



ORDINE  
MEDICI CHIRURGHI  
E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA  
DI BRESCIA  
COMMISSIONE DI BIOETICA  
Coordinatore: Dott. Angelo Bianchetti

*Convegno*  
**I BISOGNI DELLE PERSONE CON MALATTIA  
CRONICA IN FASE AVANZATA  
FRA INTENSIVITÀ E MEDICINA PALLIATIVA**

*Il problema della malattia cronica nella sua fase finale:  
La gestione integrata*

B. Antonini  
Ospedale di Manerbio  
Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda

# La malattia cronica nella sua fase finale

- Identificazione della fase finale
- Terapia Intensiva?
- Terapie invasive?
- Terapie intensive/invasive fino a quale punto?
- Quali cure palliative?

# La malattia cronica nella sua fase finale

- Identificazione della fase finale
- Terapia Intensiva?
- Terapie invasive?
- Terapie intensive/invasive fine a quale punto?
- Quali cure palliative?



**SIAARTI**  
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA  
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

## GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE": CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE? "DOCUMENTO CONDIVISO" PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

Documento approvato e condiviso da:

- SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI)
- ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)
- SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)
- SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI (AIPO)



<b>INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)</b>	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
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (BPCO)</b>	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 calo ponderale/cachessia ridotta autonomia funzionale aumento dipendenza
<b>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (IPF)</b>	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

**NIHSS  $\geq 20$  per lesioni sin.;  $\geq 15$  per dx**

richiesta diretta del malato e famiglia

incapace a camminare senza assistenza e

## INSUFFICIENZA EPATICA

ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione  
 non candidabilità a trapianto  
 indice MELD > 25  
 indice SOFA > 10.5  
 complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale

febbre ricorrente

infezioni ricorrenti

**febbre**

<b>DEMENZA</b>	astenia disturbi cognitivi infezioni ricorrenti incapace a camminare senza assistenza e incontinenza urinaria e fecale e conversazione non significativa e incoerente (<6 parole /giorno) e incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS $\leq 50\%$ ) PIU' UNA O PIU' DELLE SEGUENTI perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi) infezioni ricorrenti del tratto urinario piaghe da decubito (stadio 3 o 4) febbre ricorrente
<b>INSUFFICIENZA EPATICA</b>	ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione non candidabilità a trapianto indice MELD > 25 indice SOFA > 10.5 complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale

# Palliative Performance Scale (modificata)

%	DEAMBULAZIONE	LIVELLO DI ATTIVITA' EVIDENZA DI MALATTIA	CURA DI SE'	INTRODUZIONE LIQUIDI E/O SOLIDI	LIVELLO DI COSCIENZA
100	normale	normale <i>nessuna malattia</i>	completamente autonoma	normale	normale
90	normale	normale <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	normale	normale
80	normale	normale con sforzo <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	normale o ridotta	normale
70	ridotta	non può svolgere un compito o lavoro <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	come sopra	normale
60	ridotta	non può svolgere hobbies o lavori di casa <i>malattia significativa</i>	assistenza occasionale <i>assistenza richiesta</i>	come sopra	normale o confuso/a
50	prevalentemente seduto/a o disteso/a	non può svolgere alcun lavoro <i>malattia estesa</i>	assistenza considerevole <i>assistenza richiesta</i>	come sopra	normale o confuso/a
40	prevalentemente a letto	come sopra	prevalentemente assistito	come sopra	normale o sonnolento/a o confuso/a
30	allettato/a	come sopra	assistenza totale	ridotta	come sopra
20	allettato/a	come sopra	come sopra	minima	come sopra
10	allettato/a	come sopra	come sopra	solo cura della bocca	sonnolento/a o in coma
0	morte	-	-	-	--

# End Stage

## Criteri clinici generali

- ricoveri frequenti per le stesse condizioni (es. > 1 ricovero entro l'anno) <sup>26 27, 28, 29, 30, 31</sup>
- provenienza da lungo-degenza, da residenza sanitaria assistita, da domicilio con assistenza ©
- declino nutrizionale (cachessia) <sup>32</sup>
- malato anziano, con deficit cognitivo e con frattura di ossa lunghe <sup>33, 34, 35, 36</sup>
- neoplasia metastatica o localizzata in fase avanzata o allo stadio di incurabilità <sup>37</sup>
- O<sub>2</sub>-Terapia domiciliare, NIMV <sup>31</sup>
- arresto cardiaco extra-ospedaliero recuperato ma a prognosi severa o infausta <sup>38, 39</sup>
- malati candidati a trapianto ma inidonei a riceverlo per la patologia intercorrente <sup>40, 41</sup>
- necessità di ricovero in o provenienza da lungo-degenza/riabilitazione <sup>42, ©</sup>
- malato considerato un potenziale candidato a o già portatore di:
  - \* nutrizione artificiale via SNG/ PEG <sup>43, 44, 45, 46, 47</sup>
  - \* tracheotomia <sup>48</sup>
  - \* dialisi <sup>49</sup>
  - \* LVAD o AICD <sup>50</sup>
  - \* trapianto di midollo osseo (malati ad alto rischio) <sup>51, 52</sup>

# La malattia cronica nella fase finale

## “ Surprise question ”

“il malato potrebbe morire a causa della propria insufficienza cronica entro pochi mesi, settimane o giorni?”



# La malattia cronica nella sua fase finale

- Identificazione della fase finale
- Terapia Intensiva?
- Terapie invasive?
- Terapie intensive/invasive fino a quale punto?
- Quali cure palliative?

# La malattia cronica nella sua fase finale

- Identificazione della fase finale
- Terapia Intensiva?
- Terapie invasive?
- Terapie intensive/invasive fino a quale punto?
- Quali cure palliative?

# Terapia Intensiva/trattamenti invasivi?

Quando affrontare il problema?

Advance Care Planning  
(Pianificazione Condivisa delle Cure)

---

# LINEE GUIDA SIAARTI

---

MINERVA ANESTESIOLOGIA 2003;69:101-18

## **SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for the limitation of treatment in intensive care**

---

GRUPPO DI STUDIO AD HOC DELLA COMMISSIONE DI BIOETICA DELLA SIAARTI

---

## **SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for the limitation of treatment in intensive care**

---

GRUPPO DI STUDIO AD HOC DELLA COMMISSIONE DI BIOETICA DELLA SIAARTI

### **Regole generali**

- Recuperare lo stato di salute
- Mantenere una vita dignitosa
- Controllare la sofferenza
- Evitare danni al paziente
- Garantire una morte dignitosa

## **SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for the limitation of treatment in intensive care**

GRUPPO DI STUDIO AD HOC DELLA COMMISSIONE DI BIOETICA DELLA SIAARTI

- **Principi etici**

- Autonomia
- Beneficialità
- Non maleficitalità
- Giustizia distributiva

- **Fattori clinici**

- età biologica
- biografia personale
- patologie concomitanti
- gravità e prognosi dello stato critico attuale
- qualità di vita pregressa e prevedibile

## **SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for the limitation of treatment in intensive care**

GRUPPO DI STUDIO AD HOC DELLA COMMISSIONE DI BIOETICA DELLA SIAARTI

- **Ammissione alla TI**
  - Reversibilità dello stato patologico acuto
  - Ragionevole probabilità di benefici attesi dal trattamento intensivo, anche in rapporto agli oneri del trattamento stesso
  - ragionevoli aspettative di risoluzione dello stato critico
- **Dimissioni dalla TI**
  - Risoluzione dello stato critico
  - Sospensione dei trattamenti per inappropriatazza per eccesso
  - Revoca del consenso o raggiungimento del limite concordato

**CRITERI DI AMMISSIONE E DIMISSIONE DEL PAZIENTE DALLA TERAPIA INTENSIVA**

*INDICE*

1. **SCOPO**
2. **CAMPO DI APPLICAZIONE**
3. **RIFERIMENTI**
4. **RESPONSABILITÀ**
5. **MODALITÀ DI GESTIONE**
  - 5.1 Criteri di ammissione alla Terapia Intensiva
    - 5.1.1 Criteri basati su patologie
    - 5.1.2 Criteri basati su parametri fisiologici
    - 5.1.3 Criteri di ammissione alla terapia intensiva per pazienti traumatizzati
  - 5.2 Criteri di dimissione dalla Terapia Intensiva
    - 5.2.1 Criteri
6. **LISTA DI DISTRIBUZIONE**

Rev	Data	Emissione	Verifica	Approvazione	Descrizione
0	11.12.2013	Direttore DEA Dr. Benvenuto Antonini	Responsabile Gestione Qualità e Rischio Dr. Antonio Rovere	Direttore Sanitario Dr.ssa Annamaria Indelicato	Sostituisce il RIAN M/G PDTA 01 "Criteri e modalità di accettazione del paziente in terapia intensiva" ed il RIAN M/G PDTA 02 "Criteri di dimissione del paziente dalla terapia intensiva"
1					

Documento redatto dai seguenti operatori dell'AOD:  
Dr. Benvenuto Antonini Direttore DEA Azienda Ospedaliera Desenzano del Garda



# Rianimazione Manerbio 2012

	Manerbio	Italia
Età media	66.5	66.6
Tasso di occupazione	80.9	84.7
Comorbidità	84.3	84.7
SAPS II	42.1	36.9
SOFA score	6.1	5.1
Degenza media (giorni)	6	6
Monitoraggio/Tratt. intensivo	45.8/54.2	44.2/55.8
Medici/Chirurgici	51.9/48.1	47.2/52.8

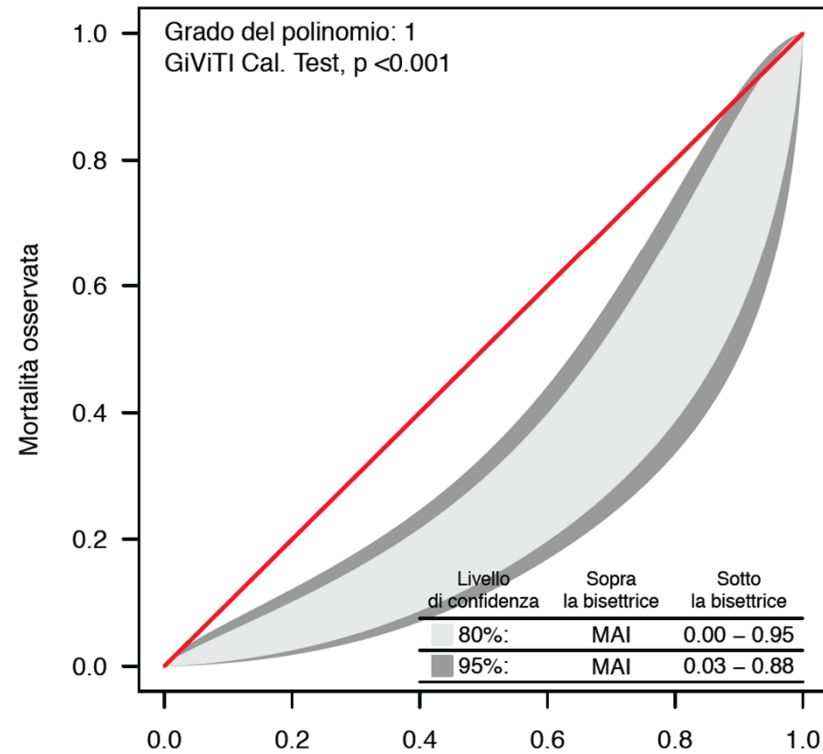
## Centro di Coordinamento GiViTI

Centro di Ricerche Cliniche per le Malattie Rare Daccò  
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Totale pazienti = 207  
Totale decessi attesi (E) = 59.3  
Totale decessi osservati (O) = 35

Rapporto O/E = 0.59  
Intervallo di confidenza O/E (95%) = (0.43,0.75)

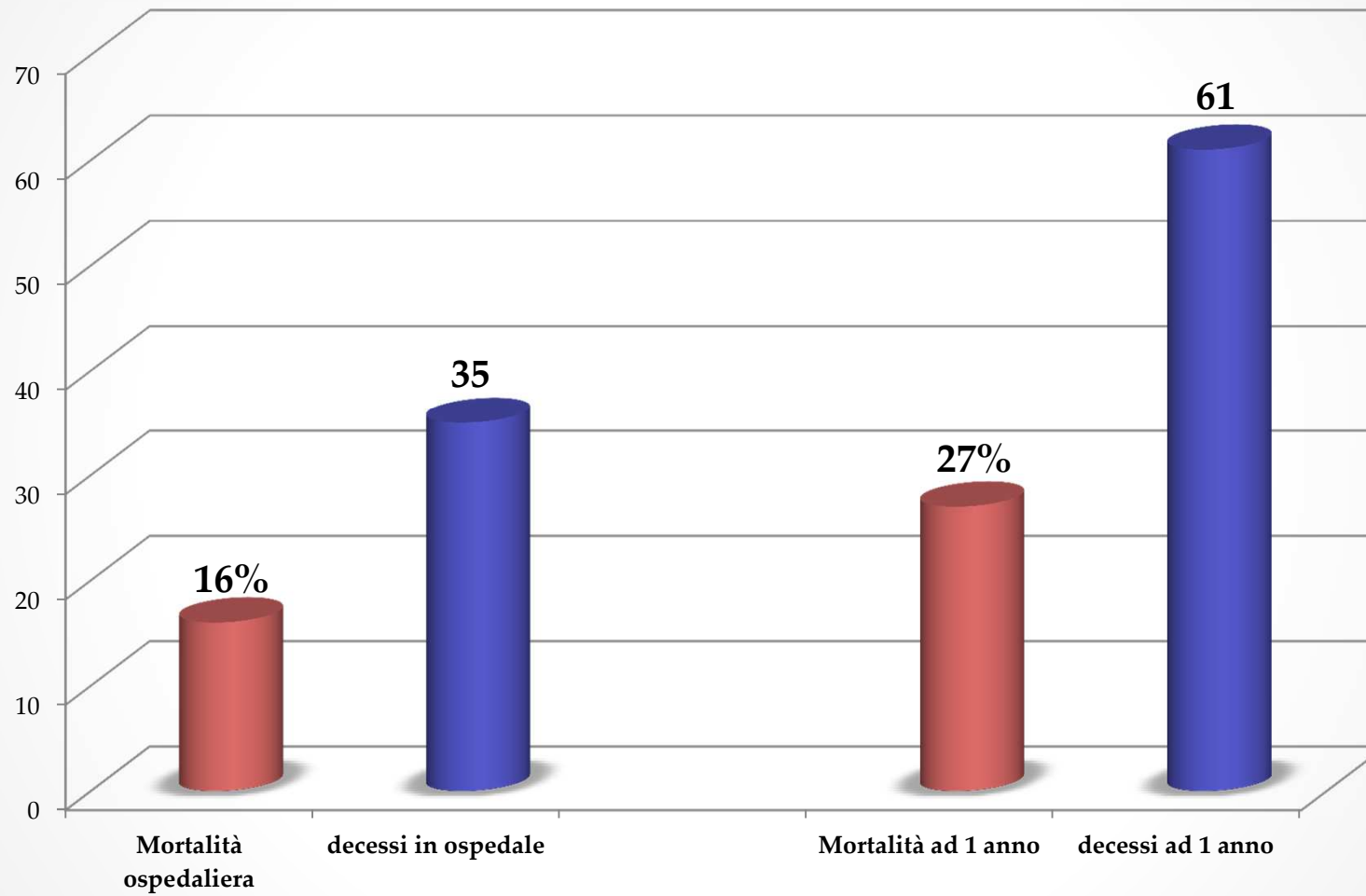
**Banda di calibrazione**



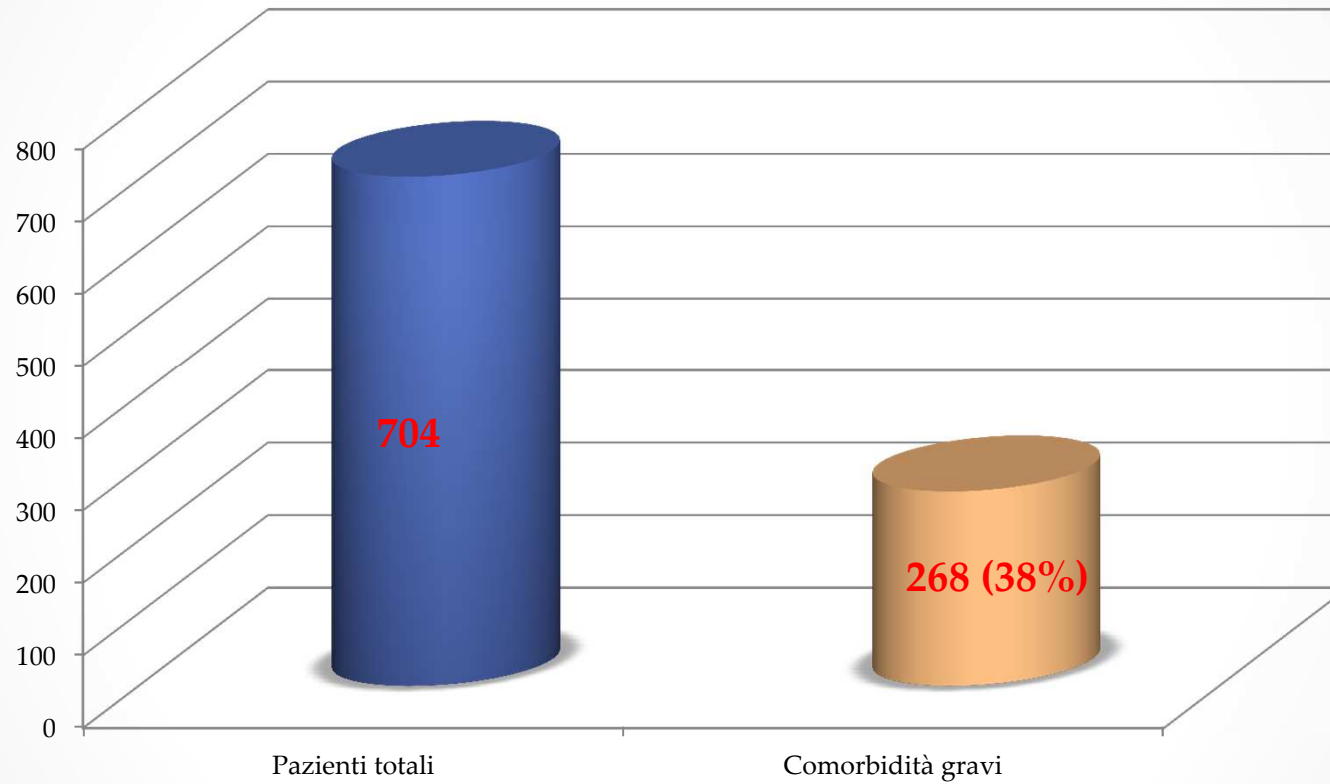
**Centro di Coordinamento GiViTI**

Centro di Ricerche Cliniche per le Malattie Rare Daccò  
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

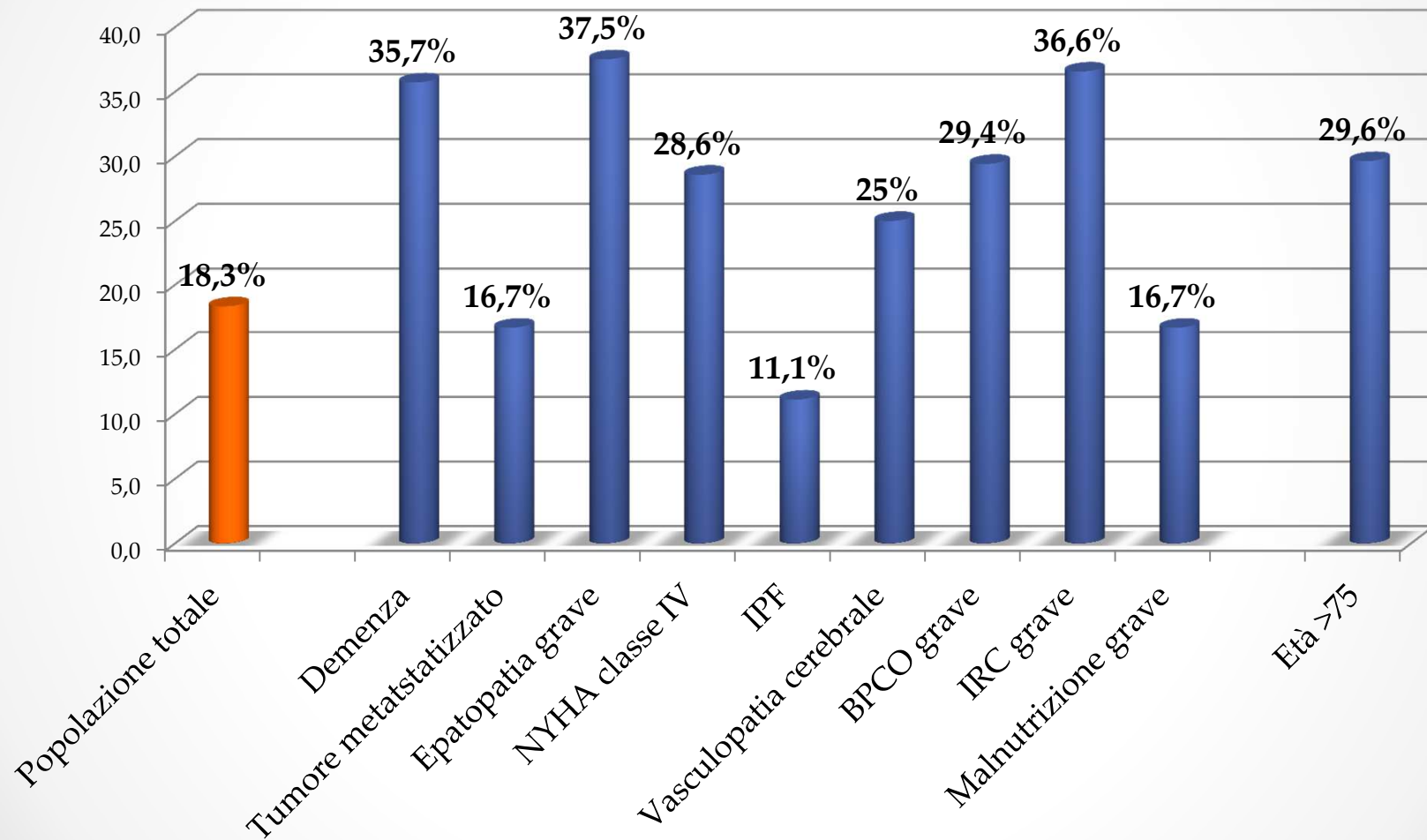
## Rianimazione Manerbio 2012



## Ria Man 2012-2014. Comorbidità gravi



## Ria Manerbio 2012-214. 704 pazienti Mortalità



# La malattia cronica nella sua fase finale

- Identificazione della fase finale
- Terapia Intensiva?
- Terapie invasive?
- Terapie intensive/invasive fino a quale punto?
- Quali cure palliative?

# La malattia cronica nella sua fase finale

- ~~Terapia Intensiva o Cure Palliative?~~
- Quali trattamenti invasivi?
- Quali cure palliative?

# La malattia cronica nella fase finale

- Terapia Intensiva o Cure Palliative?
- Quali trattamenti invasivi?
- Quali cure palliative?



# La malattia cronica nella sua fase finale

- Terapia Intensiva o Cure Palliative?
- Quali trattamenti invasivi?
- Quali cure palliative?
- Terapia Intensiva e Cure Palliative

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

REVIEW ARTICLE

Edward W. Campion, M.D., *Editor*

# Palliative Care for the Seriously Ill

Amy S. Kelley, M.D., M.S.H.S., and R. Sean Morrison, M.D.

N ENGL J MED 373;8 NEJM.ORG AUGUST 20, 2015

Palliative care is interdisciplinary care (medicine, nursing, social work, chaplaincy, and other specialties when appropriate) that focuses on improving quality of life for persons of any age who are living with any serious illness and for their families

National Consensus Project for Quality Palliative Care  
Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care  
Third Edition 2013

# National Consensus Project for Quality Palliative Care

- Struttura e processo di cura
- Trattamento del dolore e degli altri sintomi
- Aspetti psicologici e psichiatrici
- Aspetti sociali della cura
- Aspetti spirituali, religiosi ed esistenziali
- Aspetti culturali
- Cura del paziente morente
- Aspetti etici e legali della cura

N ENGL J MED 373;8 NEJM.ORG AUGUST 20, 2015

REVIEW ARTICLE

Edward W. Campion, M.D., *Editor*

## Palliative Care for the Seriously Ill

Amy S. Kelley, M.D., M.S.H.S., and R. Sean Morrison, M.D.

- Negli USA ospedali con Unità di Cure Palliative aumentati del 150% in 10 anni
- Circa il 90% degli ospedali con più di 300 letti
- Più dei 2/3 degli ospedali con più di 50 letti

Palliative care is now a rapidly growing medical specialty in the United States, and a mounting body of evidence shows that palliative care teams enhance the quality of health care for persons living with serious illness and for their families, while reducing medical expenditures. Palliative care teams are well established in most U.S. hospitals, although penetration is varied, and most of the patients and families who could benefit from palliative care services still do not receive them. New models of community-based palliative care are emerging, although data on their cost-effectiveness are not yet available. Gaps in research, workforce deficits, and deficiencies in public and professional knowledge need to be addressed if care for persons with serious illness and their families is to be further improved.

N ENGL J MED 373;8 NEJM.ORG AUGUST 20, 2015



## Concise Definitive Review

Series Editor, Jonathan E. Sevransky, MD, MHS

# The Changing Role of Palliative Care in the ICU

Rebecca A. Aslakson, MD, PhD<sup>1,2</sup>; J. Randall Curtis, MD, MPH<sup>3</sup>; Judith E. Nelson, MD, JD<sup>4</sup>

**Conclusions:** Palliative care is increasingly accepted as an essential component of comprehensive care for critically ill patients, regardless of diagnosis or prognosis. A variety of strategies to improve ICU palliative care appear to be effective, and resources including technical assistance and tools are available to support improvement efforts. As the longer-term impact of intensive care on those surviving acute critical illness is increasingly documented, palliative care can help prepare and support patients and families for challenges after ICU discharge. Further research is needed to inform efforts to integrate palliative care with intensive care more effectively and efficiently in and after the ICU and to document improvement using valid and responsive outcome measures. (*Crit Care Med* 2014; 42:2418–2428)

## Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU)\*

Judith E. Nelson, MD, JD; Rick Bassett, MSN, RN, ACNS-BC, CC, RN; Renee D. Boss, MD; Karen J. Brasel, MD, MPH; Margaret L. Campbell, PhD, RN, FAAN; Therese B. Cortez, MSN, NP, ACHPN; J. Randall Curtis, MD, MPH; Dana R. Lustbader, MD, FACCM, FCCP; Colleen Mulkerin, MSW, LCSW; Kathleen A. Puntillo, RN, DNSc, FAAN; Daniel E. Ray, MD, MS, FCCP; David E. Weissman, MD; for the Improve Palliative Care in the Intensive Care Unit Project

**Objective:** To describe models used in successful clinical initiatives to improve the quality of palliative care in critical care settings.

**Data Sources:** We searched the MEDLINE database from inception to April 2010 for all English language articles using the terms “intensive care,” “critical care,” or “ICU” and “palliative care”; we also hand-searched reference lists and author files. Based on review and synthesis of these data and the experiences of our interdisciplinary expert Advisory Board, we prepared this consensus report.

**Data Extraction and Synthesis:** We critically reviewed the existing data with a focus on models that have been used to structure clinical initiatives to enhance palliative care for critically ill patients in intensive care units and their families.

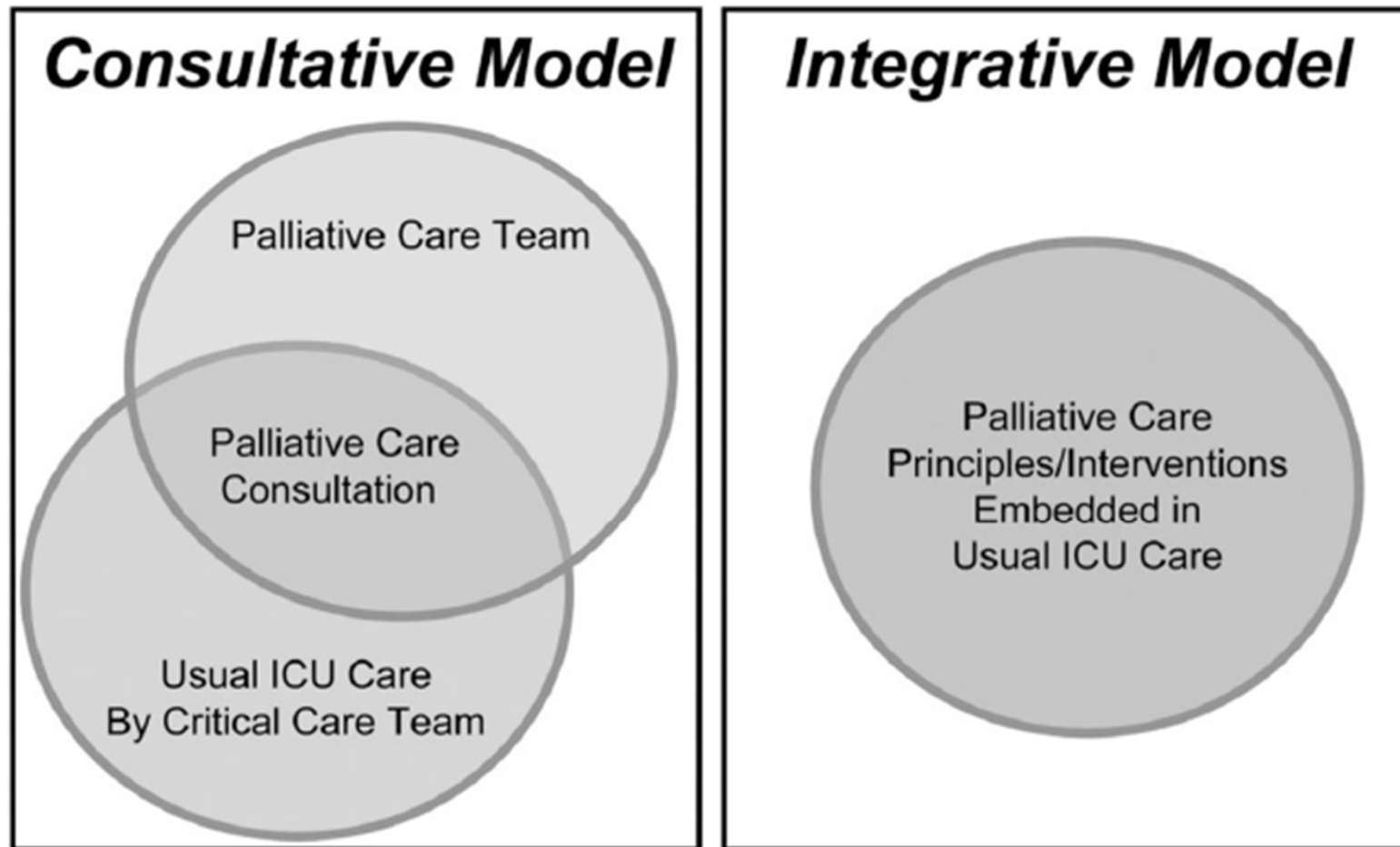
**Conclusions:** There are two main models for intensive care unit–palliative care integration: 1) the “consultative model,” which focuses on increasing the involvement and effectiveness of palliative

care consultants in the care of intensive care unit patients and their families, particularly those patients identified as at highest risk for poor outcomes; and 2) the “integrative model,” which seeks to embed palliative care principles and interventions into daily practice by the intensive care unit team for all patients and families facing critical illness. These models are not mutually exclusive but rather represent the ends of a spectrum of approaches. Choosing an overall approach from among these models should be one of the earliest steps in planning an intensive care unit–palliative care initiative. This process entails a careful and realistic assessment of available resources, attitudes of key stakeholders, structural aspects of intensive care unit care, and patterns of local practice in the intensive care unit and hospital. A well-structured intensive care unit–palliative care initiative can provide important benefits for patients, families, and providers. (Crit Care Med 2010; 38:1765–1772)

KEY WORDS: intensive care; critical care; palliative care



# Models for Structuring An ICU-Palliative Care Initiative



Crit Care Med 2010 Vol. 38, No. 9



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

DELIBERAZIONE N° IX / 4610

Seduta del 28/12/2012

---

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA **RETE DI CURE PALLIATIVE** E ALLA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE IN REGIONE LOMBARDIA IN APPLICAZIONE DELLA LEGGE 38 DEL 15 MARZO 2010 "DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE"

# Modello organizzativo della Rete delle Cure Palliative dell'ASL di Brescia

(Approvato in seno al Comitato del DICP del 17/09/2013)



Azienda Ospedaliera  
di Desenzano Del Garda

Sistema Sanitario  Regione  
Lombardia

**SISTEMA GESTIONE QUALITA' E RISCHIO**

**GESTIONE DELLE ATTIVITA' DELL'UNITA'  
DI CURE PALLIATIVE**

Dir San Az PT 91  
Rev. 0

Pag. 1 di 9

# Conclusioni

- Decidere su intensività e palliazione è un fenomeno frequente in ospedale
- Fondamentale valutare la fase finale della malattia cronica avanzata
- Cure intensive e cure palliative non si escludono a vicenda
- Cure palliative anche per i non terminali
- Maggiore sensibilizzazione verso le cure palliative
- Maggiore cultura e risorse
- Miglior funzionamento della rete intraospedaliera

*Grazie per l'attenzione!*



# Integrating palliative care in the surgical and trauma intensive care unit: A report from the Improving Palliative Care in the Intensive Care Unit (IPAL-ICU) Project Advisory Board and the Center to Advance Palliative Care\*

Anne C. Mosenthal, MD, FACS; David E. Weissman, MD, FACP; J. Randall Curtis, MD, MPH; Ross M. Hays, MD; Dana R. Lustbader, MD, FCCM, FCCP; Colleen Mulkerin, MSW, LCSW; Kathleen A. Puntillo, RN, DNSc, FAAN; Daniel E. Ray, MD, MS, FCCP; Rick Bassett, MSN, RN, APRN, ACNS-BC, CRRN; Renee D. Boss, MD; Karen J. Brasel, MD, MPH, FACS; Margaret Campbell, RN, FAAN, PhD; Judith E. Nelson, MD, JD

**Objective:** Although successful models for palliative care delivery and quality improvement in the intensive care unit have been described, their applicability in surgical intensive care unit settings has not been fully addressed. We undertook to define specific challenges, strategies, and solutions for integration of palliative care in the surgical intensive care unit.

**Data Sources:** We searched the MEDLINE database from inception to May 2011 for all English language articles using the term “surgical palliative care” or the terms “surgical critical care,” “surgical ICU,” “surgeon,” “trauma” or “transplant,” and “palliative care” or “end-of-life care” and hand-searched our personal files for additional articles. Based on review of these articles and the experiences of our interdisciplinary expert Advisory Board, we prepared this report.

**Data Extraction and Synthesis:** We critically reviewed the existing literature on delivery of palliative care in the surgical intensive care unit setting focusing on challenges, strategies, models, and interventions to promote effective integration of palliative care for patients receiving surgical critical care and their families.

**Conclusions:** Characteristics of patients with surgical disease and practices, attitudes, and interactions of different disciplines on the surgical critical care team present distinctive issues for intensive care unit palliative care integration and improvement. Physicians, nurses, and other team members in surgery, critical care and palliative care (if available) should be engaged collaboratively to identify challenges and develop strategies. “Consultative,” “integrative,” and combined models can be used to improve intensive care unit palliative care, although optimal use of trigger criteria for palliative care consultation has not yet been demonstrated. Important components of an improvement effort include attention to efficient work systems and practical tools and to attitudinal factors and “culture” in the unit and institution. Approaches that emphasize delivery of palliative care together with surgical critical care hold promise to better integrate palliative care into the surgical intensive care unit. (Crit Care Med 2012; 40:1199–1206)

**KEY WORDS:** end-of-life care; ICU palliative care; surgeon attitude; surgical intensive care; surgical outcome; surgical palliative care

Crit Care Med 2012 Vol. 40, No. 4

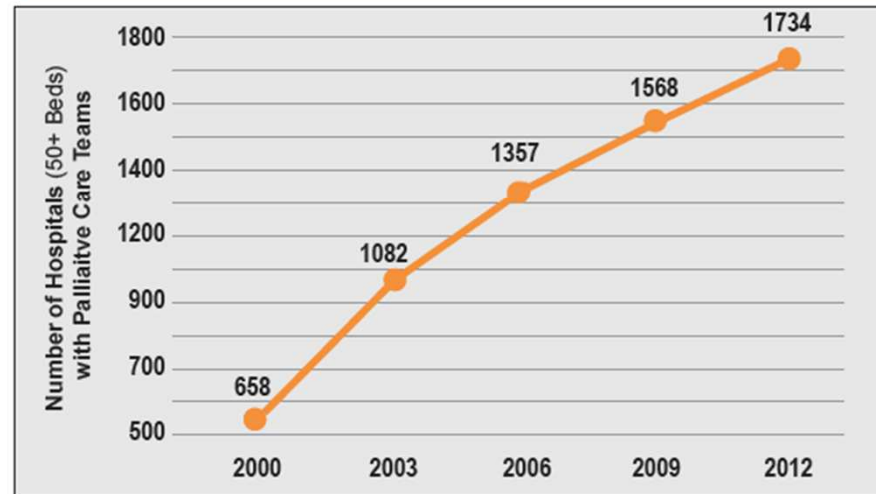
## PALLIATIVE CARE GROWTH IN U.S. HOSPITALS

The number of hospital palliative care teams in the United States has grown dramatically over the past decade.

The prevalence of palliative care in U.S. hospitals with 50 beds or more has nearly tripled since 2000, reaching 61 percent of all hospitals of this size.

As of 2012,  
**1,734**  
out of  
2,844 hospitals with  
50 beds or more  
reported a team.  
These teams  
are serving  
an estimated  
**6 million**  
Americans.

Prevalence of U.S. Hospital Palliative Care Teams: 2000–2012





# Cure Palliative Gavardo

- 10 posti letto
- 2 Medici
- 1 Infermiere per turno (2 mattino + Coordinatore
- 1 OSS
- Pazienti terminali: 1 anno
- Oncologici e insufficienze end stage
- Psicologo e Fisioterapista
- Trattamenti invasivi: CVC, PICC, Drenaggio scite neoplastica
- Attività nei reparti
- Attività caratteristica: relazione

# Cure Palliative Gavardo

- Convenzione con ANT per attività sul territorio (circa 100 pazienti)
  - Cartella ospedaliera
  - Gestione condivisa e collegiale
  - Discussione sulle strategie
  - Esperimento originale

# UOCP

- Gavardo
- Orzinuovi
- Domus

# UCP socio-sanitarie

- Gussago
- Nozza
- Pontevico
- Lonato