



Convegno per medici, infermieri,
operatori della pastorale per la salute

La cura alla fine della vita

Brescia 20 febbraio 2010

**Aula Magna "G.Tovini"
Università Cattolica del Sacro Cuore
Sede di Brescia**

Cure di fine vita in Terapia Intensiva



Lorenzo Boncinelli
SOD Cardiologia e Medicina Geriatrica
Firenze

E-mail: lbocinelli@tin.it

Manifesto sulla cura dell'anziano dell'OMS (1990): “High tech, high touch”

L'unico modo serio e moderno per affrontare i problemi della persona che invecchia è quello di utilizzare il massimo della tecnologia possibile, accompagnato però da una “profonda e sentita umanità”

Non sempre la tecnologia viene usata adeguatamente nella cura dell'anziano

Non sempre “la presenza di umanità”
accompagna la fine della sua vita

Pessimi esempi di medicina

Nel
XXI
secolo ...

da
Casa di Riposo



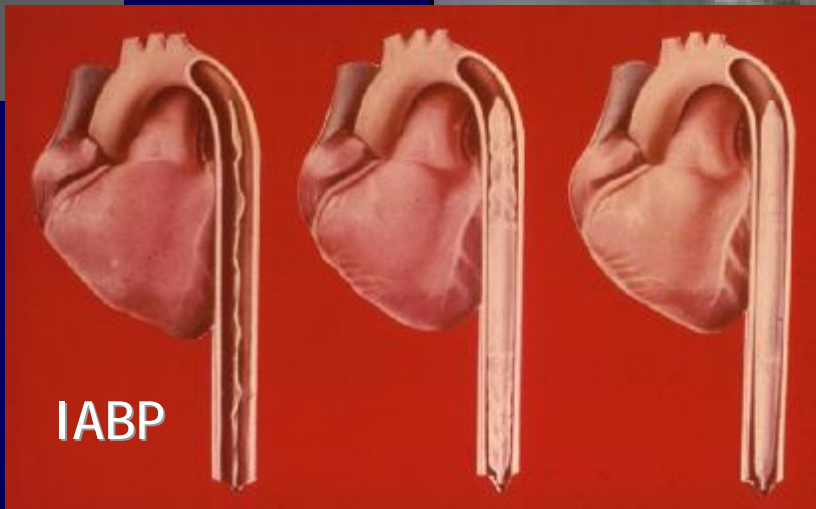
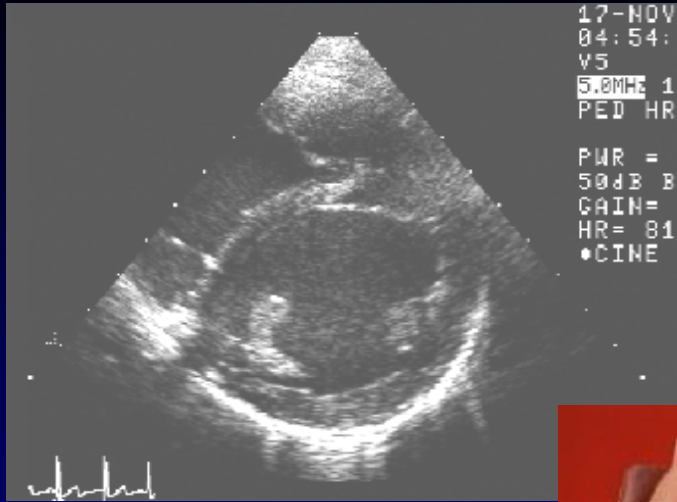
dal
Domicilio



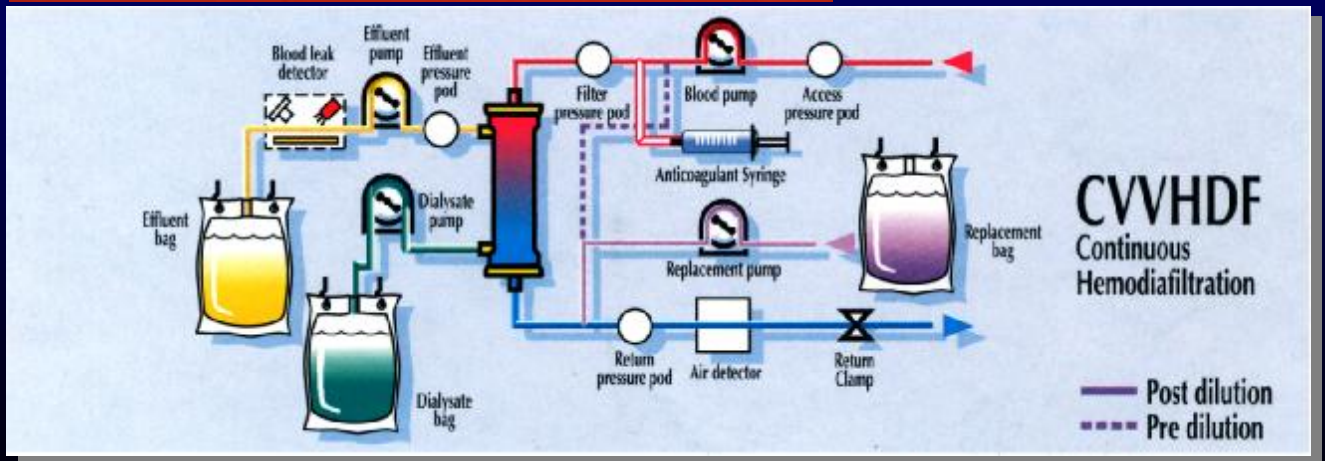
da
Medicina Interna



Sig.ra Margherita operata di sostituzione
valvolare aortica il 16 gennaio 2003
giorno del suo 98° compleanno



IABP



Margherita è tornata a casa e il 16 gennaio 2005 ha compiuto 100 anni



Outcome of Critically Ill Oldest-Old Patients (Aged 90 and Older) Admitted to the Intensive Care Unit

Konstantinos Rellos, MD,* Matthew E. Falagas, MD,^{†‡§} Konstantinos Z. Vardakas, MD,[‡] George Sermaides, BSc,[‡] and Argyris Michalopoulos, MD[‡]

OBJECTIVES: To compare the outcomes of critically ill oldest-old patients (≥ 90) with those of younger patients.

DESIGN: Prospective cohort study.

SETTING: General intensive care unit (ICU) of a tertiary care hospital in Athens, Greece.

PARTICIPANTS: The oldest-old and younger patients.

MEASUREMENTS: In-hospital and ICU mortality and stay, demographics, comorbidity, and complications.

RESULTS: Of 5,505 consecutive patients admitted to the ICU, 60 (1.1%) were in the oldest-old group (aged 90–98). Their mean length of ICU and hospital stay \pm standard deviation was 5.3 ± 6.8 and 23.3 ± 35.7 days, respectively. ICU mortality was 20%. Total in-hospital mortality was 40%, compared with 8.9% ($P = .001$) in younger patients.

Conclusioni: la mortalità in ospedale dei grandi vecchi (≥ 90 a) è più alta rispetto ai più giovani. La mortalità degli ultranovantenni non raggiunge, però, cifre tali da impedire (secondo il parere di medici, parenti e amministratori ospedalieri) il ricovero in UCI

Meritano di essere curati come tutti gli altri pazienti!!!

Il paziente con demenza in UCI: la posizione italiana

“I pazienti di età molto avanzata, affetti da patologie croniche ingravescenti e altamente invalidanti, raramente possono essere presi in considerazione per l'accesso ai trattamenti intensivi.

[...] La demenza va considerata come una grave e invalidante patologia concomitante che ha un'influenza sfavorevole sulla prognosi”



Linee Guida SIAARTI, Minerva Anestesiol 2003

Table 3. Intensive care unit (ICU) and hospital outcomes^a

	Overall n = 395	Dementia Present n = 66	Dementia Absent n = 329	<i>p</i> Value
Days on mechanical ventilation, median (range) ^b	4 (1–145)	2 (1–13)	4 (1–145)	.06
Length of ICU stay in days, median (range)	3 (1–64)	3 (1–18)	3 (1–64)	.07
Length of ICU stay in days for subjects who died,		4 (1–18)	6 (1–36)	.25

E' doveroso sfatare il luogo comune che i pazienti affetti da demenza non abbiano diritto ad essere curati in Terapia Intensiva

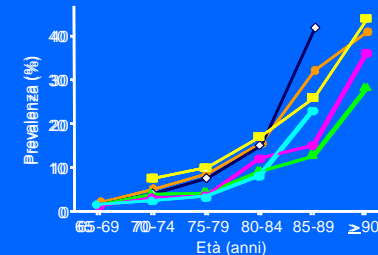
Dati di letteratura sulla prognosi dei pazienti con demenza in UCI

- ∅ Non dati a lungo termine
- ∅ Non dati su livello cognitivo, disabilità o qualità della vita alla dimissione
- ∅ Non dati sulla demenza avanzata
- ∅ Dai dati disponibili, sembra ragionevole limitare l'accesso solo in pazienti con **grave disabilità nelle ADL** precedente l'evento acuto, indipendentemente dalla diagnosi di demenza

Principali patologie croniche progressive in età avanzata: scompenso cardiaco (SC), demenza e tumori

In Europa il tasso di mortalità per SC cronico è superiore a quello delle forme più comuni del cancro

Prevalenza di demenza



Raggiunge il 40% sopra gli 85 aa

In Italia ci sono 550.000 morti all'anno

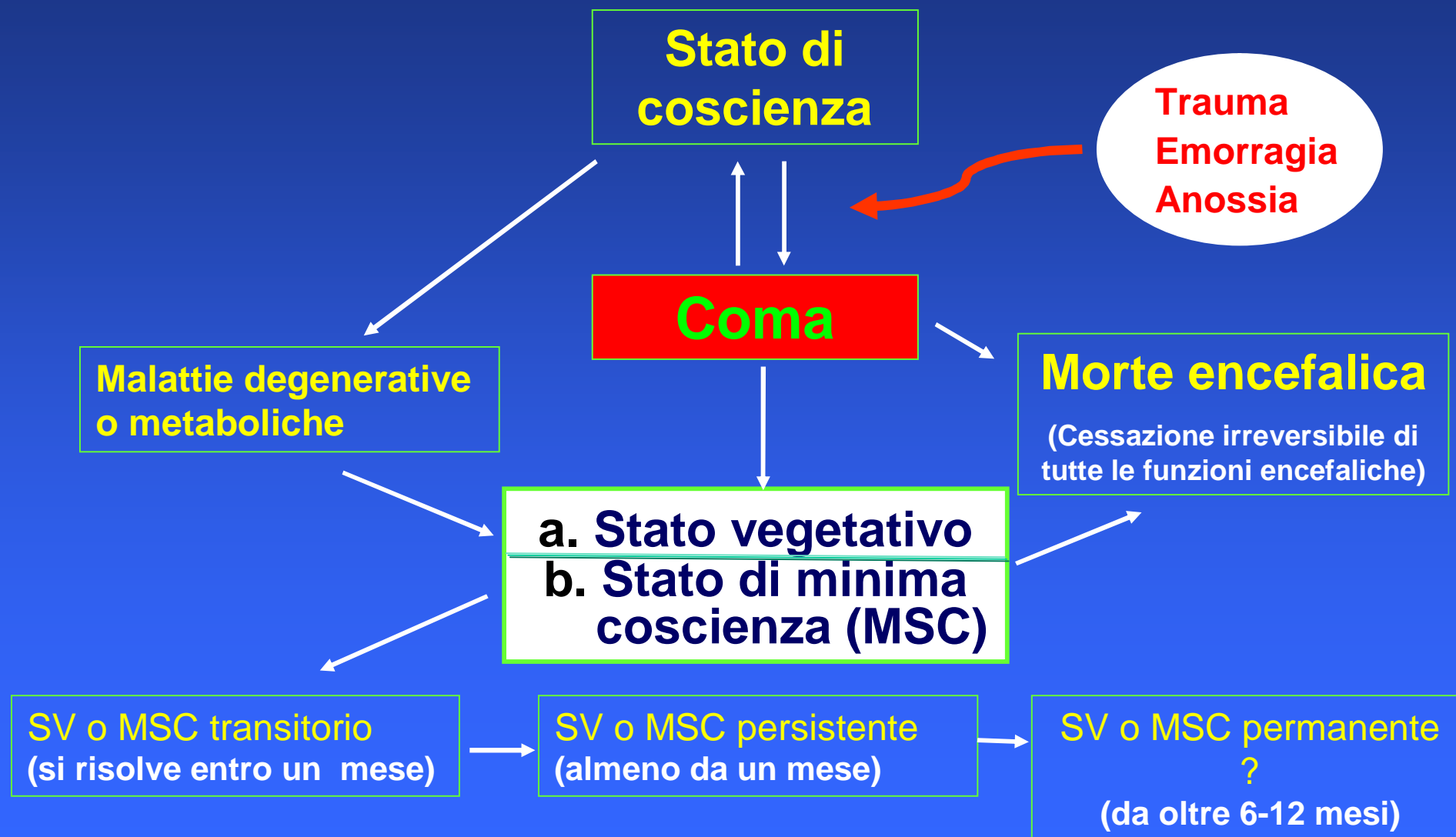
240.000 (44%) per cause cardiovascolari

150.000 (27%) per tumori

Dati ISTAT 2006

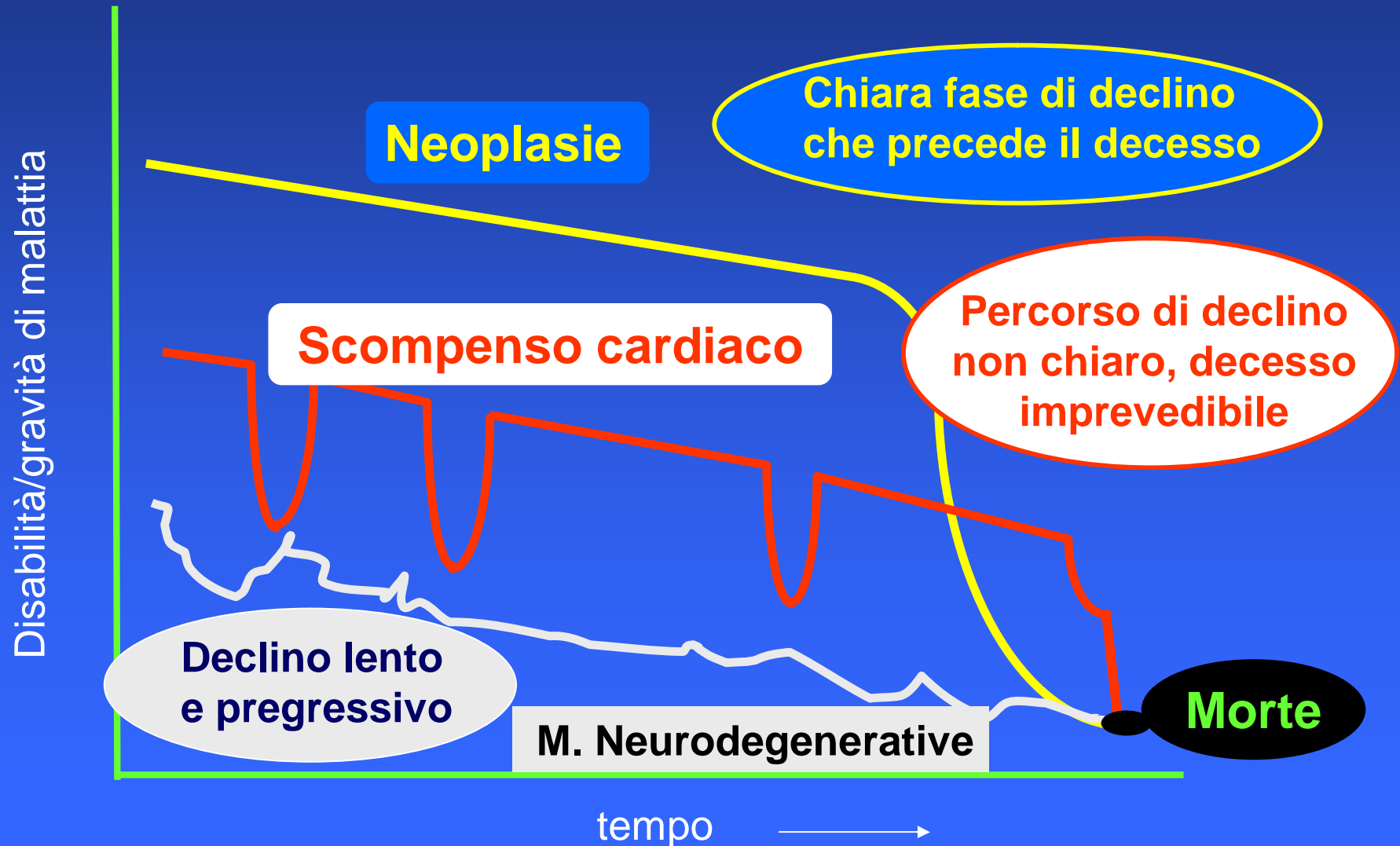
nel 73% hanno un età > 65 anni

Coma - stato vegetativo - morte encefalica



Traiettorie verso il decesso

Susan E et al., *Hastings Center Report Special Report* 35, no. 6 (2005): S26-S30.



The Ethics of Deactivating Implanted Cardioverter Defibrillators

Jeffrey T. Berger, MD

Editorial

Circulation 2007;116:360-362

A Time to be Born and a Time to Die

Lee R. Goldberg, MD, MPH; Mariell Jessup, MD

Janet Lynn, MD, MA, MS; and Harlan M. Krumholz, MD

Ann Intern Med 2004

**Solo il 30% dei malati terminali
sono stati sottoposti a
disattivazione dell'ICD**

The American Journal of Medicine 2006

Nello scompenso cardiaco avanzato
quando le “armi” mediche e strumentali
sono state tutte utilizzate
(e di questo si è fatta verifica critica)

- Ø nulla solleva più il paziente dai suoi sintomi
- Ø compare o peggiora insufficienza multiorgano
- Ø vi è la necessità di diuretici ad alte dosi e/o di inotropi in infusione prolungata
- Ø il defibrillatore continua a scaricare
- Ø si hanno frequenti e ravvicinate ospedalizzazioni

L'assistenza al paziente ormai terminale
è ancora compito del cardiologo?

Anche il Cardiologo deve prendersi cura del paziente nella fase avanzata della malattia

Il cardiologo, che segue il paziente nelle varie fasi della malattia, in ambulatorio, in ospedale e, a volte, anche a casa (almeno telefonicamente) per alcuni anni, è inevitabilmente coinvolto nella storia personale del paziente e deve essere coinvolto anche nella sua morte.

Per una adeguata cura nella fase terminale il **MEDICO...**

deve **acquisire un bagaglio culturale adatto** ad affrontare i bisogni del paziente alla fine della vita **negli aspetti curativi e palliativi**

i bisogni

della famiglia

del paziente

- ∅ informazione e consenso
- ∅ autodeterminazione
- ∅ rispetto della dignità
- ∅ palliazione dei sintomi
- ∅ controllo del dolore

- ∅ ricevere rassicurazione
- ∅ rimanere vicino al paziente
- ∅ essere informati
- ∅ essere sostenuti
- ∅ essere messi a proprio agio
- ∅ condividere le scelte di fine vita

**Sulle cure di fine vita
notiamo notevoli ritardi.**

Perché?

**Il tema della morte e della fine della
vita è molto “impopolare”**

**E' un tema che non si può
nascondere, ignorare o mistificare**

Cambiamenti nel processo del morire

A differenza del passato e in conseguenza dell'accresciuto potere medico sulla vita, oggi la morte è sempre meno un evento improvviso.

Anche nelle malattie inguaribili, la medicina è in grado di prolungare il processo del morire

Sono sempre più frequenti quelle situazioni definite “**prive di dignità**” e che affiorano periodicamente alla consapevolezza pubblica attraverso casi clamorosi

(es. Terri Schiavo, Piergiorgio Welby, Eluana Englaro)

mercoledì 25 ottobre 2006

www.repubblica.it

LE IDEE

Quelle vite
sospese

**Gruppo italiano per la
valutazione degli interventi
in Terapia intensiva**

GiViTi

Mortalità nelle UCI italiane:

Ø nel 2000 era il 25-30%

Ø nel 2009 è scesa sotto il 20%

(grazie all'High-Tech)

LA REPUBBLICA
scute in questi giorni a Pesaro
"Cure la spina"
mortalità in calo



**ma l'High-Tech non può risolvere
tutto, per questo da tempo i medici
intensivisti chiedono una
normativa/legge sulla “Desistenza
Terapeutica e sul Testamento
Biologico”**

Cosa ci si aspetta dalla medicina ?

Nella nostra società vi è un'aspettativa sproporzionata nel potere della medicina e della tecnologia

Le conseguenze possibili:

- Incapacità di accettare i limiti imposti dalla natura
- Aumento di speranze infondate
- Denunce di “colpe ed errori” nei confronti dei medici

Le denunce di “errori” medici in Italia sono aumentate...

Negli ultimi dieci anni del....



+ 184%

con costi elevati, pari all'1% del PIL
(10 miliardi di Euro l'anno)

Queste nella maggioranza dei casi sono causate da **cattiva comunicazione** con i pazienti e soprattutto **con i familiari**

La morte in “solitudine”

[...] il momento peggiore della morte non è il morire, ma il sentirsi, attraverso tanti piccoli gesti, esclusi dall'umano consorzio, il sentirsi scivolare, come su un lungo piano inclinato, lontano da ogni amorevolezza, avvertendosi magari come “sporchi” e “pesanti”

Per fronteggiare, dunque, l'approssimarsi della morte non è sufficiente un sapere tecnico, ma occorre un **sapere comunicativo.**

Bonetti M, Rossi M, Viafora C, : “Silenzi e parole negli ultimi giorni di vita”. Ed. Franco Angeli 2003

Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005.

Davidson, Judy E. RN, FCCM; Powers, Karen MD; Hedayat, Kamyar M. MD; Tieszen, Mark MD, FCCM; Kon, Alexander A. MD, FCCM; Shepard, Eric MD, FCCM; Spuhler, Vicki RN, MS, CCRN; Todres, I David MD, FCCM; Levy, Mitchell MD, FCCM; Barr, Juliana MD, FCCM; Ghandi, Raj MD, FCCM; Hirsch, Gregory MD; Armstrong, Deborah PharmD, FCCM

“ improve consistency in communication...
staff education to minimize the impact of family...
and family support before, during, and after death””

Per una adeguata comunicazione di fronte ad un paziente critico occorre...

SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer

WALTER F. BAILE,^a ROBERT BUCKMAN,^b RENATO LENZI,^a GARY GLOBER,^a
ESTELA A. BEALE,^a ANDRZEJ P. KUDELKA^b

The Oncologist 2000;5:302-311

- Ø Preparare il dialogo
- Ø Verificare quanto e cosa malato e familiari già sanno
- Ø Accertare quanto e cosa essi vogliono sapere

Dare informazioni

- § Vere
- § Condivise
- § Graduali

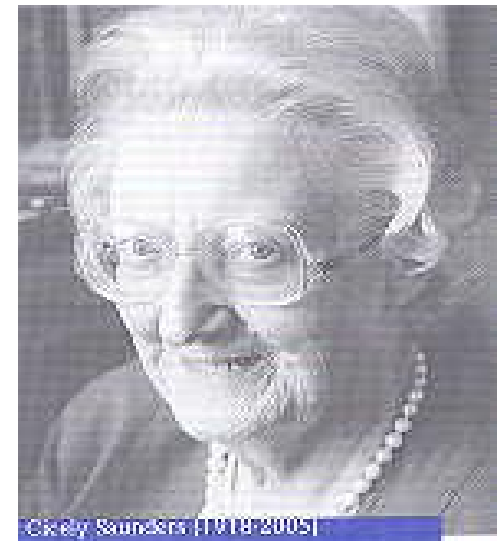
Gestire la relazione

- § Con empatia
- § Prevenendo i conflitti
- § Non soffocando l'emotività

“Sono stata infermiera, sono stata assistente sociale, sono stata medico.

Ma la cosa più difficile di tutte è imparare ad essere un paziente”

Cicely Saunders
(1918-2005)



Cosa provano i malati nella fase avanzata della malattia?

grande angoscia,
provocata dalla paura
della morte
sopra

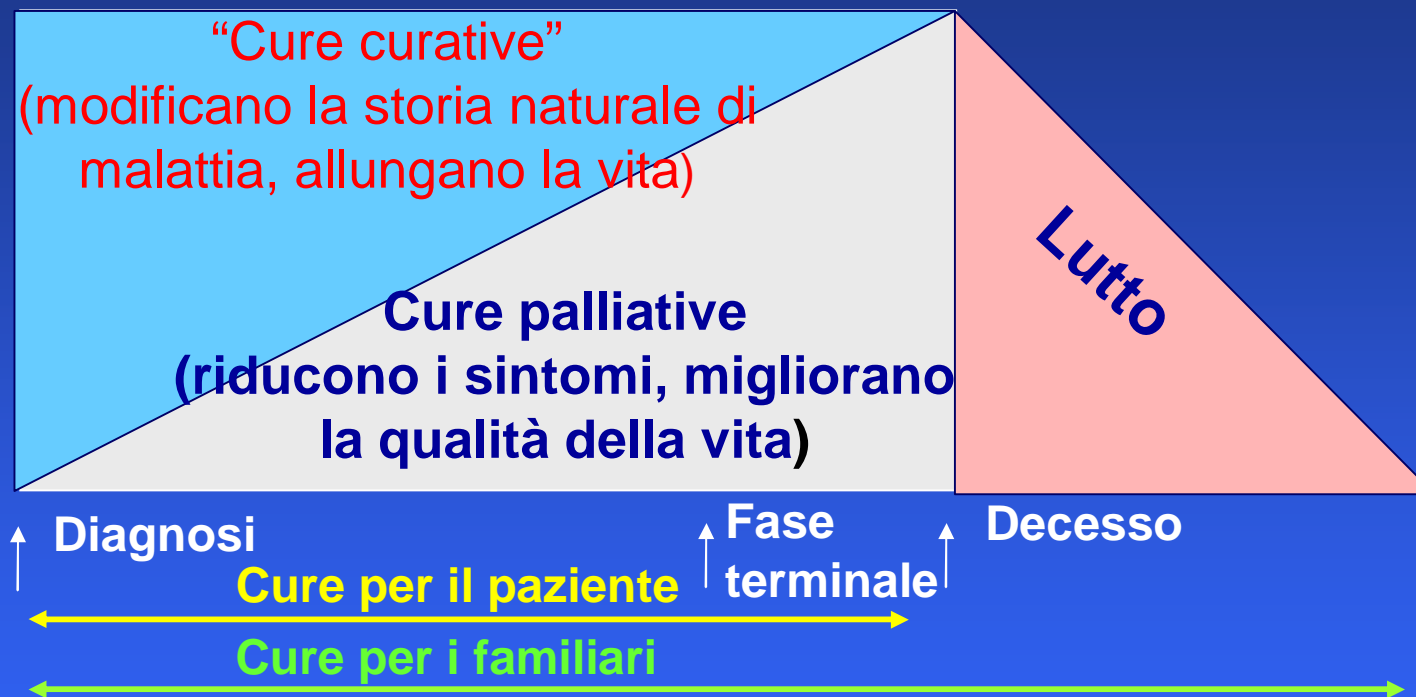
**“prendersi cura”
è, quindi, dovere
imprescindibile del medico**

anza
agli altri

...i medici si ammalano
...vemente e raccontano la loro
storia. La paura, la sofferenza,
la lotta per sopravvivere.
E la proposta per rifare
una Sanità che curi davvero.
A cura di Paolo Barnard.

Le CURE nelle malattie croniche progressive: curative, palliative, di supporto alla famiglia

Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Arlington, VA, Rand Health, 2003.



E' opportuno perciò affrontare il **"percorso del morire come un percorso di cura"** che si prolunga con un'azione di sostegno alla famiglia **fino al periodo del lutto**

I “costi” dei malati alla fine della vita

X Congresso Nazionale della Società Italiana di Cure Palliative - Milano 2003

- Ø In Italia sono **250 mila i malati alla fine della vita**, che necessitano di cure di fine vita
- Ø Ci sono i familiari, altre 800.000 persone che devono affrontare in media una **spesa di 2.800 euro per** coprire per poco più di un mese i cosiddetti **costi “occulti”**
- Ø Circa il **25% di questi pazienti terminali sono trasferiti in UCI** (ricovero incongruo con un

Un letto in RSA costa molto meno

Nel paziente con demenza avanzata in UCI
quali decisioni prendere?

Ø Utilizzare cure sempre più intensive?

Rischio di “accanimento terapeutico”
(cure inappropriate per eccesso)

Ø A che punto fermarsi?

Difficile, talvolta impossibile, conoscere
la volontà del paziente, auspicabile le

Dichiarazioni anticipate di trattamento

Quali i problemi che si presentano
al cuore e all'intelligenza del personale
che assiste il malato alla fine della vita?

- Ø Iniziare, proseguire, ridurre o sospendere un qualsiasi tipo di assistenza respiratoria o NA?
- Ø Trattare o meno un'infezione nella fase terminale-agonica ?
- Ø Trasfondere con insistenza il paziente, anche

.... che deve diventare certezza nelle
prestazioni e nell'accompagnamento
verso la fine della vita

Nutrizione artificiale

**L'applicazione di una “sonda” per
nutrizione artificiale nei pazienti giunti al
termine della vita è diventata routine**

Slomka J. Cleve, Clib J Med 2003



**Raramente ci si chiede se sia la
decisione migliore**

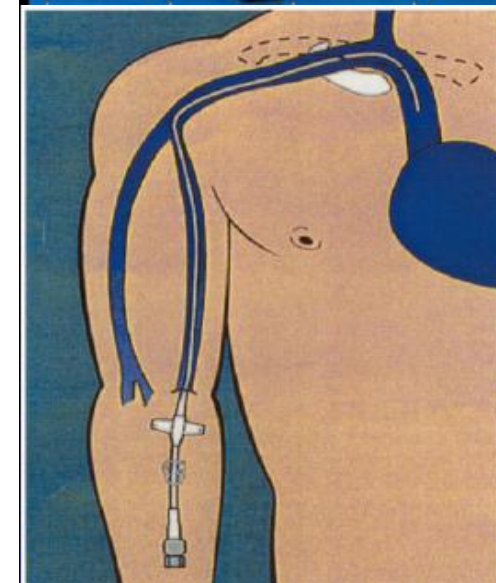
Langdon DS, Am Diet Assoc 2003

La gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) nei pazienti affetti da Demenza

- ∅ Non previene l'aspirazione del cibo
- ∅ Non migliora lo stato funzionale o la qualità della vita
- ∅ Non riduce i disturbi del comportamento
- ∅ Non determina aumento di peso

- ∅ Spesso scelta perché fa risparmiare tempo al personale e riduce le lamentele delle famiglie
- ∅ Spesso induce l'uso di mezzi di contenzione per evitare che il paziente si strappi la PEG

Posizionamento CVC (Eco-guidato)



Catetere PICC (ad inserzione periferica)

Quale scelta per idratazione e nutrizione?



Negli ultimi giorni / ore di vita è indubbio che il ruolo dell'idratazione è ininfluenza, ma il problema rimane nelle **fasi precedenti** quando ci si trova davanti non solo a **dilemmi clinici** (la disidratazione genera convulsioni, sopore, delirium o sete intensa), **ma anche alla preoccupazione dei familiari**, perchè la sospensione dell'idratazione fa presagire il decesso (**attenzione al lutto patologico**)

Linee Guida (1)

National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services
and Ethics Committee of Great Britain and Ireland

- Ø **Non esiste una linea di condotta generale** per decidere se praticare o non praticare l'idratazione artificiale
- Ø In prossimità della morte il desiderio di bere e di mangiare diminuisce. Studi clinici dimostrano che, **in un paziente morente, l'idratazione non influenza né la sopravvivenza** né il controllo dei sintomi

Linee guida (2)

National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services and
Ethics Committee of Great Britain and Ireland

- ∅ I parenti del paziente spesso esprimono contrarietà alla mancanza di alimentazione e di idratazione. **Gli operatori sanitari non dovrebbero però subordinare l'interesse del paziente all'ansia dei familiari, e dovrebbero dominare la propria ansia.**
- ∅ Sete o sensazione di bocca asciutta nel paziente terminale possono essere causate dai farmaci. **In questi casi è improbabile che l'idratazione artificiale attenui questi sintomi.** Una buona igiene del cavo orale e una revisione del trattamento farmacologico rappresentano l'intervento più adeguato.

Medicina Geriatrica



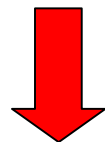
Medicina della Complessità:

Comorbilità **somatica**
mentale / emozionale

Sindrome “da Terapia Intensiva”

è La “ICU syndrome” è particolarmente frequente nel paziente critico, specie se anziano.

- Alterazioni fisiopatologiche correlate alla malattia acuta
- Dolore
- Paura
- Solitudine
- Limitata mobilità
- Incomunicabilità



Incremento degli episodi di
DELIRIUM (circa 15-20%)



Aumento della mortalità



Hall-Lord ML, et al. Intensive Crit Care Nurs 1994
McGuire BE, et al. Arch Intern Med 2000
Ely et al. 2004

Il paziente in Terapia Intensiva: alcuni dati



- Ø In Italia ci sono 450 UCI e 165.000 ricoveri annui:
 - **il 60% dei pazienti con età > 65 anni**
- Ø Ci sono anche 409 UTIC: l'età media dei ricoverati è di 70 anni (**il 39% ha un'età > 75 anni**)
- Ø I letti in UCI sono il 5% dei letti globali e assorbono il 30% del budget ospedaliero
- Ø Per curare 7 pazienti in UCI occorrono:
 - 19 medici e 27 infermieri

Il 99% delle UCI sono a “porte chiuse”

Il paziente in Terapia Intensiva

Restricted Visiting Hours in ICUs

Time to Change



JAMA[®]

Donald M. Berwick, MD, MPP, FRCP

Meera Kotagal, BA

cused on 3 worries: increased physiologic stress for the patient, interference with the provision of care, and physical and mental exhaustion of family and friends. While these concerns may seem reasonable, the evidence from the re-

I pazienti più critici giacciono in UCI, impauriti, terrorizzati, immersi e sommersi da cateteri e macchinari rumorosi... **sono soli, lontani** da coloro che li amano, **separati dai regimi restrittivi di accesso** alla Terapia Intensiva..

Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit Results From a Pilot, Randomized Trial

Stefano Fumagalli, MD; Lorenzo Boncinelli, MD; Antonella Lo Nostro, BSc; Paolo Valoti, MD; Giorgio Baldereschi, MD; Mauro Di Bari, MD, PhD; Andrea Ungar, MD; Samuele Baldasseroni, MD; Pierangelo Geppetti, MD; Giulio Masotti, MD; Riccardo Pini, MD; Niccolò Marchionni, MD

Circulation 2006;113:946-52

OBJECTIVE

Pilot RCT, aimed at comparing the effects of **restricted vs. unrestricted visiting policy** in a geriatric cardiological ICU on:

- ∅ microbiologic environment contamination
- ∅ emotional profile
- ∅ clinical outcomes

RISULTATI

Le visite libere ai pazienti in Terapia Intensiva:

- ❌ Non provocano un numero maggiore di infezioni
- ❌ Hanno ridotto il livello dello stress e dimezzato le complicanze cardiovascolari

LA REPUBBLICA 33

I risultati

Negli ambienti dove le visite erano senza regole la presenza di batteri raddoppia rispetto al normale



La presenza di farmaci antagonisti dei batteri è aumentata nella sala delle visite senza limiti di tempo



Le visite non provocavano un numero maggiore di infezioni



Le visite frequenti hanno ridotto il livello dello stress e dimezzato le complicanze cardiocircolatorie



L'iniziativa dell'ospedale universitario: meno ansia da parte dei malati, si dimezzano le complicazioni e non crescono le infezioni

Un amico vicino aiuta un cuore malato

Firenze, la rianimazione di Careggi aperta ai familiari senza limiti di tempo

Rianimazione *Uno studio conferma: l'isolamento fa male*

Provato: l'affetto fa bene al cuore

I REPARTI PER IL CUORE "INFRANTO"



Hight tech and High touch

BARBARA FÄSSLER

No
tecn
per
ci vo
emo

... delle certezze
acquisite finora, una ricerca,
la prima del genere al mon-
do, realizzata a Firenze dal-

... infermieri
«**Devono capire che sono
loro a fare visita
nell'esistenza dei malati.
E non viceversa»**

... ginecologia all'Università di
Firenze e coordinatore della
ricerca, appena pubblicata
sulla rivista americana *Cir-
culation*. In questo arco di
tempo sono state adottate
per periodi di due mesi due
diverse modalità di accesso

su regole rigide e a misurarsi
solo con il gesto tecnico».
D'altro canto questo stu-
dio rafforza l'idea che ser-
peggia da qualche anno fra i
cardiologi che le esperienze
emozionali e il tono del-
l'umore influiscano sulle ma-

nitaria ruota ancora intorno
alle esigenze degli operatori
e della struttura nel suo
complesso. La scelta della
rianimazione aperta, oltre
ad obbligare il personale sa-
nitario ad una qualche for-
ma di comunicazione, lo co-

Strategie per le cure compassionevoli di fine vita

- Sviluppare un rapporto personale con la morte
- Capacità di comunicazione: essere sinceri e presenti

∅ riflettere su morte e perdita

∅ abituarsi all'incertezza di malattia e morte

Truog RD, et al., *Crit Care Med* 2001

Levy M. *Crit Care Med* 2001

Drazen JM. *NEJM* 2003

Wunsch H, et al., *Intensive Care Med* 2005

SIARRTI, *Minerva Anestesiol* 2006

Strategie per le cure compassionevoli di fine vita

- Sviluppare un rapporto personale con la morte
- Capacità di comunicazione: essere sinceri e presenti

- Ø manifestare una presenza compassionevole
- Ø ascoltare senza distrarsi

Truog RD, et al., *Crit Care Med* 2001
Levy M. *Crit Care Med* 2001
Drazen JM. *NEJM* 2003
Wunsch H, et al., *Intensive Care Med* 2005
SIARRTI, *Minerva Anestesiol* 2006

Strategie per le cure compassionevoli di fine vita

- Sviluppare un rapporto personale con la morte
- Capacità di comunicazione: essere sinceri e presenti

- **Creare l'ambiente adatto**

Facilitare



- Ø utilizzare una stanza separata
- Ø coinvolgere infermieri ed équipe

Wunsch H, et al., Intensive Care Med 2005
SIARRTI, Minerva Anestesiol 2006

Strategie per le cure compassionevoli di fine vita

arte personale con la morte

- Ø provare a mettersi al posto di un familiare
- Ø non scaricare le decisioni sul paziente e sui familiari
- Ø aiutare la famiglia a prendere una decisione
- Ø ricordare la volontà del paziente

Facilitare le decisioni di fine vita

Truog RD, et al., *Crit Care Med* 2001
Levy M. *Crit Care Med* 2001
Drazen JM. *NEJM* 2003
Wunsch H, et al., *Intensive Care Med* 2005
SIARRTI, *Minerva Anestesiol* 2006

Decisioni di fine vita o desistenza terapeutica

Atteggiamento terapeutico con il quale il medico desiste dalle terapie futili.

- Ø Si applica nei confronti dei pazienti malati terminali
- Ø Si basa sul concetto di accompagnamento alla morte
- Ø Non ha niente a che fare con l'eutanasia
- Ø Vuole combattere le cure inappropriate per eccesso, il cosiddetto “accanimento terapeutico”.

Codice di Deontologia Medica 2006

“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 sua vita...**” (art. 16)

Codice di Deontologia Medica 2006

“ in caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella **terapia di sostegno vitale** finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento **terapeutico...**” (art. 39)

Il Catechismo



*Catechismo del 1992
(parte III, parag. 2278)*

“L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all'accanimento terapeutico. Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente.”

Percentuale di morti in UCI precedute da sospensione delle cure

In Europa:

Gran Bretagna: 31.8%

ü (Wunsch H, Int Care Med 2005)

Spagna: 34.3%

ü (Esteban A, Int Care Med 2001)

Francia: 53%

ü (Ferrand E, Lancet 2001)

Europa Occid.: sino al 79%

ü (Murray LS, Lancet 1993)

ü (Melltorp G, Int Care Med 1996)

ü (Sprung C, The Ethicus Study
JAMA 2003)

Negli USA sino al

90%

ü Prendergast TJ, Crit Care Med
1997;155:15-20

ü Karlawish JHT, Am J Respir Crit
Care Med 1997;

ü Prendergast TJ, Am J Respir Crit
Care Med 1998;

ü McLean RF, Crit Care Med 2000

ü Hall RI, Chest 2000

Alberto Giannini
Adriano Pessina
Enrico Maria Tacchi

End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting

Sospensione delle cure: *le modalità*

- Ø Sospensione o non introduzione di amine: 65%
- Ø Rinuncia a RCP: 57.5%
- Ø Sospensione o non introduzione di:
 - Emoderivati 38%
 - Nutrizione artificiale 26%
 - Antibiotici 13%
 - Ventilazione artificiale 12%

Conclusioni (1)

- ∅ Il paziente anziano “fragile” in ICU richiede un approccio con **competenze multidisciplinari**, in grado di affrontare la sua maggiore complessità
- ∅ La **comorbilità somatica**, “marcatore” di complessità e fragilità, **non limita l'efficacia di alcune procedure** terapeutiche intensive ed aggressive
- ∅ La [eventuale] scelta di **limitare l'ammissione** in UCI **dovrebbe basarsi sulla gravità della disabilità nelle ADL** e sulla **reversibilità del quadro clinico acuto**

Conclusioni (2)

- ∅ La “umanizzazione” delle UCI può contribuire a migliorare non solo le condizioni emozionali, ma anche la prognosi di pazienti complessi specie se anziani
- ∅ La presenza di pazienti con fragilità cognitiva nelle UCI impone la necessità di sperimentare modelli di cura fortemente orientati alla persona, con coinvolgimento dei familiari. Questi modelli dovrebbero prevedere cure palliative già in UCI

Conclusioni (3) **Il familiare: una risorsa**

Nella relazione tra équipe-malato-famiglia, il familiare/care giver deve essere considerato una risorsa non solo per l'ammalato ma anche per l'équipe dei curanti: questi devono promuovere rapporti di fiducia e di collaborazione col familiare, nel rispetto dell'autodeterminazione del paziente.

“Il successo delle cure intensive non deve essere valutato solo in base alle statistiche di sopravvivenza, ma anche in base alla **qualità del processo del morire e alla qualità delle relazioni umane coinvolte in ciascuna morte”**

