



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](mailto: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



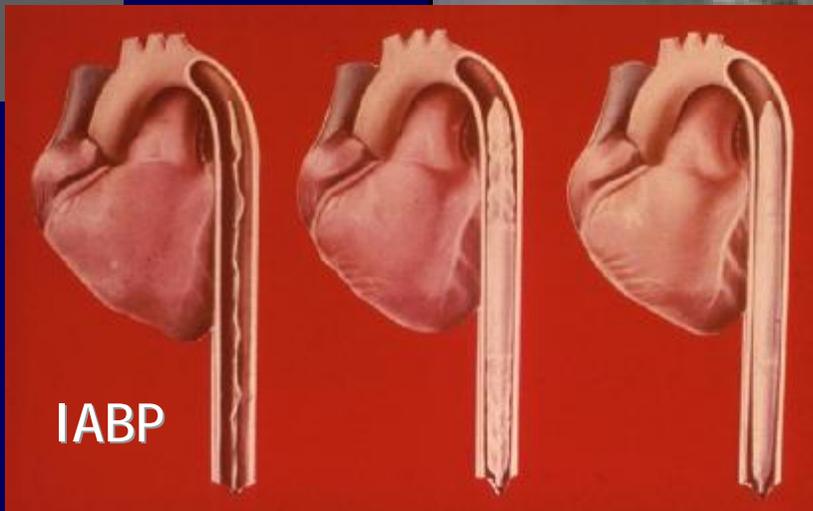
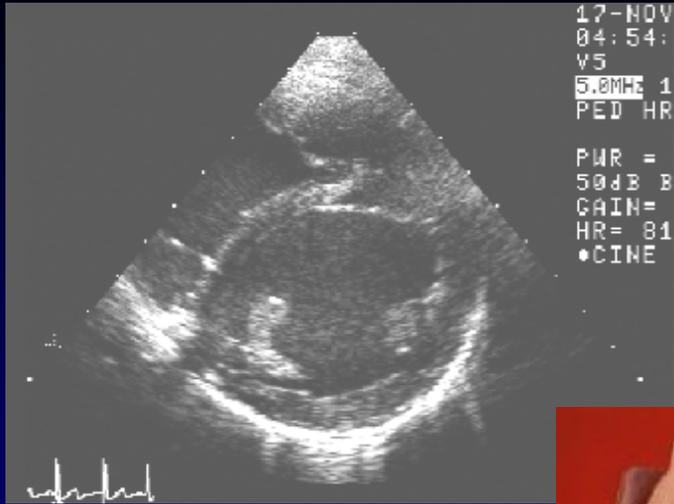
dal  
Domicilio



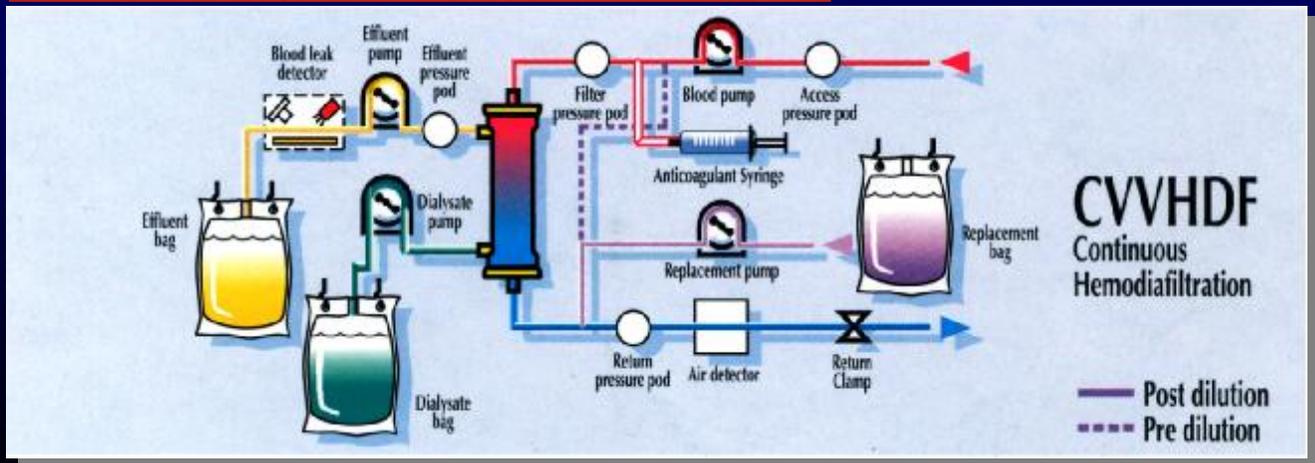
da  
Medicina Interna



**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,<sup>†‡§</sup> Konstantinos Z. Vardakas, MD,<sup>‡</sup> George Sermaides, BSc,<sup>‡</sup> and Argyris Michalopoulos, MD<sup>‡</sup>

**OBJECTIVES:** To compare the outcomes of critically ill oldest-old patients ( $\geq 90$ ) 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  $5.3 \pm 6.8$  and  $23.3 \pm 35.7$  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 ( $\geq 90$  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”



Table 3. Intensive care unit (ICU) and hospital outcomes<sup>a</sup>

	Overall n = 395	Dementia Present n = 66	Dementia Absent n = 329	<i>p</i> Value
Days on mechanical ventilation, median (range) <sup>b</sup>	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**

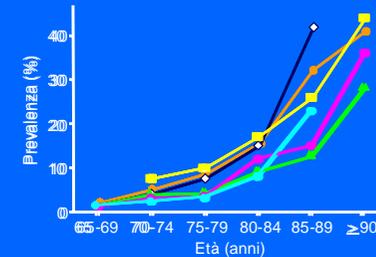
## Dati di letteratura sulla prognosi dei pazienti con demenza in UCI

- ∅ 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

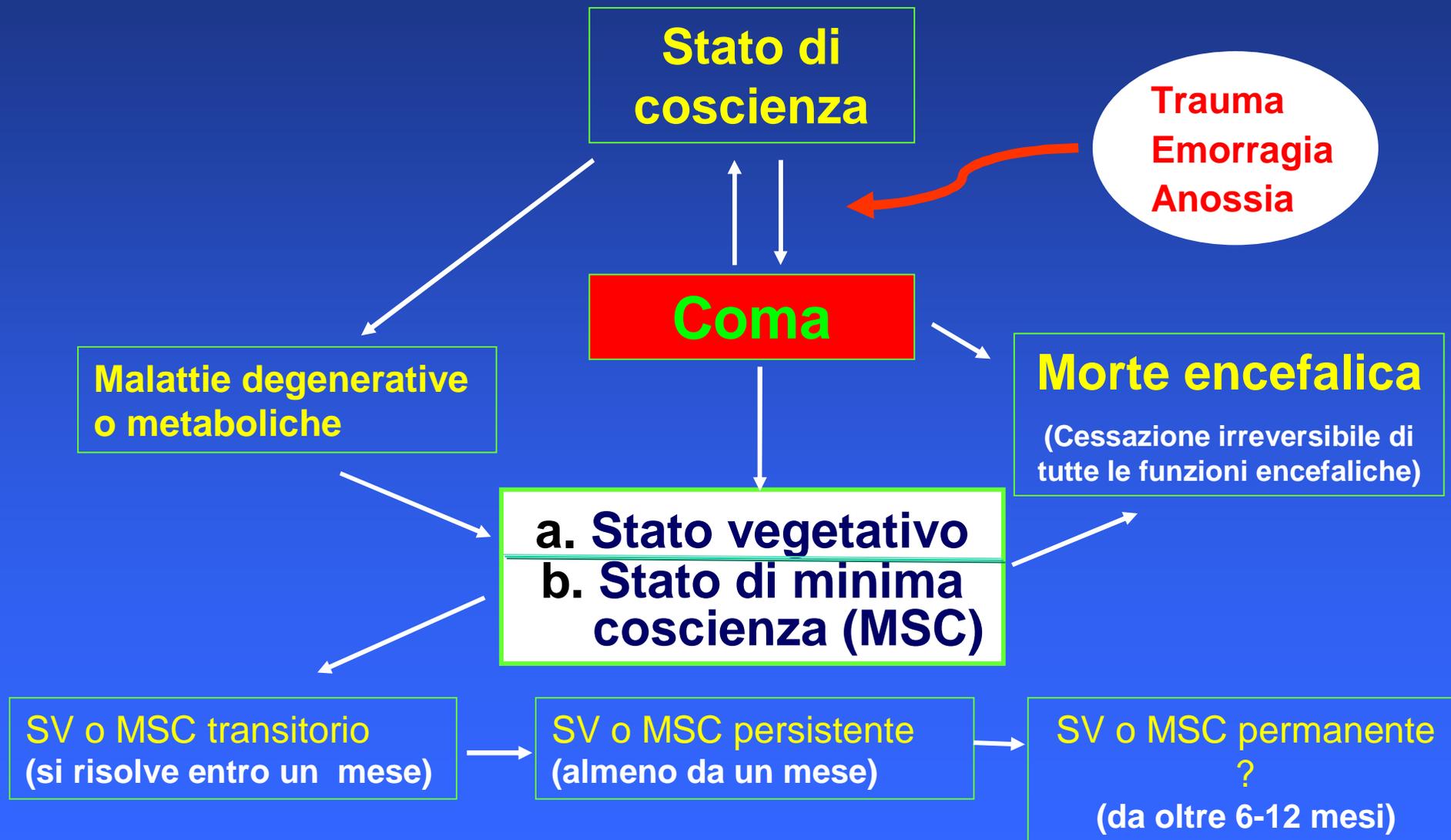
240.000 (44%) per cause cardiovascolari

150.000 (27%) per tumori

Dati ISTAT 2006

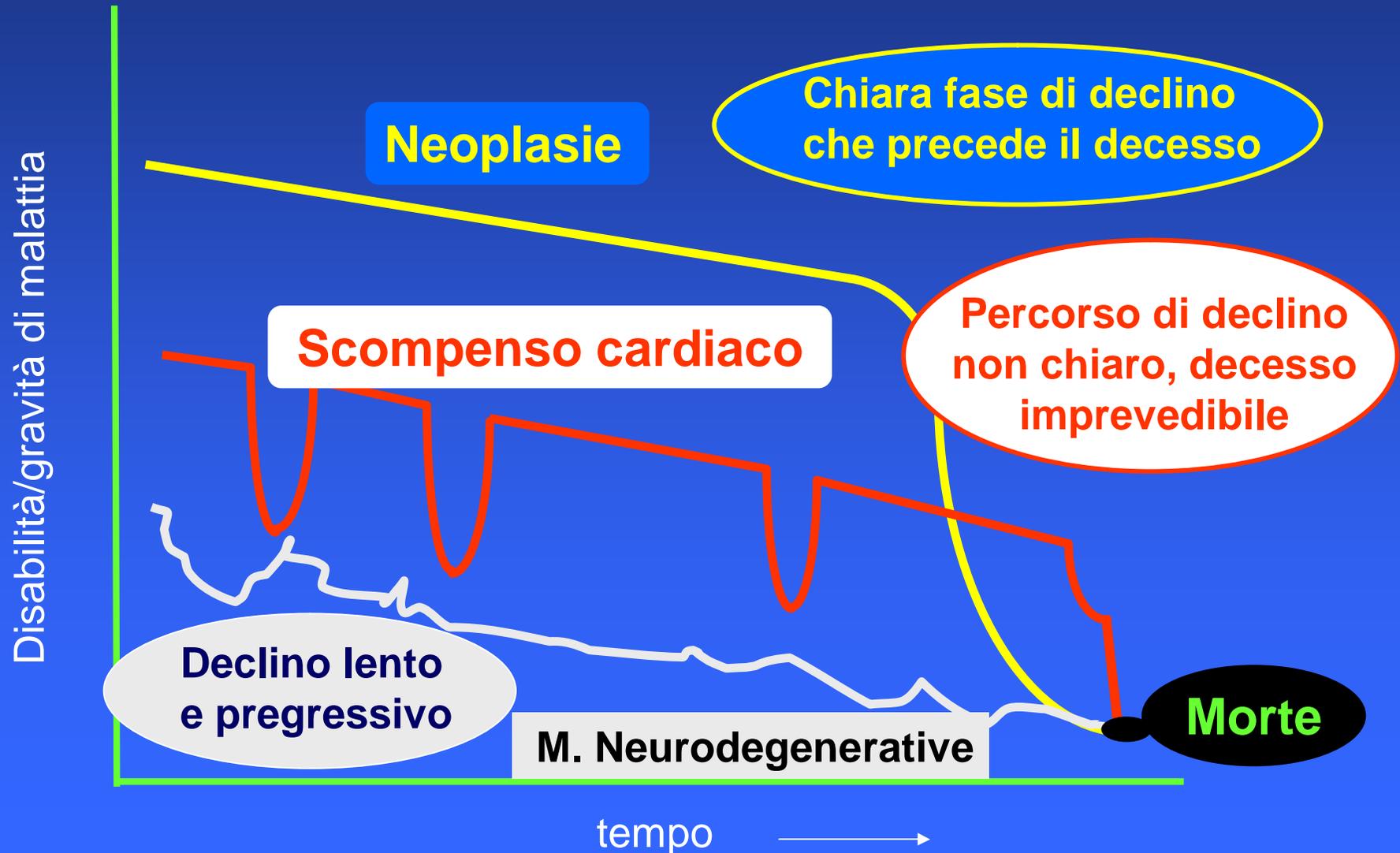
nel 73% hanno un età > 65 anni

# 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.**

**Perchè?**

**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**

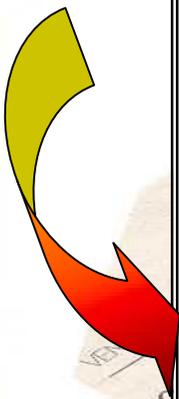
**Mortalità nelle UCI italiane:**

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  
"care 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,<sup>a</sup> ROBERT BUCKMAN,<sup>b</sup> RENATO LENZI,<sup>a</sup> GARY GLOBER,<sup>a</sup>  
ESTELA A. BEALE,<sup>a</sup> ANDRZEJ P. KUDELKA<sup>b</sup>

*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?

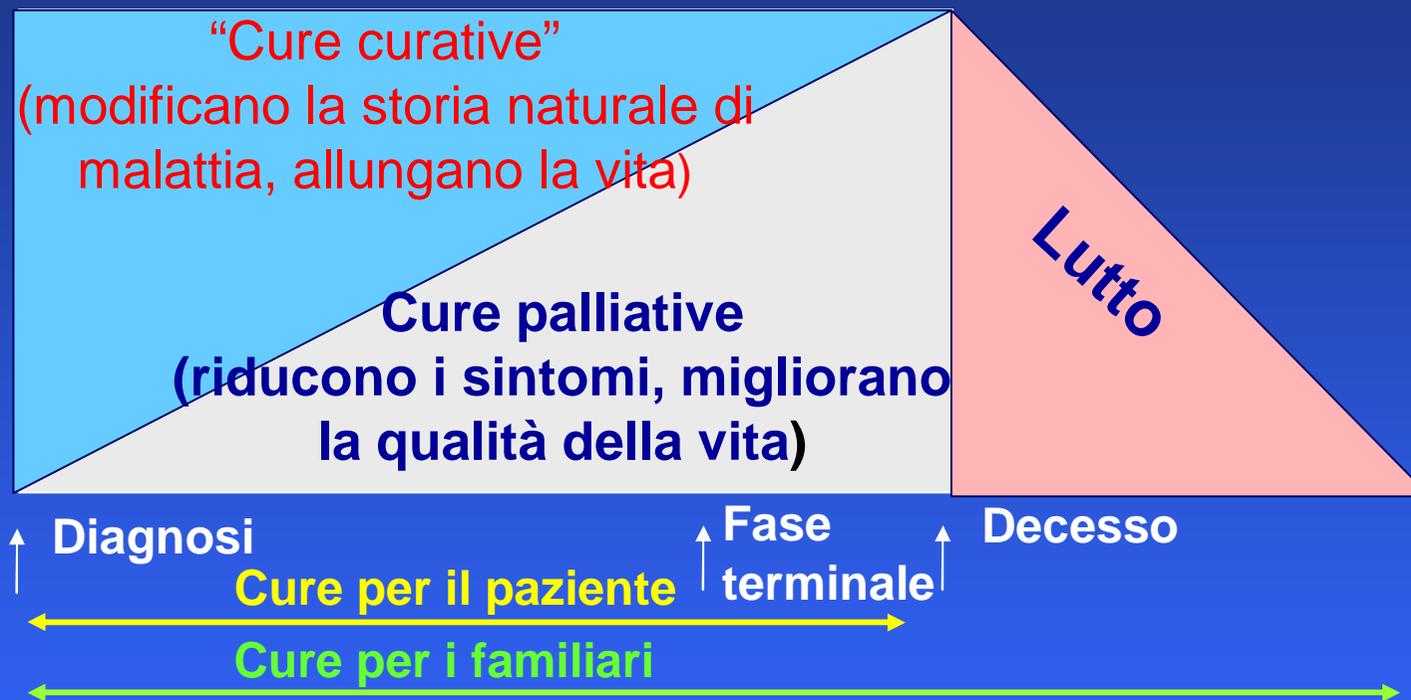
grande angoscia,  
provocata dalla paura  
della morte  
sopra  
senza  
agli altri

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

...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?

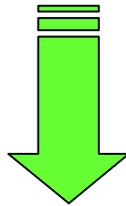
- Ø Iniziare, proseguire, ridurre o sospendere un qualsiasi tipo di assistenza respiratoria o NA?
- Ø Trattare o meno un'infezione nella fase terminale-agonica ?
- Ø Trasfondere con insistenza il paziente, anche

.... 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**

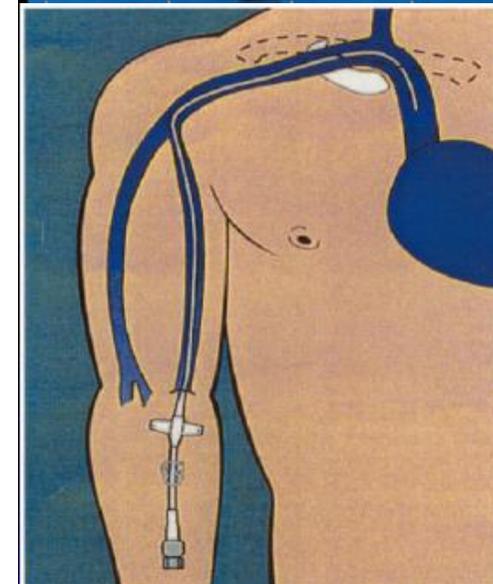
Langdon DS, Am Diet Assoc 2003

# 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**<sup>®</sup>

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 libere 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”.

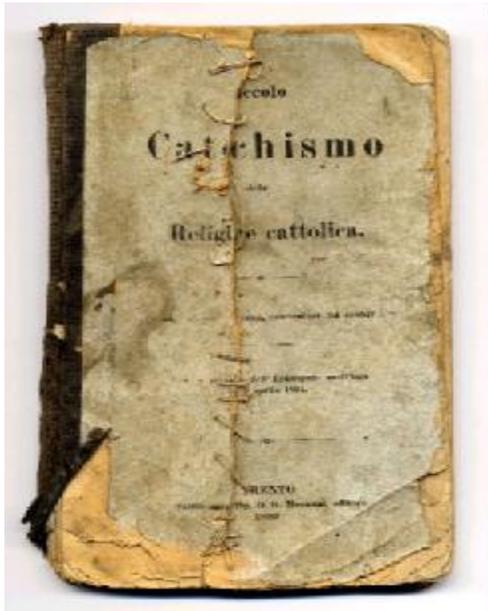
# Codice di Deontologia Medica 2006

“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”**

