivanti: Benzodiazepine (midazolam 20-60 mg/24 ore)
  - Contro il delirium e come antiemetico: aloperidolo (serenase 2 mg: 1-2 fl/24 ore)
- Sconsigliato l'uso della morfina da sola per ottenere la sedazione, potrebbe peggiorare nausea e delirio
- Mai Plasil e Buscopan nella stessa flebo (antagonisti)
- In caso di irreperibilità venosa considerare altre vie di somministrazione:
  - sottocutanea
  - transdermica (fentanyl)
  - endonasale (midazolam, fentanyl)
  - intramuscolare (aloperidolo, plasil, buscopan)

✓ *Individuare un membro della famiglia che possa aiutare gli altri a comprendere*

Uo

•

✓ *Prevedere l'aiuto di un facilitatore (medico di base, assistente spirituale, mediatore culturale)*

•

✓ *Considerare il coinvolgimento del comitato etico aziendale*

In F

• Tachidisponico. cachettico. PA 110/60 FC 130 Sat 100% in O2 8L FR 30

•

✓ *Veridicità'*

✓ *Coerenza*

In

clin

altr

L'in

qua

✓ *Gradualità*

✓ *Dare ed ottenere informazioni (aspettative)*

✓ *Dimostrare partecipazione*

✓ *Rendere possibile l'espressione dell'emotività*

✓ *Prevenire conflitti*

dro

gni

ella

# VINCENZO: TERAPIA

- ✓ *Assicurati che il Paziente sia calmo, non mostri segni di sofferenza, angoscia, distress*

# MORFINA

- Pz naive: 10-20 mg/24 ore
- Pz in terapia con morfina per os: almeno metà della dose nelle 24 ore (per esempio un paziente che assume MS contin 60 mg/die avrà bisogno di almeno 30 mg/24 ore)
- Pz in terapia con ossicodone per os: metà della dose nelle 24 ore
- **L'aumentato dosaggio della sedazione nelle ultime ore della vita non è associato a una diminuzione della sopravvivenza, non è eutanasia**
- Un messaggio chiaro: il Paziente con neoplasia non muore di morfina
- Gli effetti avversi della morfina non costituiscono un aggravamento nella fase finale

- 1) Assicurati che lo staff abbia discusso e condiviso il programma
- 2) Ricorda che il paziente e i familiari fanno parte dello staff
- 3) Assicurati che il medico di riferimento sia sempre disponibile per i parenti/paziente
- 4) Assicurati che l'infermiera di riferimento abbia confidenza con i principi della medicina palliativa
- 5) Assicurati che i rumori fuori dalla stanza siano minimi

✓ *Presa in carico del malato e dei parenti*

✓ *Condivisione e coerenza da parte di tutti*

✓ *Volontà del paziente prioritaria non vincolante*

- 11) Sospendi i presidi “invasivi”: SNG, tubo tracheale o maschera laringea
- 12) Sospendi supporti con vasopressori/inotropi/nutrizione enterale/ATB
- 13) Non richiedere test ematici (non necessari)
- 14) Mantieni idratazione adeguata e trattamento di supporto: morfina, BDZ, anticolinergico se rantoli, antiemetico se vomito e ossigeno con occhialini
- 15) Assicurati che il paziente sia calmo, non mostri segni di sofferenza, angoscia, distress

# IPAL-EM: Improving Palliative Care in Emergency Medicine

Patients with a serious illness are likely to find themselves in an emergency department at some point along their trajectory of illness, and they should expect to receive high-quality palliative care in that setting. In the last five years, emergency medicine has increasingly taken a central role in the early implementation of palliative care. Widespread integration of palliative care into the day-to-day practice of emergency medicine, however, is often jeopardized by the demands of many competing priorities.

IPAL-EM was designed to help. It offers a central portal for sharing essential expertise, evidence, tools and practical resources to assist clinicians and administrators with the successful integration of palliative care and emergency medicine.

Support is provided by the Olive Branch Foundation and the Center to Advance Palliative Care (CAPC).

Take advantage of [guidance](#) from our experts and explore IPAL-EM resources in CAPC Central. If you have innovative resources you would like to share, please contact us at [ipalem@mssm.edu](mailto:ipalem@mssm.edu).



**La lettera** "Signora ministra, sono passati circa tre mesi dal giorno in cui padre ha scoperto di avere un cancro a quello della sua morte; metà del tempo lo ha trascorso ad aspettare l'inizio della radioterapia, l'altro ad attendere miglioramenti che non sono mai arrivati. Nonostante la malattia avevano proiettato anni di vita da trascorrere in modo dignitoso.

È stato sottoposto a radioterapia. Il nome: mio padre aveva sempre camminato e anche le azioni dalla macchina, erano diventate che, oltre ad alzare le spalle e dire o fare altro, se non aumentava che, dopo qualche giorno, aveva ai dolori sempre più forti aveva aspettare 'anche 3-4-5 mesi'. Il

ha detto quello che avremmo dovuto essere salvato». Anche perché «i pronto soccorso non dispongono di un'area terminali e garantire, con la terapia del padre. Quando l'ho fatto, era ormai troppo tardi: il giorno dopo mio padre finito in ospedale, al pronto soccorso del San Camillo (che non è l'osped

Qui, la situazione si è aggravata velocemente. Mio padre è morto dopo 56 ore, passate interamente in pronto soccorso. Lo ripeto: cinquantasei ore in pronto soccorso, da malato terminale, nella sala dei codici bianchi e verdi, ovvero i casi meno gravi. Accanto aveva anziani abbandonati, persone con problemi irrilevanti che parlavano e ridevano, vagabondi e tossicodipendenti che, di notte, cercavano solo un posto dove stare. Il peggio, poi, si verificava nell'orario delle visite: sala sovraffollata di parenti che portavano pizza e panini ai malati e che non perdevano l'occasione per gettare lo sguardo su mio padre. Abbiamo protestato, chiesto una stanza in reparto o in terapia intensiva, un posto più riparato. Ma non abbiamo ottenuto nulla. Allora sarebbe bastata una tenda, tra un letto e l'altro.

## cancro al ). Il figlio scrive a

### «Mio padre malato terminale morto dopo 56 ore al pronto soccorso del S. Camillo di Roma»

Il figlio scrive alla Lorenzin: dov'è la dignità? La ministra invia ispettori. Il direttore sanitario: non c'erano posti letto e in reparto si manda chi può guarire

crudele». E aggiunge: «In reparto si manda chi ha maggiori possibilità di

strutturata per accogliere le persone in fine vita».

e

a

La

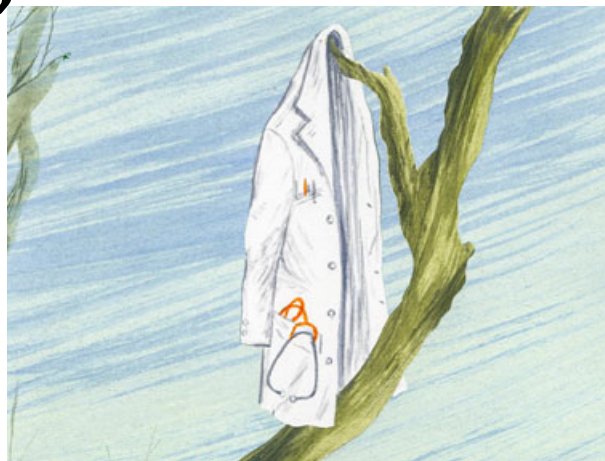
Invece abbiamo dovuto insistere per ottenere un paravento, non di più, perché gli altri "servono per garantire la privacy durante le visite"; una persona che sta morendo, invece, non ne ha diritto: ci hanno detto che eravamo persino fortunati. Così, ci siamo dovuti ingegnare: abbiamo preso un maglioncino e, con lo scotch, lo abbiamo tenuto sospeso tra il muro e il paravento; il resto della visuale lo abbiamo coperto con i nostri corpi, formando una barriera.

Sarebbe dovuto morire a casa, soffrendo il meno possibile. E' deceduto in un pronto soccorso, dove a dare dignità alla sua morte c'erano la sua famiglia, un maglioncino e lo scotch. È successo a Roma, Capitale d'Italia".

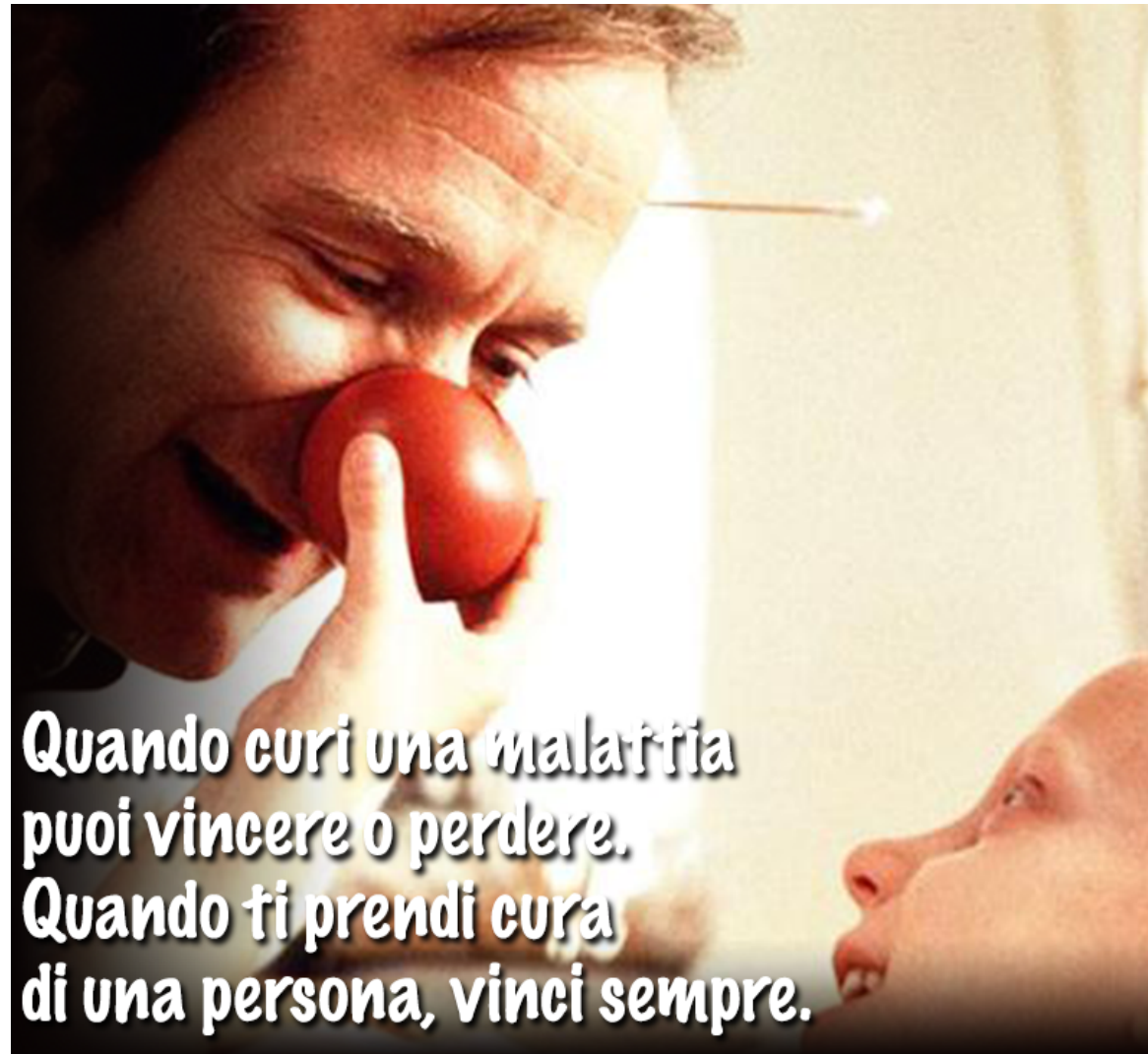
# “HOW DOCTORS CHOOSE TO DIE” di Ken Murray (Internazionale ottobre 2012)

“...i medici non vogliono morire. Si dà il caso, però, che conoscano la

medicina Sedazione palliativa: atto medico dovuto da sapere. Assicurare una morte dignitosa va al cuore della Conoscere medicina e richiede il meglio di Noi morte, e hanno paura le persone: morire soffrendo e morire da sole”



# Grazie per l'attenzione



**Quando curi una malattia  
puoi vincere o perdere.  
Quando ti prendi cura  
di una persona, vinci sempre.**

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

