Società Medico Chirurgica di Ferrara

dal 1846

Cona - Ferrara
Sabato 24 marzo 2018

Le disposizioni anticipate
di trattamento o “biotestamento”

Tavola rotonda

Ambiti specialistici di possibile coinvolgimento:

GERIATRIA

FRANCO ROMAGNONI

DASS , Responsabile Programma Anziani e Progetto Demenze AzUSL FE

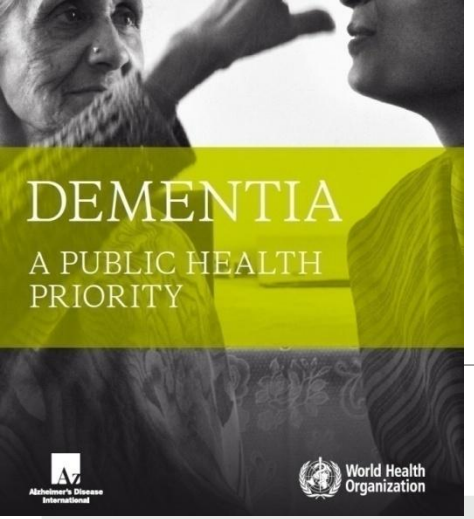
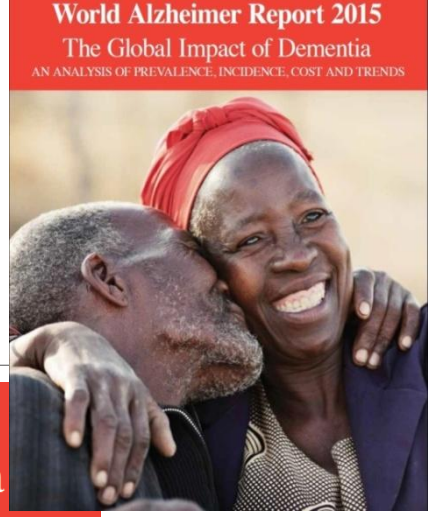


Tavola rotonda

Ambiti specialistici di possibile coinvolgimento

GERIATRIA – DEMENZA perché 1



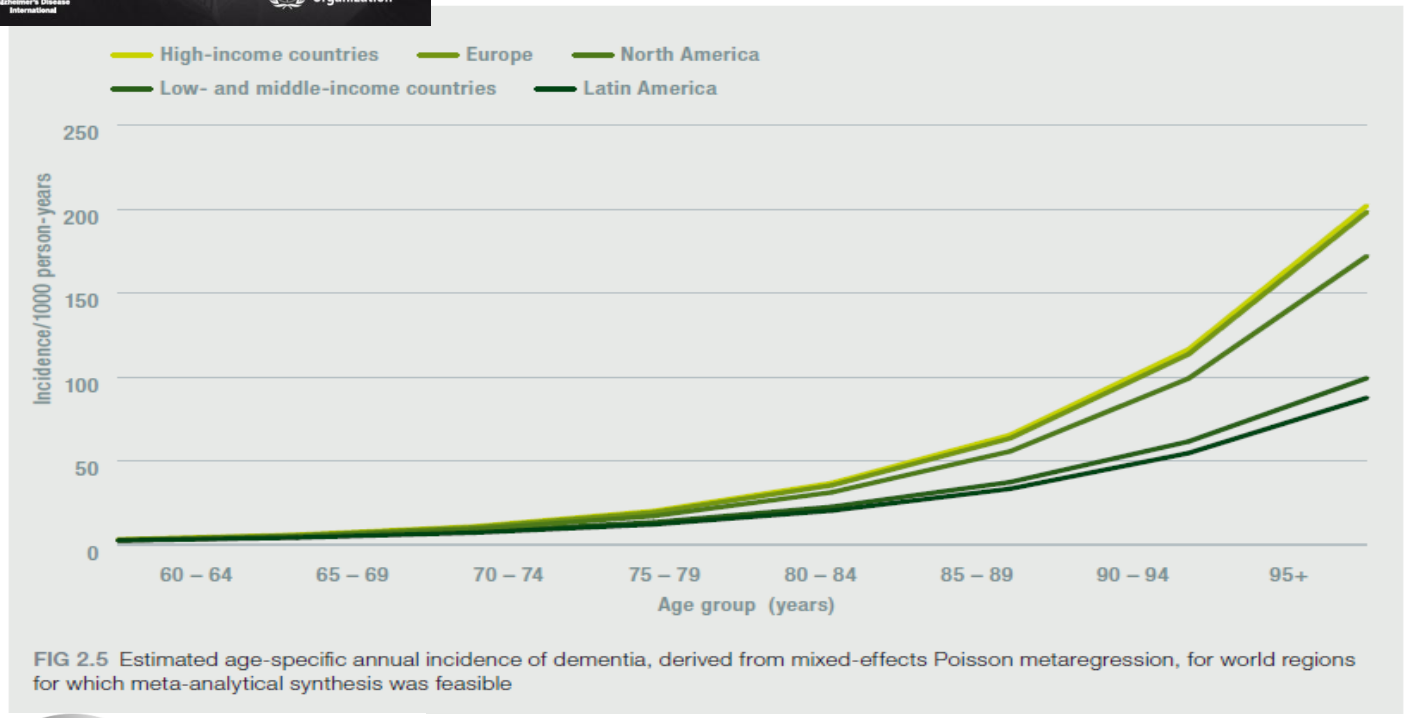
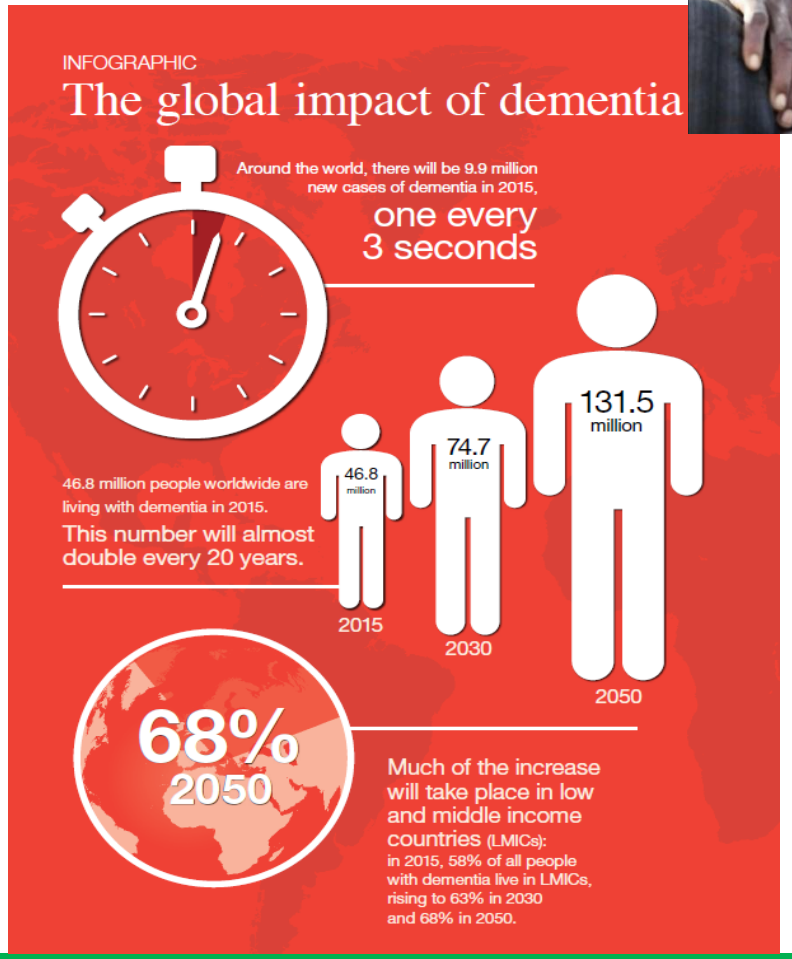


FIG 2.5 Estimated age-specific annual incidence of dementia, derived from mixed-effects Poisson metaregression, for world regions for which meta-analytical synthesis was feasible



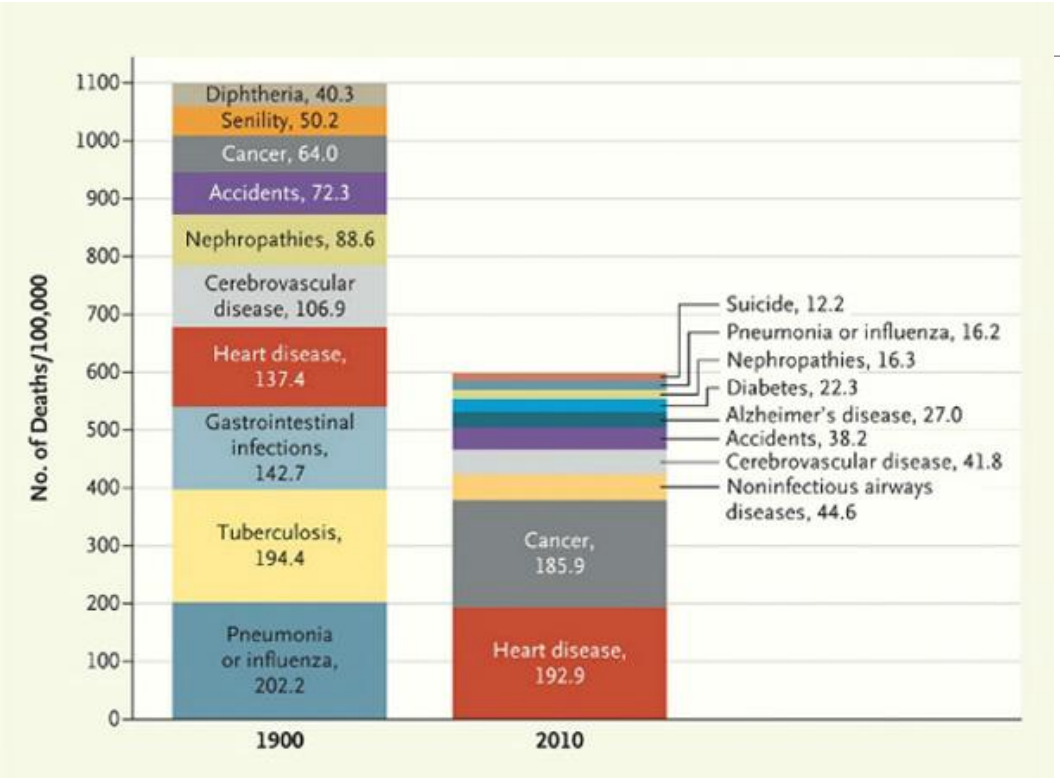
Società Medico Chirurgica di Ferrara

Società Medico Chirurgica di Ferrara

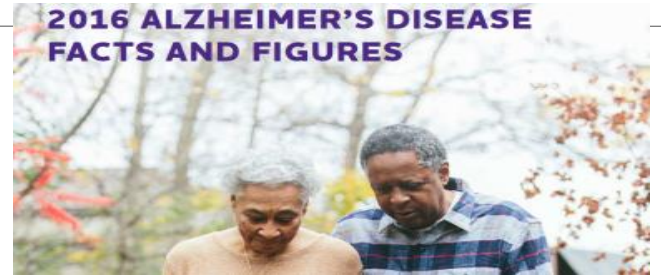
Tavola rotonda

Ambiti specialistici di possibile coinvolgimento

GERIATRIA – DEMENZA perché 2



The Burden of Disease and the Changing Task of Medicine
David S. Jones et al, N Engl J Med 2012



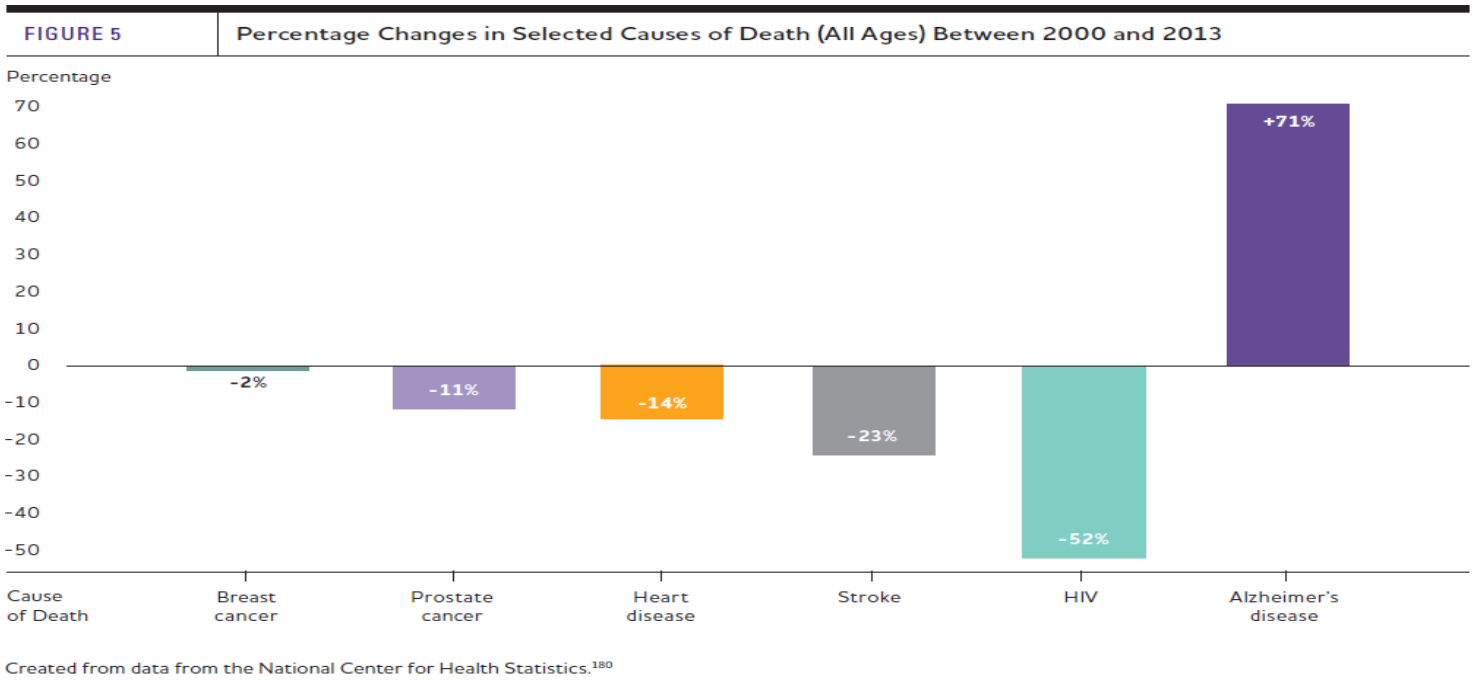


Tavola rotonda

Ambiti specialistici di possibile coinvolgimento

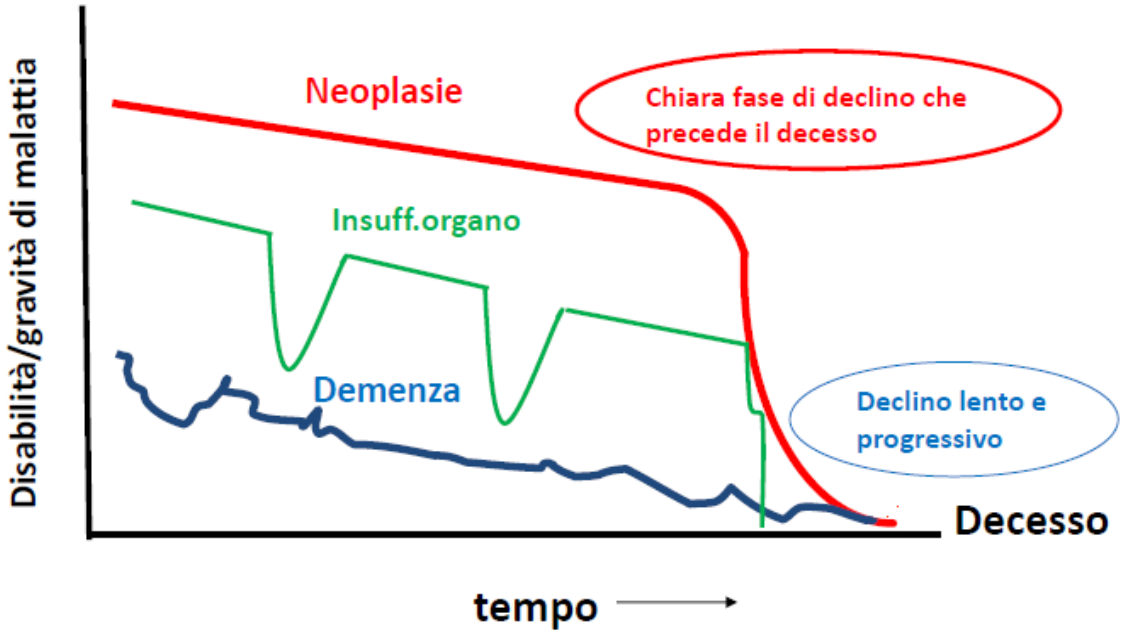
GERIATRIA – DEMENZA e FINE VITA 1

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE
ESTABLISHED IN 1812 APRIL 1, 2010 VOL. 362 NO. 13

Trajectories of Disability in the Last Year of Life

Thomas M. Gill, M.D., Evelyne A. Gahbauer, M.D., M.P.H., Ling Han, M.D., Ph.D., and Heather G. Allore, Ph.D.

Un ostacolo a considerare la demenza come malattia terminale è il suo *decorso*



Lorenz K A et al. Ann Intern Med 2008;148:147-159

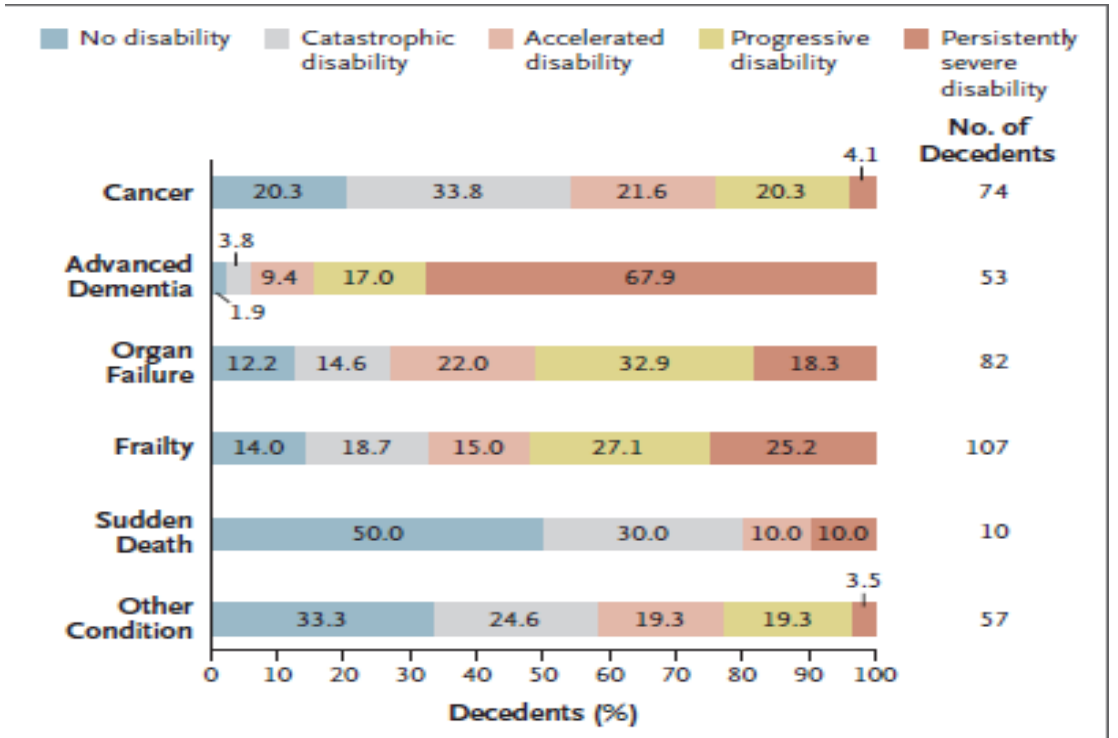


Figure 2. Distribution of Disability Trajectories in the Last Year of Life, According to Condition Leading to Death among the 383 Decedents.

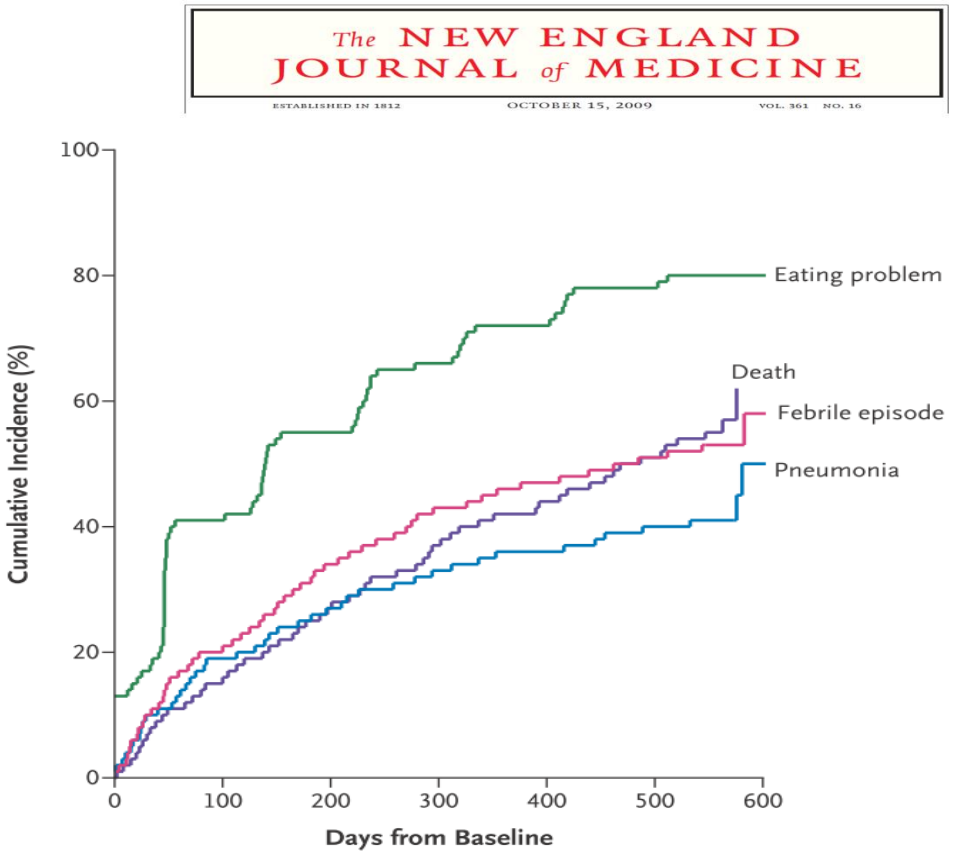
The values within the bars are the percentages of decedents with the disability trajectories.

Società Medico Chirurgica di Ferrara

Tavola rotonda

Ambiti specialistici di possibile coinvolgimento

GERIATRIA – DEMENZA e FINE VITA 2



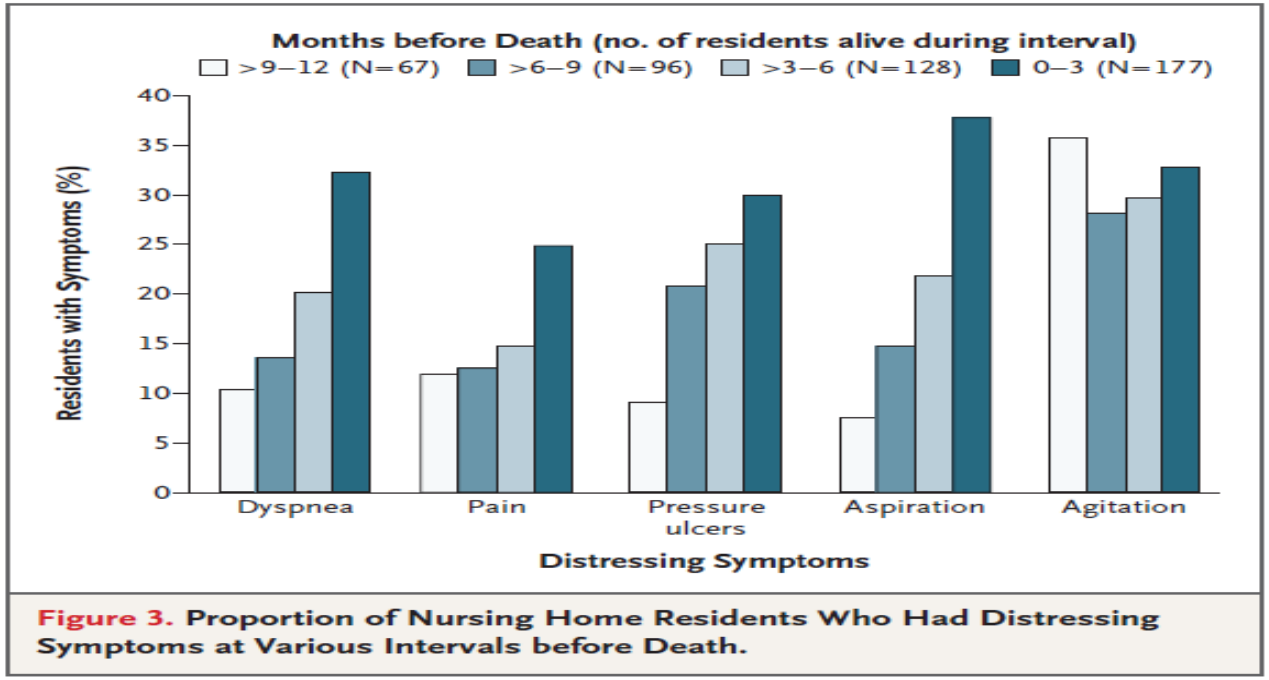


Figure 3. Proportion of Nursing Home Residents Who Had Distressing Symptoms at Various Intervals before Death.

Società Medico Chirurgica di Ferrara

Tavola rotonda

Ambiti specialistici di possibile coinvolgimento

Art. 5 – La PIANIFICAZIONE CONDIVISA delle CURE 1

CLINICAL PRACTICE

Caren G. Solomon, M.D., M.P.H., *Editor*

Advanced Dementia

Susan L. Mitchell, M.D., M.P.H.

This Journal feature begins with a case vignette highlighting a common clinical problem. Evidence supporting various strategies is then presented, followed by a review of formal guidelines, when they exist. The article ends with the author's clinical recommendations.

An 89-year-old male nursing home resident with a 10-year h… disease presents with a temperature of 38.3°C, a productive cou… rate of 28 breaths per minute. Nurses report that for the past 6 months he has been coughing at breakfast and having trouble swallowing. He has profound memory deficits, no longer recognizes his daughter (who is his health care proxy), is bed-bound, is able to mumble a couple of words, and is unable to perform any activities of daily living. The nurse asks whether he should be hospitalized. How should this patient be evaluated and treated?

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

N ENGL J MED 372;26 NEJM.ORG JUNE 25, 2015

KEY CLINICAL POINTS

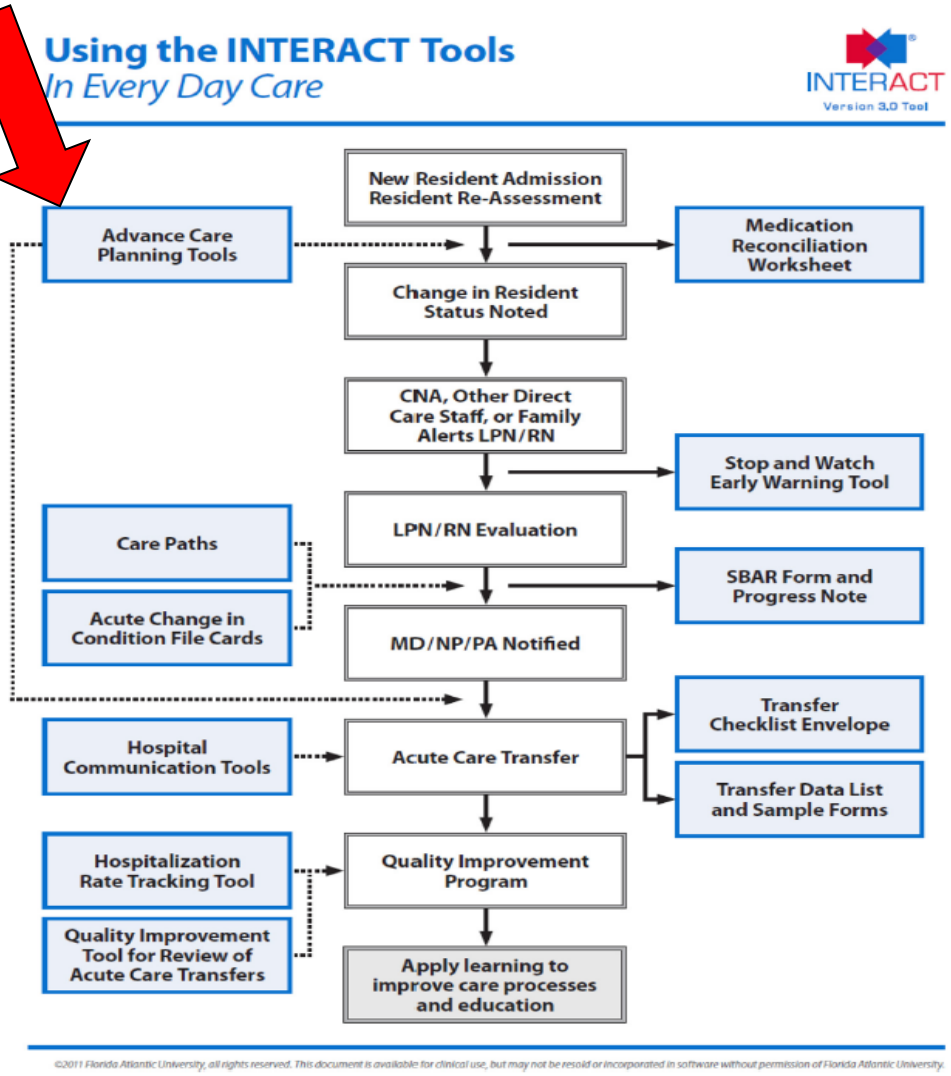
ADVANCED DEMENTIA

- Advanced dementia is a leading cause of death in the United States.
- Features include profound memory deficits (e.g., inability to recognize family), minimal verbal communication, loss of ambulatory abilities, the inability to perform activities of daily living, and urinary and fecal incontinence.
- The most common clinical complications are eating problems and infections, and these require management decisions.
- Advance care planning is a cornerstone of care. Treatment decisions should be guided by the goals of care; more than 90% of health care proxies state that patient comfort is the primary goal.
- Observational studies do not show any benefits of tube feeding in persons with advanced dementia, and tube feeding is not recommended.
- Observational studies show several benefits of hospice care. Patients with advanced dementia should be offered palliative and hospice care services if they are available.

Tavola rotonda

Ambiti specialistici di possibile coinvolgimento

Art. 5 – La PIANIFICAZIONE CONDIVISA delle CURE 2



JAMDA 15 (2014) 162–170

ELSEVIER

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com

Special Article

The Interventions to Reduce Acute Care Transfers (INTERACT) Quality Improvement Program: An Overview for Medical Directors and Primary Care Clinicians in Long Term Care

Joseph G. Ouslander MD [a,b,*], Alice Bonner PhD, GNP [c], Laurie Herndon MSN, GNP [d], Jill Shutes GNP [a]

[a] Charles E. Schmidt College of Medicine, Florida Atlantic University, Boca Raton, FL
[b] Christine E. Lynn College of Nursing, Florida Atlantic University, Boca Raton, FL
[c] Northeastern University School of Nursing, Bouve College of Health Sciences, Boston, MA
[d] Massachusetts Senior Care Foundation, Boston, MA

Pianificare le cure è compito di TUTTO lo staff
e non è esclusiva responsabilità del curante
Ouslander JG, JAMDA 2014

Legge 219/2017 - Art. 1 comma 10

Società Medico Chirurgica di Ferrara

Società Medico Chirurgica di Ferrara

Tavola rotonda

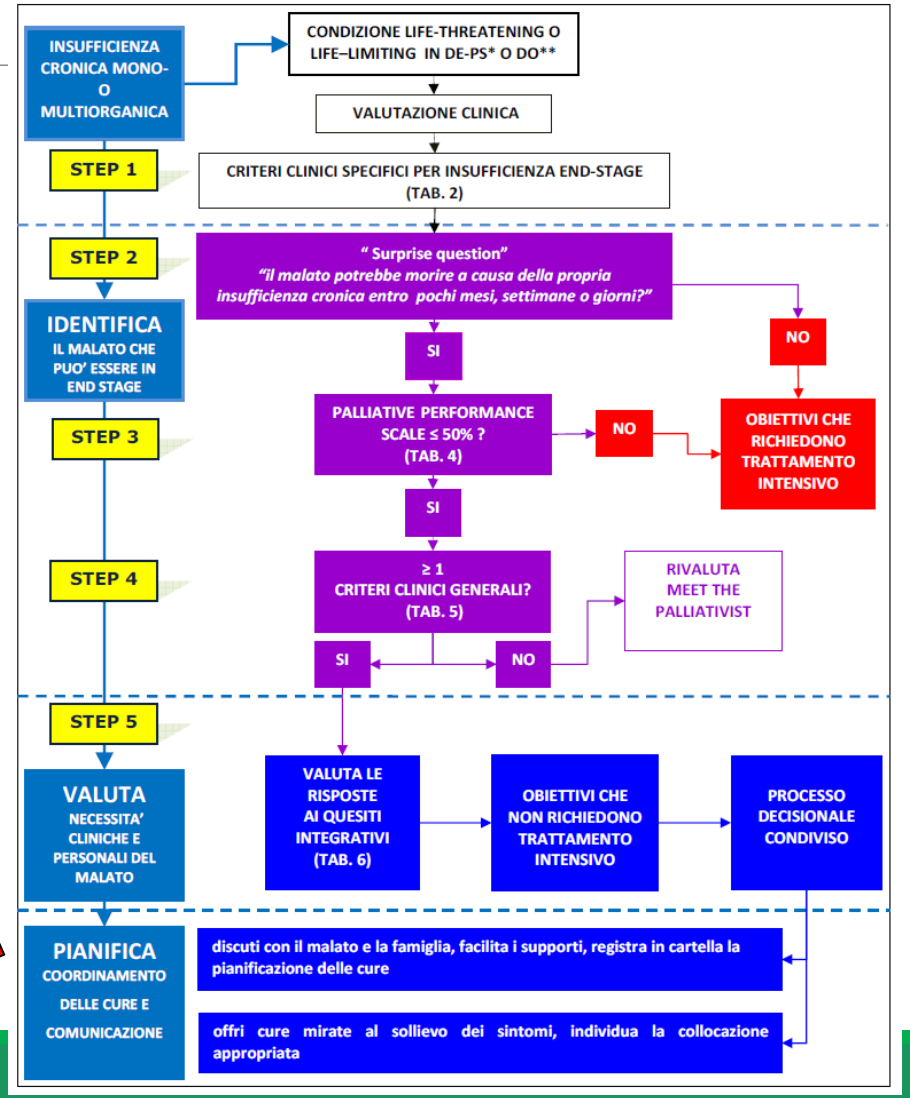
Ambiti specialistici di possibile coinvolgimento

Art. 5 – La PIANIFICAZIONE CONDIVISA delle CURE 3

GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE":
CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE?
"DOCUMENTO CONDIVISO"
PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA
22 Aprile 2013

SIAARTI – SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

SIAARTI · Italian Resuscitation Council IRC · A.N.M.C.O. Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza SIMEU · SICP Società Italiana di Cure Palliative · Società Italiana Nefrologia SIN
aniarti Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica · Società Italiana di Medicina Generale · AIPO Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri



Società Medico Chirurgica di Ferrara

Tavola rotonda

Ambiti specialistici di possibile coinvolgimento

La legge N. 219 del 22 dicembre 2017

Una legge GRIGIA?

Introduzione

1. La comunicazione della diagnosi nella pratica clinica delle demenze
   - I punti dell'atto comunicativo
   - Il contesto e la modalità di comunicazione
2. Il consenso informato
   - Legislatura in tema di consenso informato
   - Delega del consenso
   - L'acquisizione del consenso informato nelle demenze
3. L'amministratore di sostegno

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 GIUGNO 2016, N. 990

DEMENZA

Partecipazione al processo decisionale

- Nelle demenze diversi elementi rendono **problematico il percorso decisionale** nelle fasi avanzate di malattia.
- L'infrequente **comunicazione della diagnosi** e della **prognosi** rende difficile la partecipazione del malato alla pianificazione delle cure, possibile solo finchè conserva un certo grado di capacità.
- La compromissione delle funzioni cognitive **non sempre** implica una completa **incompetenza** decisionale.
- Troppo spesso si ritiene che il malato con demenza abbia **perso ogni capacità** decisionale, la competenza deve essere **considerata in modo "flessibile"**, valutata relativamente alle decisioni da assumere.

DEMENZA: Partecipazione al processo decisionale

Di Giulio P et al. Dying with Advanced Dementia in Long-Term Care Geriatric Institutions: A Retrospective Study. J Pall Med 2008

Ricorso a **strumenti giuridici** come:

- le **direttive anticipate** di trattamento,
- l'indicazione di un **fiduciario** per le decisioni mediche
- la nomina di un **amministratore** di sostegno.

Alla scelta di promuovere i desideri e l'autonomia del malato deve corrispondere **una responsabilità collettiva** e un impegno della società a sostenere la famiglia che se ne fa carico

BUONA DISCUSSIONE…