

**Testamento Biologico (Disposizioni Anticipate di Trattamento-DAT)**  
**Amministrazione di Sostegno**  
**Cure Palliative**

CDR Clinical Dementia Rating	MEMORIA	CASA, HOBBIES	CURA PERSONA
<b>0</b> NORMALE	Nessuna perdita di memoria o smemoratezza occasionale ed irrilevante	Vita domestica, hobbies e interessi intellettuali ben conservati	Interamente capace di curarsi
<b>0,5</b> DNC MINORE - MCI	Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione eventi	Lieve compromissione vita domestica, hobbies e interessi intellettuali	della propria persona
<b>1</b> DNC MAGGIORE LIEVE	Perdita memoria moderata e più rilevante per eventi recenti con interferenza nelle IADL	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono lavori domestici più difficili, hobby	Richiede sollecitazione per la normale cura personale
<b>2</b> DNC MAGGIORE MODERATO	Perdita memoria grave: materiale nuovo perso rapidamente	Conservati solo semplici lavori domestici, interessi ridotti, non sostenuti	Richiede assistenza per abbigliamento, igiene e cura personale
<b>3</b> DNC MAGGIORE GRAVE	Perdita memoria severa; rimangono alcuni frammenti	Nessuna funzione domestica conservata	Richiede molta assistenza; spesso incontinenza urinaria
<b>4</b> DNC MAGGIORE MOLTO GRAVE	discorso usualmente non intellegibile o non pertinente; incapace di eseguire semplici istruzioni o comprendere i comandi; occasionalmente riconosce il coniuge o il caregiver; utilizza più le dita più delle posate o richiede comunque molta assistenza per mangiare; frequente incontinenza sfinterica nonostante l'assistenza; capace di fare alcuni passi con aiuto; di solito seduto; raramente è in grado di uscire da casa o dalla residenza; spesso presenti movimenti afinalistici involontari		
<b>5</b> DNC MAGGIORE TERMINALE	nessuna risposta o comprensione e capacità di riconoscimento; necessità di essere nutrito, può avere sondino Naso-Gastrico e/o disfagia; totale incontinenza; costretto a letto, incapace di sedersi o stare in piedi, contratture		

## Clinical Dementia Rating Scale

L. 219/2017 - Consenso Informato, Disposizioni Anticipate Trattamento

L. 104/1992 - Riconoscimento dello stato di handicap  
Art. 6 D.Lgs. 509/1988 - Invalidità civile ultra65enni

L. 18/1980 - Indennità di accompagnamento

L. 6/2004 - Amministrazione di sostegno

L. 38/2010 - Accesso cure palliative e terapia del dolore

L. 219/2017 - Consenso informato, Disposizioni Anticipate Trattamento

## GLI ISTITUTI DI PROTEZIONE GIURIDICA

1. Interdizione → Tutore
2. Inabilitazione → Curatore
3. **Amministrazione di Sostegno → Amministratore di Sostegno (AdS)**

Un soggetto maggiorenne ed incapace può avere un legale rappresentante solo in forza di un provvedimento giuridico:

**nessuno, neanche il parente più prossimo, diventa**

**rappresentante legale per il semplice vincolo di parentela...**

## L 6/2004: **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (AdS)**

**L'istituto dell'AdS** ha rivoluzionato la legislazione in materia di tutela con uno strumento flessibile e capace di adattarsi meglio ai singoli casi rispetto ai vecchi istituti **dell'Interdizione e Inabilitazione**.

**OGGETTO DI TUTELA:** persona che, “per effetto di **un'infermità** **ovvero** **di una menomazione fisica **o** psichica**, si trova nell'impossibilità, **anche parziale o temporanea**, di provvedere ai propri interessi” (art. 404 c.c.)

## AdS : ambiti

- Il Giudice Tutelare attribuisce amministrazione ordinaria – straordinaria – per :  
**vita quotidiana e/o cura (ad es. vaccinazioni tra cui per il COVID).**
- Queste norme, distinguendo la cura della **sfera personale** dalla cura della **sfera patrimoniale**, indicano che il sostegno comprende “ogni attività della vita civile giuridicamente significativa”.
- Avendo la salute del beneficiario un rilievo preminente nella cura della persona, **l'AdS potrà essere autorizzato ad esprimere il consenso informato** ad operazioni chirurgiche o a terapie mediche quando il beneficiario non sia in grado di esprimere un valido consenso all'intervento medico

# Le Normative sull'Amministratore di Sostegno

**Legge 6/2004:**

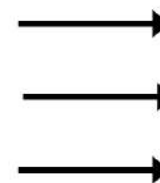
tutela persone incapaci, anche parzialmente, di provvedere ai propri interessi a causa di infermità o menomazioni fisiche/psichiche

**Giudice Tutelare: nomina l'AdS**

**può essere nominato: il coniuge, convivente, parenti fino al quarto grado, ma anche professionisti o volontari**



**La nomina deve mirare alla protezione della persona**



**Gestione del patrimonio**  
**Assistenza personale**  
**Decisioni sanitarie**



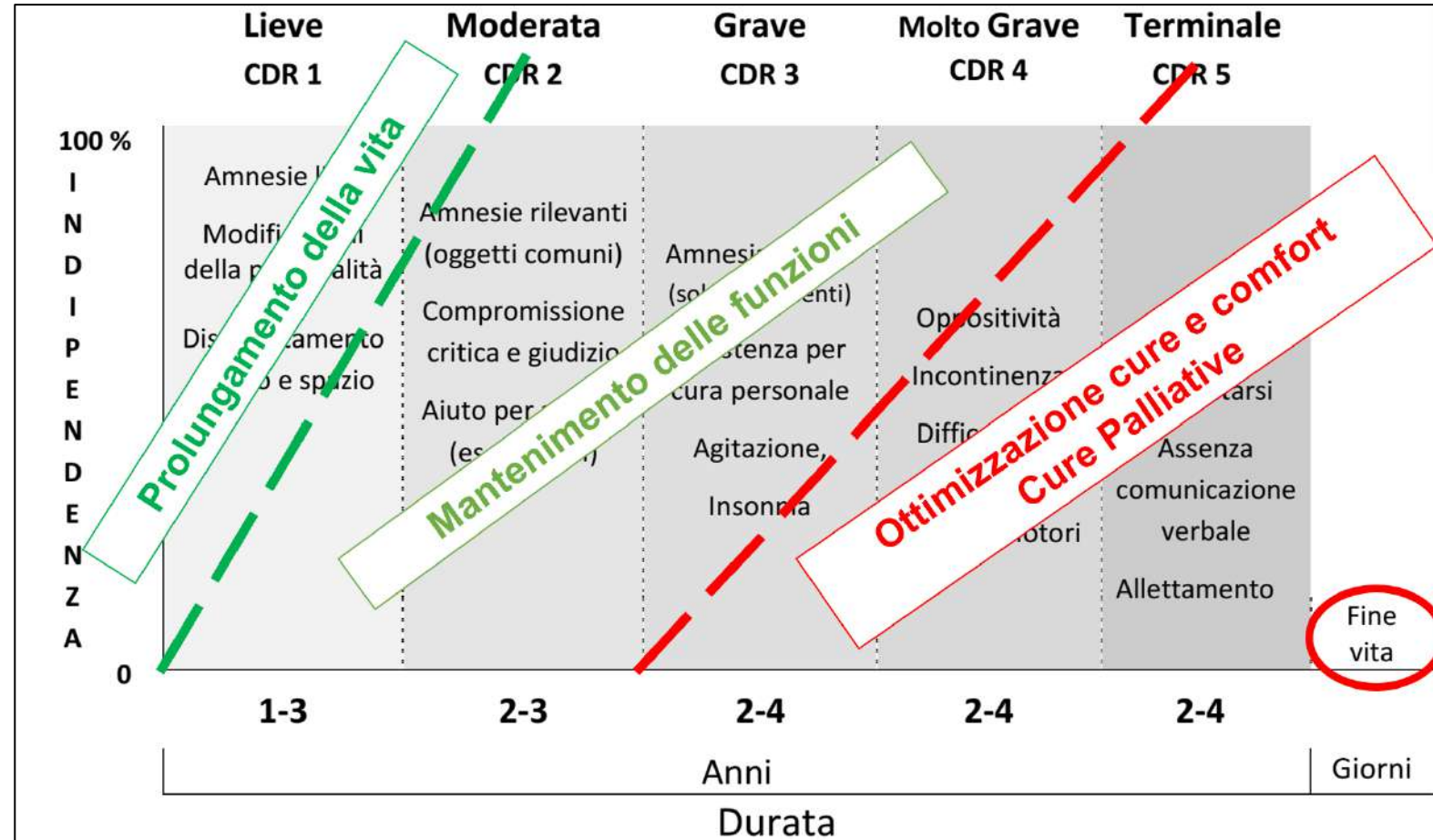
## Ottimizzazione cure e comfort nel DNC Maggiore

### L. 38/2010: Cure Palliative

a) « cure palliative »: l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici;

b) « terapia del dolore »: l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore;

# PDTA Demenze, FASE 4: FASE AVANZATA E CURE PALLIATIVE (CDR 4-5: 4-12 anni)



## PDTA Demenze, FASE 4: FASE AVANZATA E CURE PALLIATIVE (CDR 4-5: 4-12 anni)



### 3.1 Il coinvolgimento dei malati e dei familiari

«**La relazione di cura:** obiettivo rapporto tra medico, familiari o legali rappresentanti (AdS, Fiduciario) per....

«... acquisire **le volontà "non scritte"** cioè quelle indicazioni che il paziente ha eventualmente trasmesso quando era pienamente competente.....»

« .... condividere **traccia scritta, con valore di indirizzo non medico-legale,** degli obiettivi di cure e assistenza con i famigliari o legali rappresentanti...»

«.....predisporre **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e, nel fine-vita, PAI di accompagnamento** d'intesa con famigliari o legali rappresentanti



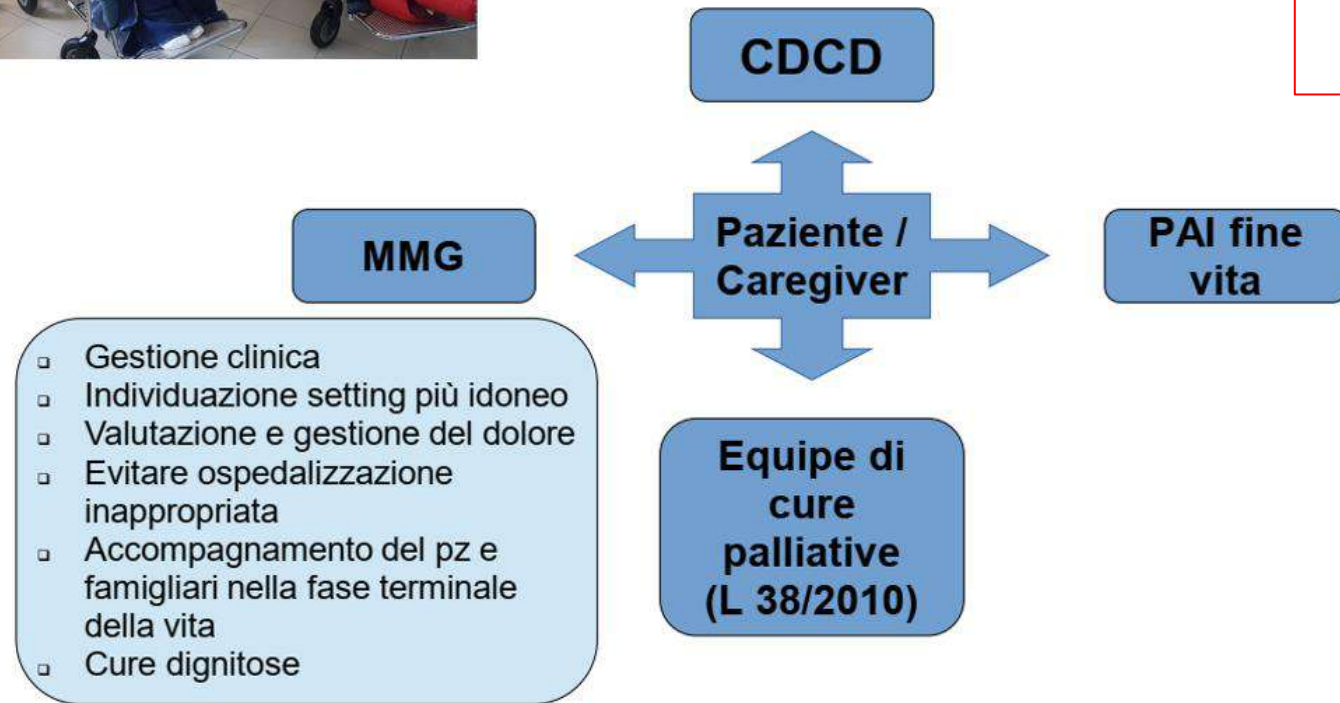
## FASE 4 PDTA Demenze: FASE AVANZATA E CURE PALLIATIVE (CDR 4-5: 4-12 anni)

**Residenza**  
**Equipe**  
**Assistenziale**  
**Compresente**



- Definizione di demenza fase avanzata e terminale: condizione per cui è necessario attivare cure palliative/fine vita
- Supporto al MMG per eventuale prevenzione e gestione farmacologica/non farmacologica delle complicanze nei casi complessi

**Domicilio**  
**Rete Formale**  
**non compresente**  
**Caregiver**



## L 219/2017

# Consenso Informato (CI) e Disposizioni Anticipate Trattamento (DAT)

Art. 1.

*Consenso informato*

Art. 2.

*Terapia del dolore, **divieto** di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella **fase finale della vita***

Art. 3.

*Minori e incapaci*

**... e i Pazienti con DNC Maggiore?**

Art. 4.

*Disposizioni anticipate di trattamento*

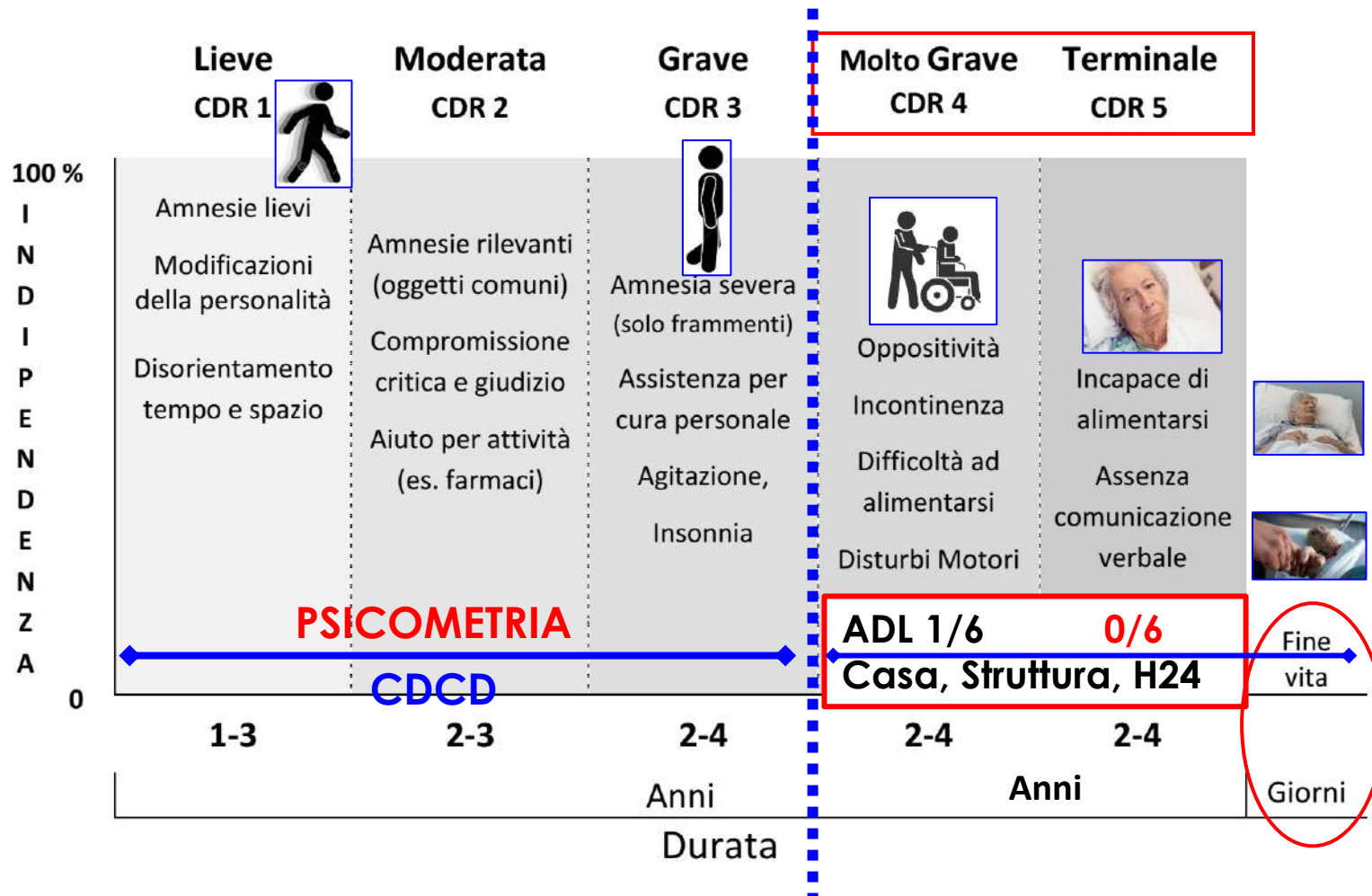
Art. 5.

*Pianificazione **condivisa** delle cure*

# DNC Maggiore: il "fine vita"

“ **Fine-vita** “. Fase conclusiva CDR 5: scompenso multiorgano e acuzie indominabili

**Prognosi: giorni / settimane** sovrapponibile alla fase terminale oncologica



LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Art. 4.

*Disposizioni anticipate di trattamento*

1. **Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere**, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere **acquisito adeguate informazioni mediche** sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata **«fiduciario»**, che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

## Positività

- 1) Colma ritardo normativo e legislativo ultradecennale nello scenario sanitario nazionale
- 2) Art. 4. Disposizioni Art. 1 e Art 2. **Il «Fiduciario».**

2. Il fiduciario deve essere una **persona maggiorenne e capace di intendere e di volere.** L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. **Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto,** che è comunicato al disponente.

## Il fine vita : inquadramento operativo in assenza di DAT

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Art. 2.

*Terapia del dolore, **divieto** di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella **fase finale della vita***

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, **deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico.** A tal fine, è

2. Nei casi di paziente **1) prognosi infausta a breve termine 2) imminenza di morte,** il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti

# DT e fine vita: **Consenso Informato e Disposizioni Anticipate Trattamento**

## Problemi aperti

### **Ambiguità:** equiparazione Nutrizione Artificiale (NA) e Idratazione Artificiale (IA)

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

porti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati **trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici.** Qualora il paziente esprima la rinuncia

**SINPE:** “l'**IA** può rendersi necessaria a fianco di una **sufficiente** alimentazione solido-cremosa per via orale”, condizione frequente nel PCD Terminale



**Rifiuto o adesione distinta a NA e IA**



**Comunicazione medica: chiara e rigorosa su questo argomento preliminare alla firma delle DAT (art. 1, comma 8. “**tempo di cura**”)**

# DNC Maggiore terminale e fine vita

## I nodi clinici in assenza di CI e DAT

Situazioni	Provvedimenti	Termin.		Fine Vita	
		SI	NO	SI	NO
1. <i>Insufficiente idratazione</i>	<i>Ipodermoclisi, EV</i>				
2. <i>Disfagia alimentaz. cremosa</i>	<i>Nutrizione Artific.</i>				
3. <i>Rifiuto alimentare</i>	<i>Nutrizione Artific.</i>				
4. <i>Arresto Cardiaco</i>	<i>Rianimazione</i>				
5. <i>Funzioni Vitali Instabili (NEWS ≥ 7)</i>	<i>Ospedalizzazione</i>				

**NEWS:** National Early Warning Score

## Consenso Informato e Disposizioni Anticipate Trattamento

Ottimizzazione cure e comfort: L. 219, 2017 - Cure Palliative: L. 38-2010

### **DNC Maggiore terminale e fine vita**

## Timeline prognostico

La durata del DNC Maggiore Terminale è alquanto variabile essendo influenzata da numerosi fattori quali:

- età
- forma di demenza ( ad es. Alzheimer più aggressiva della Vascolare)
- eventuale comorbilità
- setting (domicilio, residenza, etc.)
- continuità , intensità cure ed assistenza

## Ottimizzazione cure e comfort: L. 219, 2017 - Cure Palliative: L. 38-2010 DNC Maggiore Terminale e Fine-Vita : i nodi clinici e decisionali

### Nutrizione artificiale (NA) : quando pensarci?

La Disfagia Orofaringea (DO) : “molto lieve”, “lieve”, “media”, “grave”, “completa”.

DO molto lieve, lieve, media: trattamento non invasivo (prescrizione medica) : alimentazione cremosa, addensanti, supplementi nutrizionali orali, posture e manovre facilitatorie.

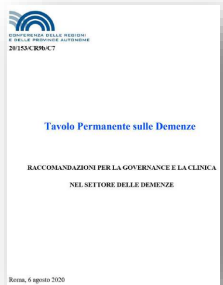
DO grave /completa:

- trattamento non invasivo non è più quantitativamente sufficiente a garantire un adeguato introito calorico quotidiano
- complicanze ad es. : episodi subentranti di polmonite da aspirazione.

J. MALAGELADA, F. BAZZOLI, G. BOECKSTAENS, D. DE LOOZE, M. FRIED, P. KAHRILAS, G. LINDBERG, P. MALFERTHEINER, G. SALIS, P. SHARMA, D. SIFRIM, N. VAKIL, A. LE MAIR, *Disphagia. Global guidelines & cascades*, World Gastroenterology Organisation (WGO) Global Guidelines, 2014, USA;

E. RISI, E. UBALDI, *Il problema disfagia nelle cure primarie. Terza parte. La disfagia orofaringea: il trattamento multidisciplinare*, in *Rivista Società Italiana di Medicina Generale*, 5, 2018, 25, pp. 42-46.

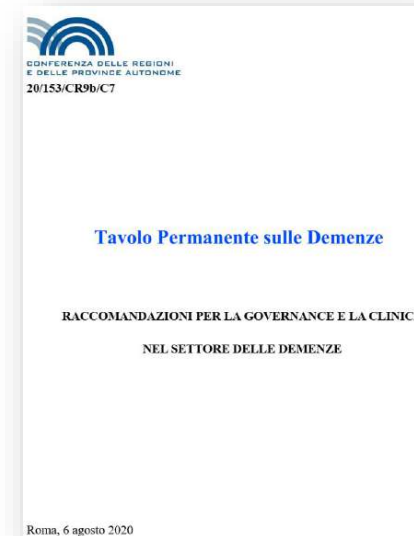
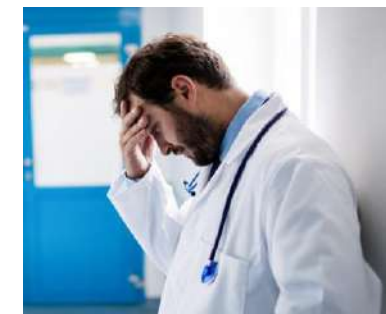
RD. NEWMAN, R. RAY, L. WOODWARD, B. GLASS, *Factors Contributing to the Preferred Method of Feeding in End-Stage Dementia: A Scoping Review*, in *Dysphagia*, 35, 2020, 4, pp. 616-6



## Consenso Informato e Disposizioni Anticipate Trattamento

Idratazione Artificiale (**IA**) e Nutrizione Artificiale (**NA**): i nodi decisionali

- **Il concetto di “terapia aggressiva” è relativo**: dipende da prognosi e obiettivi da perseguire per una dignitosa qualità di vita.
- **La tempestività** nella proposizione di IA e NA: fondamentale per prognosi  
Comparsa di 2 polmoniti da aspirazione in 1 mese in Disfagia Orofaringea completa: **warning** per proporre NA prima che le polmoniti subentranti (ricovero ospedaliero, sospensione alimentazione orale, miscele reidratanti non alimentari parenterali, farmaci) causino eventi avversi e scompenso a cascata verso l'*exitus* che rendono inefficace la NA.
- **NA**: **aggressiva (inappropriata)**: fine vita, CDR 4 o 5 condizioni scadenti;
- **IA e NA**:
  - **appropriate** negli stadi CDR 3, 4, 5 in buone condizioni cliniche quando la Disfagia Orofaringea causa eventi avversi rilevanti *quoad valetudinem* (disidratazione, polmonite da aspirazione, malnutrizione, lesioni da pressione stadio 3 e 4, cachessia) o *vitam* (soffocamento, asfissia) **in persone che non possono più deglutire perché la malattia ha «semplicemente» rimosso il ricordo volontario della masticazione e deglutizione.**



## Consenso Informato e Disposizioni Anticipate Trattamento

Nutrizione Artificiale (**NA**) e Idratazione Artificiale (**IA**): i nodi decisionali

- **L'orizzonte temporale prognostico**: base clinica ed etica di appropriatezza per la IA ed NA che deve essere corroborata anche dall'assenza di dolore indomabile e dalla precisa conoscenza delle limitazioni dei supporti per la NA ed eventi avversi correlati.

La raccolta di queste informazioni (stadio DNC, età, comorbidità, dolore) in specifici [moduli/checklist](#) può consentire la predisposizione di algoritmi decisionali che supportino il giudizio medico nel valutare se vi sono gli estremi per la NA.

- **L'IA in ipodermoclisi** è appropriata per disfagia limitata solo ai liquidi

- **Rifiuto alimentare volontario**: da considerarsi come assenza di CI alla NA

**PICC**: avulsione spontanea, durante l'assistenza, infezioni locali e generali

**CVC**: avulsione spontanea, durante l'assistenza, infezioni locali e generali

**PEG**: infezioni peristomia, avulsione, velocità infusione, reflusso dei nutrienti

**SNG**: ulcerazioni da pressione, fastidio, avulsione, reflusso del cibo



# Ottimizzazione cure e comfort - Cure Palliative nella Demenza Terminale e nel fine vita

## I nodi clinici e decisionali

### ALIMENTAZIONE ENTERALE/PARENTERALE

Problematiche :

**PICC:** avulsione spontanea, durante l'assistenza, infezioni locali e generali

**CVC:** avulsione spontanea, durante l'assistenza, infezioni locali e generali

**PEG:** infezioni peristomia, avulsione, velocità infusione, reflusso dei nutrienti

**SNG:** ulcerazioni da pressione, fastidio, avulsione, reflusso del cibo

# La sete nel paziente terminale «fine vita»

- Nonostante un apporto inadeguato, il **61%** dei pazienti terminali **NON manifesta sete**
- I **sintomi** (spesso dovuti ai farmaci) possono essere **alleviati** da piccole quantità di liquidi e/o **umidificazione del cavo orale** con cubetti di ghiaccio
- **Un' adeguata idratazione può essere fatta con 700-800 mL di liquidi s.c.**

Cofort Care for Terminally Ill Patients.  
The Appropriate Use of Nutrition and Hydration R. M. McCann, WJ. Hall, AG Juncker.  
**JAMA 1994;272:1263-1266.**

A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: Nutrition Support Therapy During Adult Anticancer Treatment and in Hematopoietic Cell Transplantation. DA August et al.  
**J Parenter Enteral Nutr 2009;33:472-500.**

## DNC Maggiore terminale e fine vita: **problemi aperti**

### **ASSENZA DI DAT E ISTITUTI DI PROTEZIONE GIURIDICA**



## **3.1 Il coinvolgimento dei malati e dei familiari**

«**La relazione di cura:** obiettivo rapporto tra medico, familiari o legali rappresentanti (AdS, Fiduciario) per....

«... acquisire **le volontà "non scritte"** cioè quelle indicazioni che il paziente ha eventualmente trasmesso quando era pienamente competente.....»

« ... condividere **traccia scritta, con valore di indirizzo non medico-legale,** degli obiettivi di cure e assistenza con i famigliari o legali rappresentanti...»

«.....predispone **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) di accompagnamento nel fine-vita** d'intesa con famigliari o legali rappresentanti



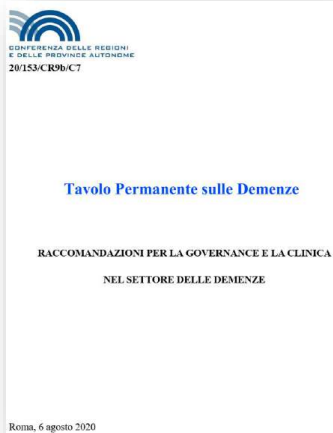
Ottimizzazione cure e comfort: L. 219, 2017 - Cure Palliative: L. 38-2010

## DNC Maggiore Terminale e Fine-Vita : i nodi clinici e decisionali

### NUTRIZIONE ARTIFICIALE (NA)

Sia la NP che la NE devono essere prescritte, attuate e monitorate secondo precisi protocolli atti ad assicurare l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficacia del trattamento. La letteratura scientifica sembra evidenziare una scarsa efficacia della NA in termini di aumento dell'aspettativa di vita nelle demenze (American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee 2014). Tuttavia, è verosimile che soprattutto per quanto riguarda gli Stati Uniti d'America, la diversa organizzazione del sistema delle cure, caratterizzata da interventi basati sul sistema assicurativo possa spiegare questo evento. Negli studi pubblicati, infatti, emerge che, perché si prenda in considerazione la NA debba verificarsi almeno un evento avverso in dodici mesi (ripetuti ab ingestis e/o 6 mesi di calo ponderale del 10% per disfagia)(Mitchell SL, et al. 2012) . È verosimile, tuttavia, che prendere in considerazione la NA dopo 6-12 mesi di patologie, eventi avversi e sintomi che favoriscono la precipitazione della persona con demenza nel fine-vita, renda inutile ed inefficace l'intervento.

In Italia, diversamente da altri paesi, stanno emergendo dati positivi circa l'utilizzo della NA<sup>18</sup>. Secondo questi studi, infatti, è probabile che il ricorso tempestivo alla NA, quando il paziente è in buone condizioni generali, sia l'elemento che consenta di conseguire risultati quoad vitam positivi come rilevato da autori italiani rispetto a quelli nordamericani (Ungar A, Rozzini R, 2016; Peruzza S, et al. 2008).



Ottimizzazione cure e comfort: L. 219, 2017 - Cure Palliative: L. 38-2010

DNC Maggiore Terminale e Fine Vita

Nodi clinici e decisionali nella relazione di cura con i famigliari

**1° scenario:** buone condizioni generali, principali organi ed apparati senza rilevante comorbidità

Situazioni	Provvedimenti	Termin.		Fine Vita	
		SI	NO	SI	NO
1. Insufficiente idratazione	Ipodermoclisi, EV	○		○ <sub>(2)</sub>	○
2. Disfagia per alimen. cremosa	Nutrizione Artific.	○	○ <sub>(1)</sub>		○
3. Rifiuto alimentare	Nutrizione Artific.		○		○
4. Arresto Cardiaco	Rianimazione	○	○ <sub>(1)</sub>		○
5. Funzioni Vitali Instabili ( <b>News</b> ≥ 7)	Ospedalizzazione	○		○ <sub>(2)</sub>	○

**NEWS:** National Early Warning Score

**(1)** volontà non scritte paziente: rifiuto NA    **(2)** richiesta non mediabile dei famigliari

Ottimizzazione cure e comfort: L. 219, 2017 - Cure Palliative: L. 38-2010

### DNC Maggiore Terminale e Fine Vita

## Nodi clinici e decisionali nella relazione di cura con i famigliari

**2° scenario:** condizioni cliniche scadenti, rilevante ed instabile comorbilità cardiaca e/o respiratoria e/o renale

Situazioni	Provvedimenti	Termin.		Fine Vita	
		SI	NO	SI	NO
1. Insufficiente idratazione	Ipodermoclisi, EV	○		O <sub>(1)</sub>	○
2. Disfagia per alim. cremosa	Nutrizione Artific.		○		○
3. Rifiuto alimentare	Nutrizione Artific.		○		○
4. Arresto Cardiaco	Rianimazione		○		○
5. Funzioni Vitali Instabili (News ≥ 7)	Ospedalizzazione	O <sub>(1)</sub>	○		○

**NEWS:** National Early Warning Score

**(1)** richiesta non mediabile dei famigliari

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

### 3) Come identificare il “fine-vita” nello stadio “terminale” del PCD ?

Art. 2 comma 2: “... prognosi infausta a breve termine e dell’imminenza della morte..”

**“..prognosi infausta a breve termine...”** Durata: 1-3 settimane

Cause scatenanti l’insufficienza multi organo irreversibile:

- Cachessia terminale
- Acuzie non passibile o sensibile a trattamento medico-chirurgico quali : stroke emiencefalici, infezioni non dominabili, embolie, ischemia-gangrena di un arto, acuzie chirurgiche, etc.
- Condizioni cliniche predisponenti a prognosi infausta negli ultimi 90 giorni:
  - ospedalizzazioni multiple
  - infezioni recidivanti
  - disfagia
  - “fioritura” di lesioni da pressione multiple in presenza di prevenzione ottimale
  - peggioramento non stabilizzabile comorbilità cardiaca e/o respiratoria e/o renale.



## Criteri clinici generali per inquadrare il malato potenzialmente “end-stage” indicatori inclusi empiricamente sulla base dell’esperienza

- 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>

**SIAARTI**SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA  
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

### 3) Come identificare il “fine-vita” nello stadio “terminale” del PCD ?

Art. 2 comma 2: “... prognosi infausta a breve termine e dell’imminenza della morte..”

**“.. imminenza della morte...”** Durata: giorni, ore.

- Valutare i cambiamenti e le modificazioni di segni e sintomi della persona :  
*assopimento, scarsa reattività a stimolazione verbale e tattile, respirazione irregolare con ingorgo tracheale ed apnee, incapacità a chiudere gli occhi spesso rivolti in alto, livedo reticularis, cianosi centrale e periferica, oliguria, urine scure, anuria,..*
- Rivalutare ogni eventuale indagine clinica già effettuata che possa indicare che la persona sta entrando nei suoi ultimi giorni di vita
- Attenzione ad ogni miglioramento nei segni, sintomi e funzioni che possa indicare che la persona si sta stabilizzando o sta migliorando

## DT e fine vita: **Consenso Informato e Disposizioni Anticipate Trattamento**

### **Problemi aperti**

Attualmente le persone con demenza **non dispongono di DAT** in quanto sono in stadio moderato, grave, molto grave, terminale (CDR 3-4-5), quindi senza la capacità di stilare DAT.

La piena operatività della L. 219/2017, stilata quindi da persone “maggioirenni e capaci di intendere e volere”, sarà possibile solo tra un discreto lasso di tempo **(10 -15 anni ?)**.

# QUALITÀ E DIGNITÀ DEL MORIRE PARI A QUELLA DELLA NASCITA



**Tomba del Tuffatore.** (Paestum - 480/70 a. C.)

Il defunto si tuffa nell'ignoto verso quel mondo ultraterreno che si appresta ad accoglierlo