

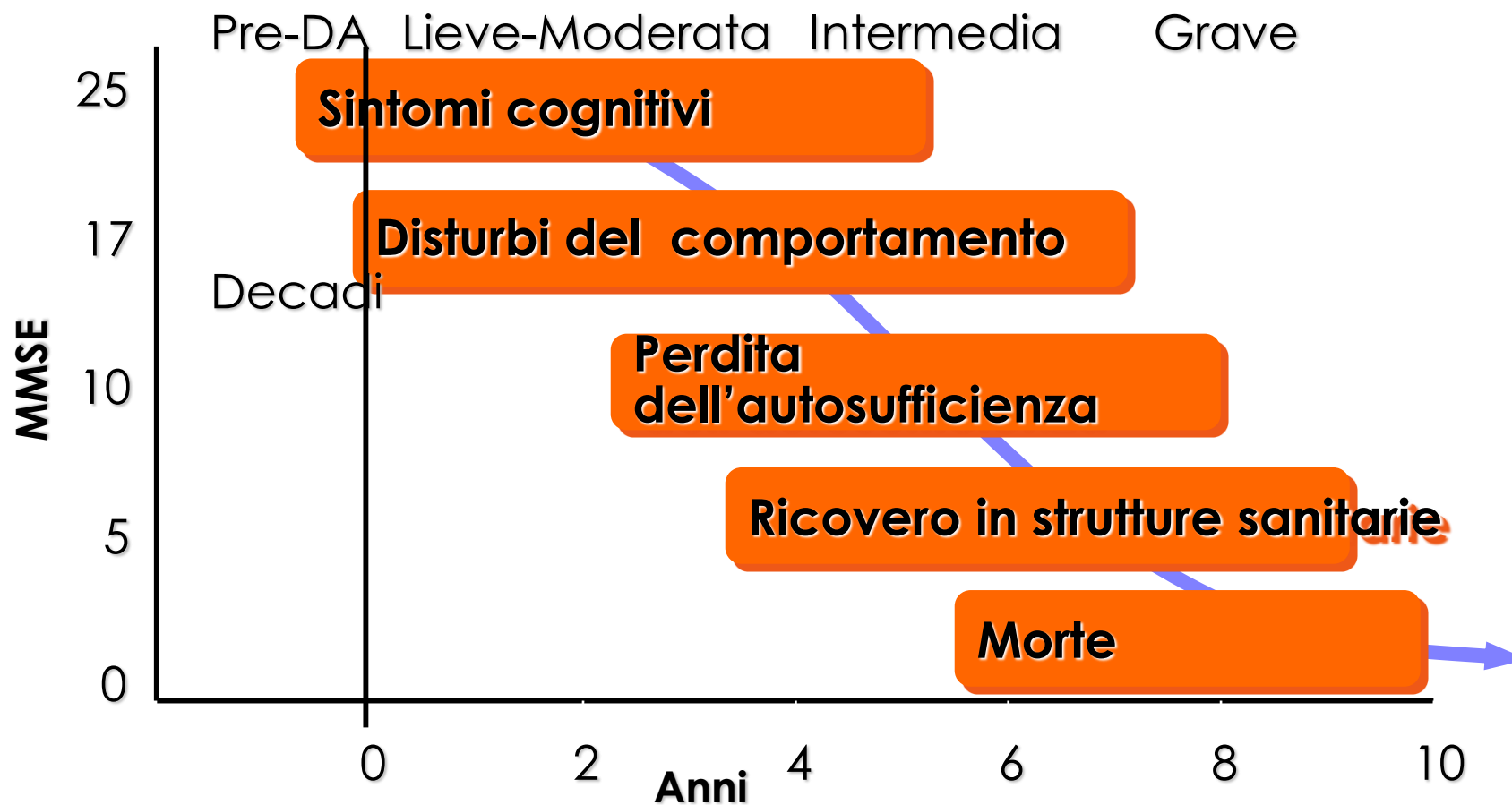


# LA SALUTE SOMATICA DELLE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA

Dott. Camillo Ferrandina

Brescia, 13 Luglio 2018

# Storia naturale dell'AD



# Il concetto di salute nell'Alzheimer

*Equilibrio dinamico all'interno della persona tra soma, psiche e spirito e, all'esterno della persona, tra soggetto e ambiente*

L'obiettivo non è quello di mantenere il DA in buona salute, ma di ricercare sempre il miglior bilancio di salute possibile, adeguandolo all'evoluzione della malattia

La *costruzione* dell'ambiente per i soggetti parzialmente autosufficienti affetti da demenza, infatti, possiede la stessa dignità scientifica della terapia farmacologica

# I costrutti della comorbilità

**Comorbilità:** presenza di una patologia aggiuntiva rispetto ad una patologia indice in un paziente

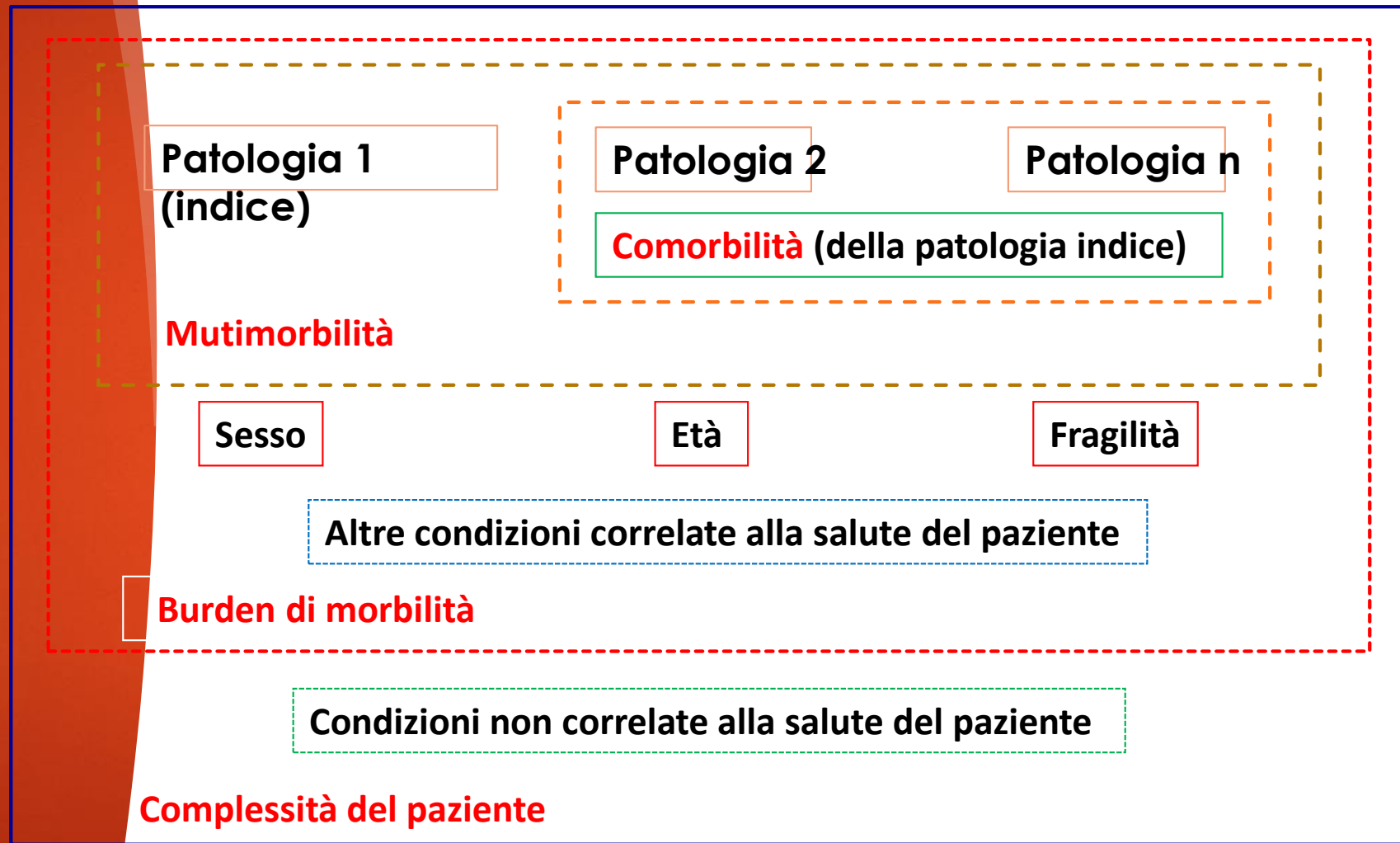
**Multimorbilità:** presenza di più patologie in uno stesso paziente

**Burden di morbidità:** impatto complessivo di diverse

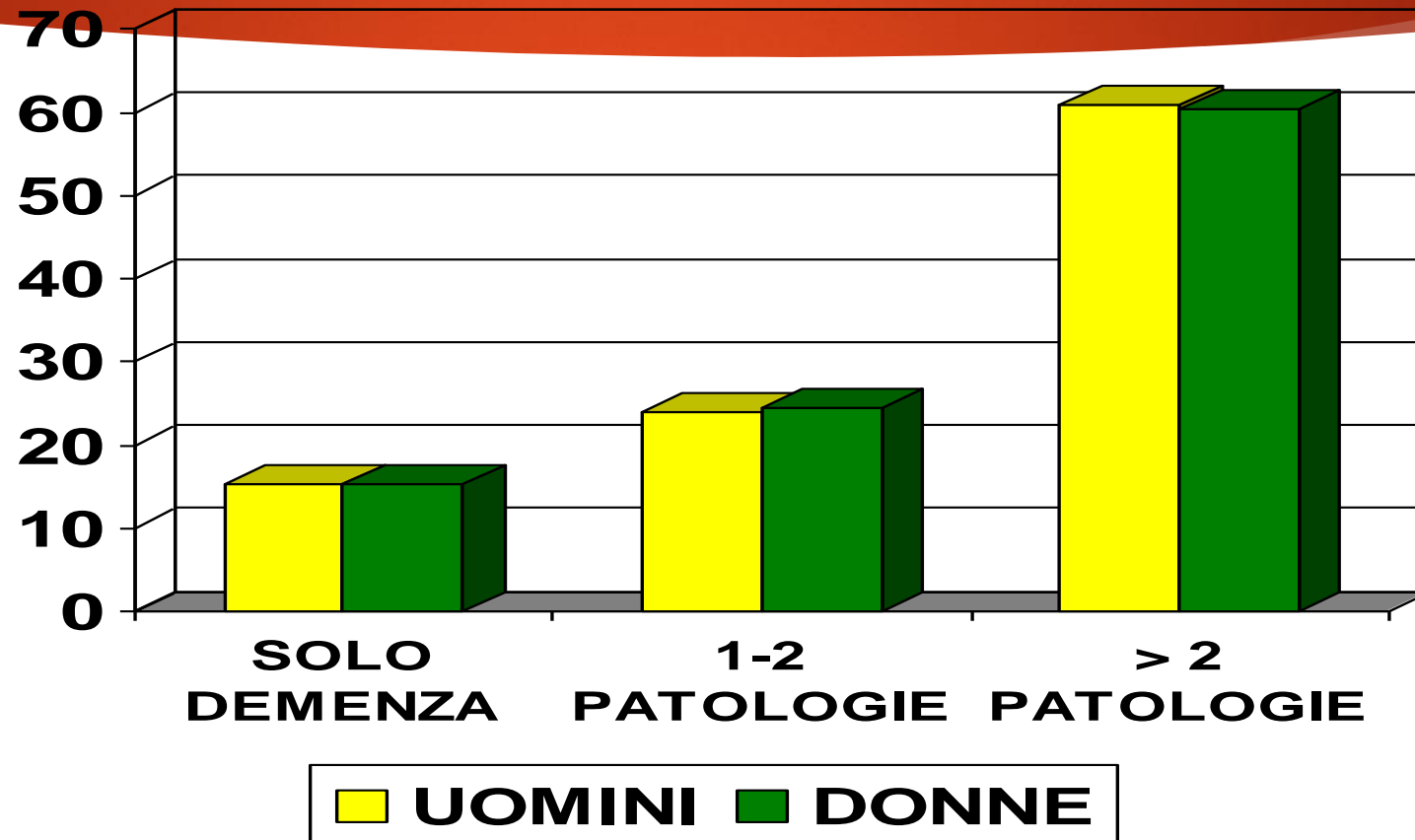
patologie in un individuo che tiene in conto della loro gravità

**Complessità del paziente:**

impatto complessivo di diverse patologie in un individuo che tiene in conto della loro gravità e di altri fattori correlati alla salute

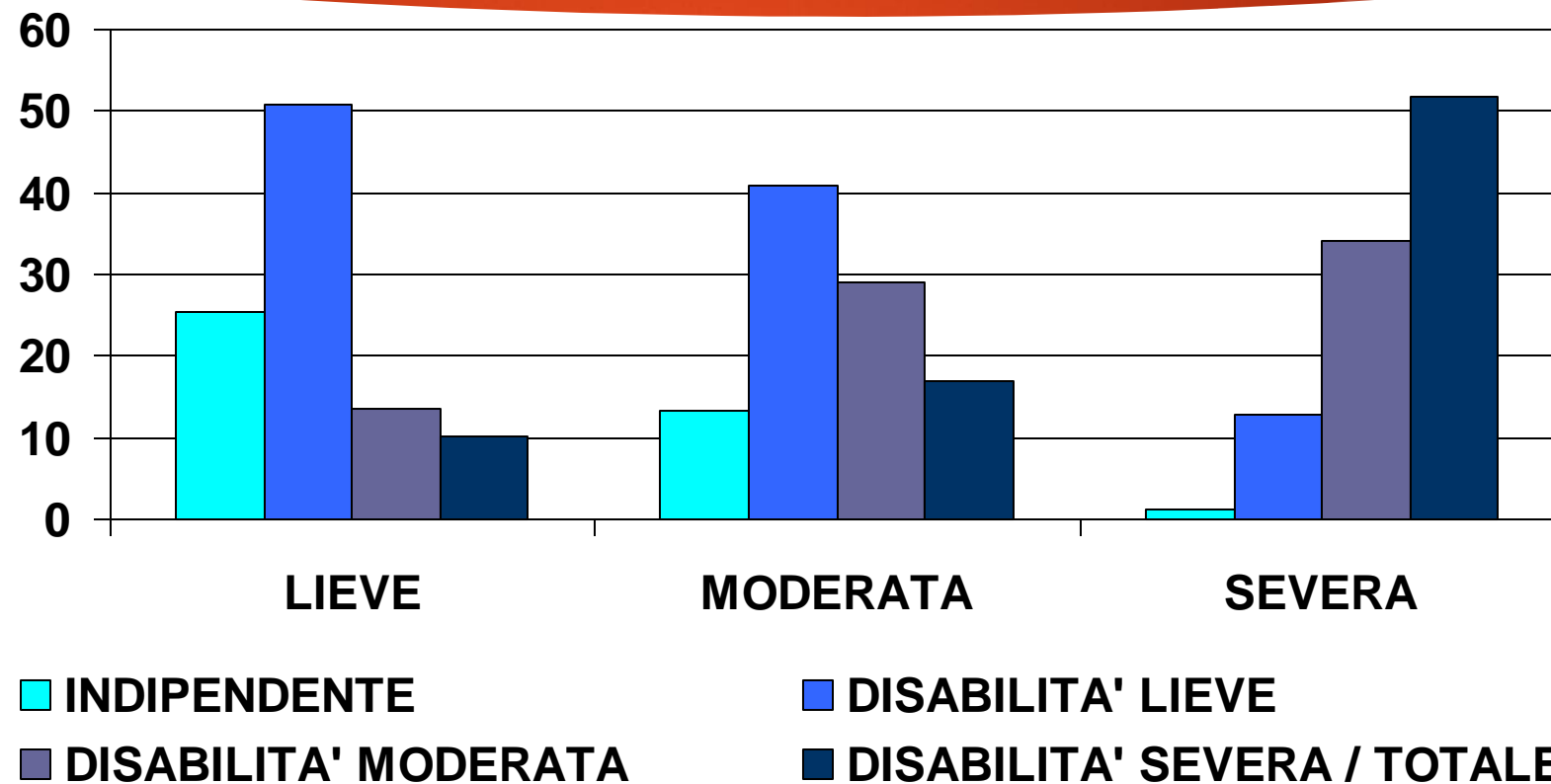


# COMORBIDITA' NEI DEMENTI (STUDIO ILSA)



CHD, diabete, depressione, ipertensione, Parkinson, ictus

# PREVALENZA DELLA DISABILITA' IN BASE AL GRADO DI DEMENZA



# Rilevanza delle comorbidità nel paziente con demenza

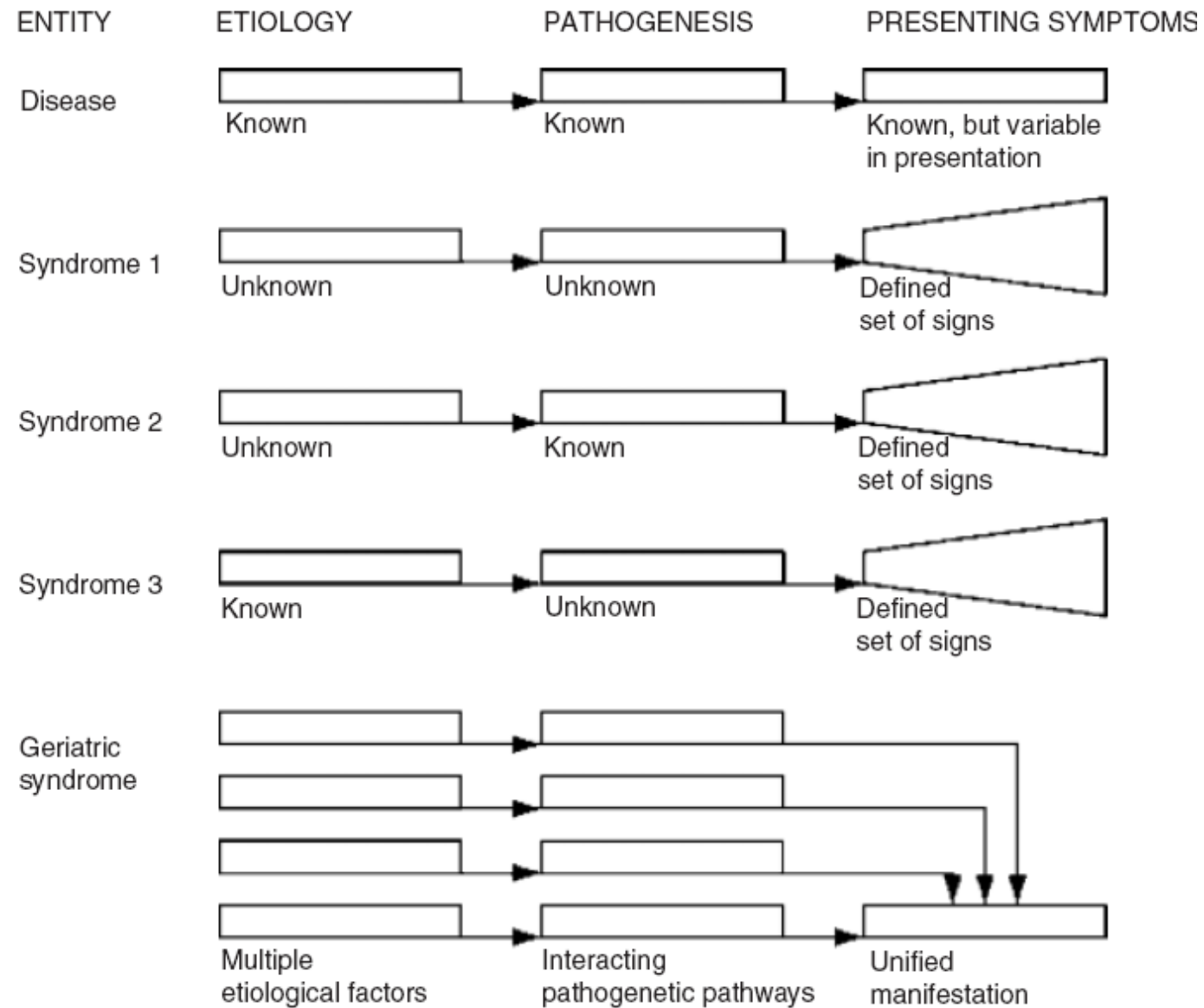
- ▶ La demenza è un fattore di rischio per la comparsa di malattie somatiche.
- ▶ Le malattie somatiche possono essere la causa o la concausa di demenza o aggravarne la progressione:
- ▶ Effetto aggiuntivo: la demenza è un fattore che aumenta il rischio collegato ad altre cause di mortalità (es. polmonite)
- ▶ Effetto moltiplicativo: la demenza influenza la comparsa stessa di malattie che minacciano la sopravvivenza (es. lesioni da decubito)

# Modalità di presentazione della malattia:

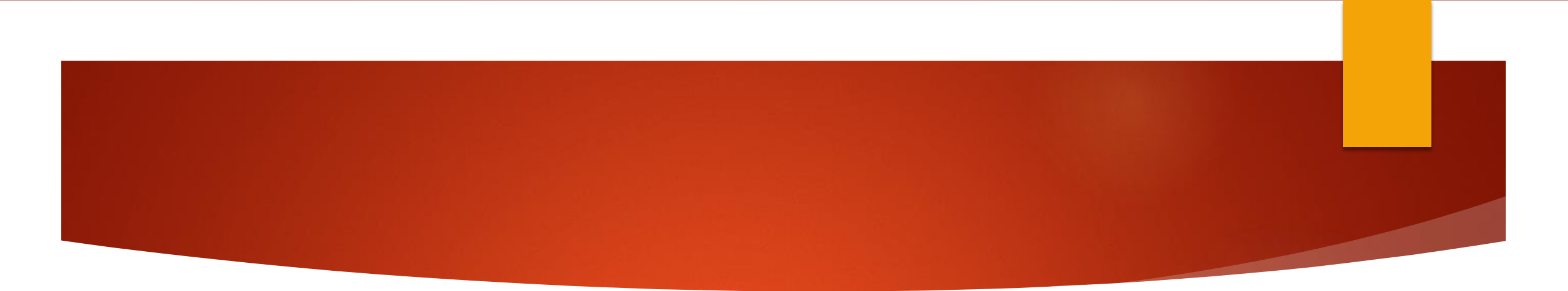
- la raccolta dei sintomi e la rilevazione dei segni richiede molto più tempo
- la presentazione di malattia è globale, interessando in modo “catastrofico” la funzione o il comportamento
- Il trattamento intensivo delle patologie somatiche acute nel paziente demente ospedalizzato determina una riduzione della mortalità
- le caratteristiche e l'entità dei sintomi sono funzione del grado di decadimento cognitivo e di comorbidità

# Sintomi somatici in pazienti con decadimento cognitivo

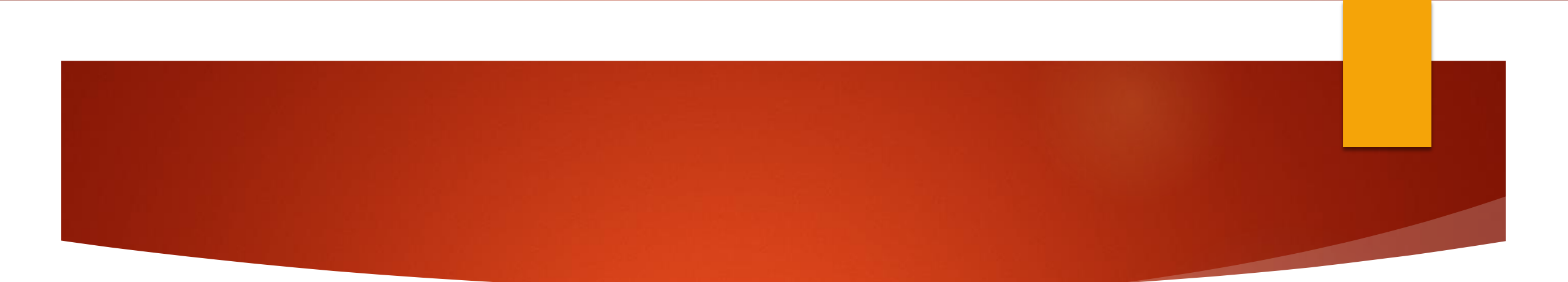
- ▶ Pazienti con **decadimento lieve** tendono a riferire un **maggior numero di sintomi somatici** (percezione di un “malfunzionamento” generale)
- ▶ Pazienti con **decadimento severo** tendono a riferire un **minor numero di sintomi somatici** (maggior rischio di patologie “occulte”)



**Inouye S, Studenski S, Tinetti M, Kuchel G. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. JAGS 55:780–791, MAY 2007**

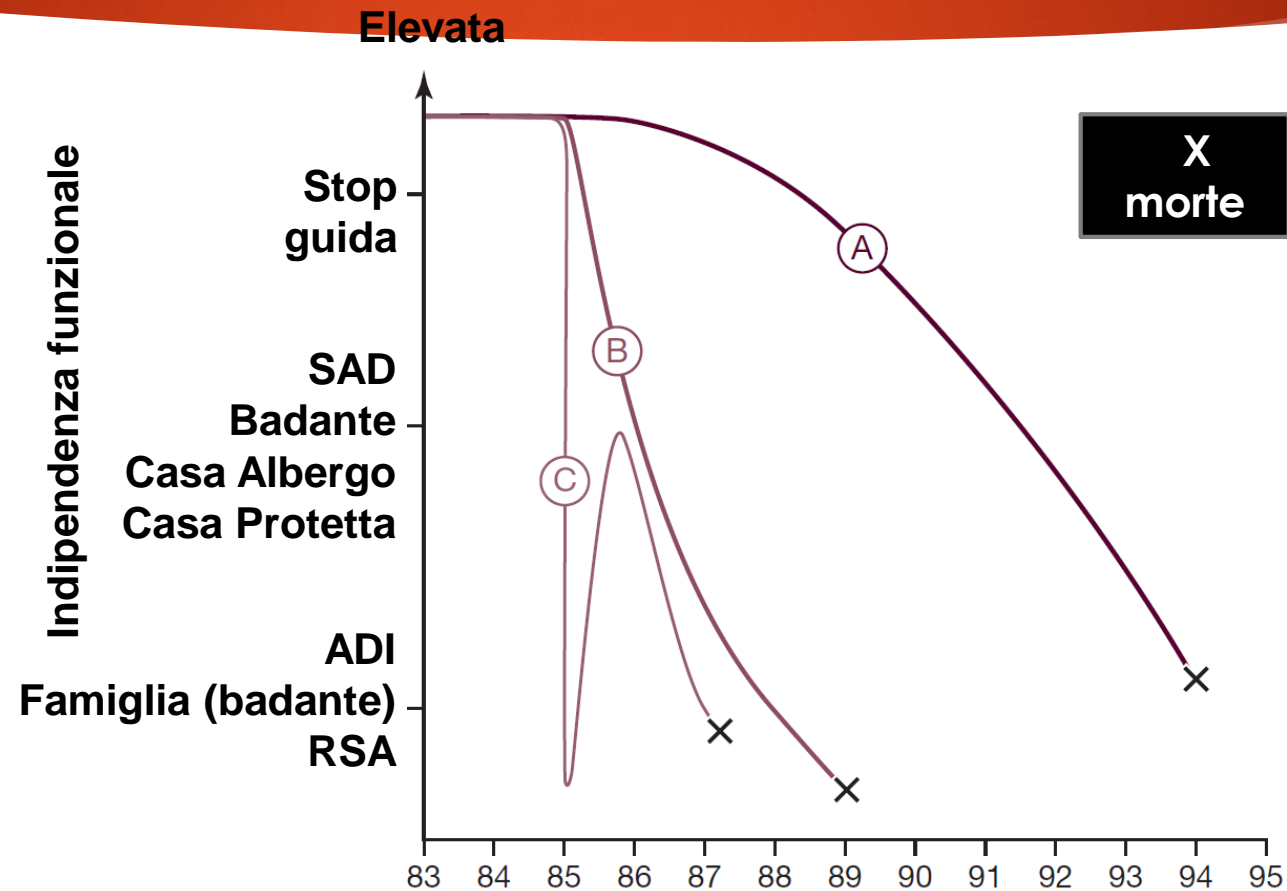


**La comorbilità delle patologie somatiche, insieme al decadimento funzionale indotto dalla demenza, è una condizione che determina fragilità, ovvero un'incapacità biologica a reagire di fronte ad eventi stressanti acuti (patologia somatica acuta e conseguente ospedalizzazione): i pazienti affetti da demenza quando ricoverati in ospedale sono a maggior rischio di mortalità a medio termine**



**Oltre agli effetti negativi della demenza e delle malattie somatiche sullo stato funzionale, lo stesso ricovero in ospedale per una patologia somatica acuta produce un aggravamento funzionale delle persone anziane, ed ancor più nelle persone affette da malattia di Alzheimer. I pazienti, alla dimissione dall'ospedale, presentano spesso sia livelli di autosufficienza peggiori rispetto all'ingresso, sia un aggravamento della sintomatologia comportamentale .**

# Traiettorie ipotetiche di declino funzionale per il signor R.



# Geriatric Syndromes and risk factors

## ▶ Incontinence

- ▶ older age (generally 65), high body mass index, functional impairment, impaired mobility, cognitive impairment or dementia, and use of physical restraints

## ▶ Falls

- ▶ older age, prior history of falls, functional impairment, use of a walking aid or assistive device, cognitive impairment or dementia, impaired mobility or low activity level, and balance abnormality.

## ▶ Functional decline

- ▶ older age, previous falls, functional impairment, cognitive impairment or dementia, hospitalization, incident vascular event, depression, vision impairment, diabetes mellitus, and impaired mobility.

## ▶ Delirium

- ▶ older age, cognitive impairment or dementia, psychoactive medication use, severe illness or multiple comorbidity, azotemia or dehydration, functional impairment, alcohol abuse, infection, metabolic derangement, and impaired mobility

## ▶ Shared factors

- ▶ older age, functional impairment, cognitive impairment, and impaired mobility

# Incontinenza urinaria

- ▶ Valutazione del problema, identificare cause di incontinenza urinaria potenzialmente trattabili (infezioni o ipertrofia prostatica)
- ▶ L'incontinenza urinaria, complicanza della AD, spesso rappresenta l'incapacità da parte del cervello di inibire le contrazioni della vescica, causando lo svuotamento della vescica senza che il paziente possa scegliere il luogo o il momento (incontinenza da urgenza)
- ▶ Programmi che sovrintendano alla minzione, incoraggiando l'atto prima che divenga urgente, possono portare considerevoli miglioramenti

# Cadute e fratture

- ▶ la prevalenza di fratture in pazienti dementi è addirittura raddoppiata rispetto ai soggetti anziani cognitivamente non compromessi.
- ▶ la AD è riconosciuta come un fattore predittivo di scarso recupero funzionale dopo frattura di femore
- ▶ L'eziologia delle cadute e delle fratture è multifattoriale e una gestione del problema che possa assicurare qualche risultato deve essere per forza di cose indirizzata simultaneamente in diverse aree
- ▶ Supplemento di Vit. D
- ▶ Revisione terapia

# Dolore e demenza

- ▶ Che dimensioni ha il problema?
- ▶ Che impatto ha la demenza sull'esperienza del dolore?
- ▶ Il paziente è in grado di comunicare il dolore?
- ▶ Come si fa diagnosi?
- ▶ Come si cura?

# Valutazione del dolore

## SCALA PAINAD

	0	1	2
<b>RESPIRO</b> (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
<b>VOCALIZZAZIONE</b>	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti. Pianto
<b>ESPRESSIONE FACCIALE</b>	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie.
<b>LINGUAGGIO DEL CORPO</b>	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione Ginocchia piegate Movimento a finalistico, a scatti
<b>CONSOLABILITA'</b>	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

**Punteggio:**

0 = nessun dolore

10 = massimo dolore

# Delirium

- ▶ Iper o Ipo
- ▶ Assessment
- ▶ Protocolli di orientamento
- ▶ Stimolazione cognitiva
- ▶ Sonno
- ▶ Mobilizzazione e contenzione
- ▶ Vista e Udito
- ▶ Revisione terapia
- ▶ Controllo del dolore

# Malattie somatiche e demenza

- ▶ Decadimento cognitivo lieve-moderato: neoplasie, broncopneumopatie, diabete, malattie gastrointestinali
- ▶ Decadimento cognitivo severo: malattie infettive, stroke, cardiopatie, fratture di femore, malnutrizione, piaghe da decubito

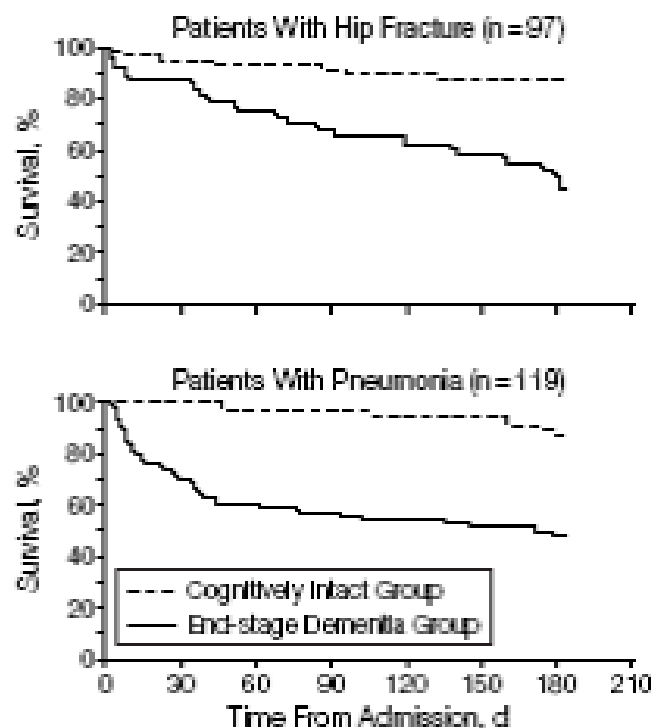
# Il trattamento delle infezioni nel paziente demente

- ▶ Le infezioni (polmonite e infezioni delle vie urinarie in particolare) rappresentano una complicanza frequente soprattutto nelle fasi avanzate della demenza.
- ▶ Si caratterizzano per una maggiore mortalità rispetto ai soggetti cognitivamente integri.
- ▶ La prognosi dei pazienti con demenza avanzata e comorbidità acuta è sfavorevole, anche quando il paziente viene ricoverato in ambiente ospedaliero e ciò sottolinea l'esigenza di una terapia che tenga conto anche della qualità della vita del paziente.

# Il trattamento delle infezioni nel paziente demente

- ▶ L'ospedalizzazione per una comorbidità somatica acuta non modifica l'outcome nei pazienti con demenza che vivono in casa di riposo e può risultare in una mortalità più elevata e in deterioramento funzionale.
- ▶ Il trattamento dei pazienti con demenza in fase avanzata al domicilio o in casa di riposo richiede in ogni caso un particolare impegno per evitare il sottotrattamento.

**Figure.** Kaplan-Meier Survival Curves for Patients With Hip Fracture and Pneumonia



I pazienti con demenza in fase avanzata e frattura di femore o polmonite hanno una prognosi a medio termine sfavorevole. In relazione alla limitata aspettanza di vita dei pazienti con demenza in fase terminale in conseguenza di queste complicanze, e il carico associato al loro trattamento, una maggiore attenzione dovrebbe essere focalizzata verso gli sforzi per migliorare il comfort in questa popolazione.

# Il rischio infettivo nell'anziano fragile e demente

- ▶ Compromissione meccanismi di difesa
- ▶ Comorbilità (diabete, BPCO, scompenso cardiaco, vasculopatie cerebrali, IRC, demenza...)
- ▶ Contaminazione batterica orofaringea (ridotta salivazione) fenomeni ab ingestis
- ▶ Malnutrizione
- ▶ Devices: SNF, SNG, PEG, CVC, Foley.
- ▶ Tendenza a prognosi sfavorevole per coinvolgimento multisistemico

# Difficoltà diagnostiche di natura tecnica

- ▶ Presentazione atipica: apiressia, delirium, cadute, vertigini, iporessia e perdita di peso, affaticabilità, aumento disabilità, tachipnea, tachicardia
- ▶ Laboratorio: atipico/alterato da comorbidità (non leucocitosi), più attendibile PCR
- ▶ Andamento clinico atipico: subdolo, prolungato, incapacità a migliorare, alto rischio di morte
- ▶ Mancanza riflesso tussigeno (coltura escreato?)
- ▶ Coesistenza altre possibili cause di disturbi respiratori: scompenso cardiaco, BPCO
- ▶ Accuratezza prelievi ematici (contaminazioni)

# Gli agenti patogeni

- ▶ Epidemiologia differente per età, setting assistenziale, comorbidità, grado di decadimento cognitivo
- ▶ Circa il 70% dei patogeni isolati in NH è insensibile a 1 o + antibiotici
- ▶ Selezione di ceppi multiantibioticoresistenti “Multidrug -resistant Superbugs” (MRSA, VRE, enterobatteri ESBL resistenti a cefalosporine III generazione, Streptococcus Pneumoniae resistente a penicillina e fluorochinoloni,...), il “caso” Acinetobacter baumannii
- ▶ Sensibilità riemergente ai “vecchi” antibiotici: colistina (enterobatteri GRAM -), nitrofurantoina e tetracicline (enterococchi GRAM + vanco-resistenti)

# Il trattamento delle infezioni nel paziente demente

Evidenza	Classe di evidenza	Azione
Il trattamento delle malattie infettive che complicano frequentemente le fasi più avanzate della demenza richiedono la definizione di outcome diversi in relazione alla prognosi del paziente e alla gravità della demenza.	II-III	Considerare la possibilità di trattare il paziente con demenza severa e complicanza infettiva al domicilio o in casa di riposo con terapia palliativa <b>(raccomandazione)</b> .
Il trattamento antibiotico della polmonite nel paziente con AD in fase avanzata riduce la mortalità.	I	La polmonite nel paziente con AD deve essere trattata con antibiotici <b>(standard)</b> .

# Il trattamento delle infezioni nel paziente demente

- ▶ Elementi da considerare nella scelta dei trattamenti:
  - ▶ gravità del deficit cognitivo e funzionale
  - ▶ ricorrenza delle complicanze
  - ▶ gravità della patologia somatica
  - ▶ prognosi del paziente
- ▶ In base a questi elementi si potrà offrire un trattamento nel quale le procedure palliative e quelle dirette al benessere del paziente siano equilibrate con quelle orientate alla cura delle infezioni offrendo al paziente il setting più opportuno (ospedale, casa di riposo, domicilio) per il raggiungimento dell'outcome

# Quale soluzione?

## **La prevenzione del “problema” in struttura :**

- ▶ - vaccinazione antipneumococcica e antiinfluenzale
- ▶ - razionalizzazione dell'uso degli antibiotici
- ▶ - corretta igiene del cavo orale
- ▶ - posture adeguate per impedire il ristagno dei secreti bronchiali e favorire la ventilazione polmonare
- ▶ - confronto anticipatorio con la famiglia per i pazienti end-stage
- ▶ - organizzazione e formazione dello staff (invii in PS nei turni notturni o fine settimana...)
- ▶ - praticare la medicina palliativa

# Come ragionare per fare appropriatezza ?

## Gli strumenti di valutazione dell'instabilità clinica

Carta 1: National Early Warning Score (NEWS)

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Saturazione d'ossigeno	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Ossigeno supplementare		Sì		No			
Temperatura corporea	≤35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
Pressione sistolica	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Frequenza cardiaca	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, com

Tabella 1 – Venti principali diagnosi alla dimissione (diagnosi secondo i codici ICD-9-CM) di pazienti >60 anni, dimessi dal Johns Hopkins Hospital nel 1996 e nel 1997 [modificata da: Lyketsos CG et al, 2000 <sup>(61)</sup>]

Pazienti con demenza (n=823)			Pazienti senza demenza (n=20428)		
Diagnosi	n	%	Diagnosi	n	%
Ischemia cardiaca cronica	40	4,9	Ischemia cardiaca cronica	1879	9,2
Disturbi psicotici a esordio presenile e senile	38	4,6	Neoplasia prostatica maligna	817	4,0
Sindrome dementigena (AD, demenza fronto-temporale ecc.)	31	3,8	Complicanze meccaniche di stent coronarici o protesi	735	3,6
Psicosi alcolica	28	3,4	Infarto acuto del miocardio	695	3,4
Disidratazione e disturbi elettrolitici	27	3,3	Scompenso cardiaco	633	3,1
Infarto acuto del miocardio	26	3,2	Disturbo del ritmo cardiaco	511	2,5
Infezione urinaria	25	3,0	Occlusione o stenosi delle arterie precerebrali	347	1,7
Scompenso cardiaco	24	2,9	Complicazioni di procedure invasive	306	1,5
Sintomatologia aspecifica	21	2,6	Neoplasia pancreatica	306	1,5
Polmonite	20	2,4	Metastasi	286	1,4
Complicanze meccaniche di stent coronarici o protesi	20	2,4	Osteoartrosi	245	1,2
Psicosi da farmaci	19	2,3	Disturbi respiratori	245	1,2
Metastasi	18	2,2	Metastasi dell'apparato respiratorio o digerente	245	1,2
Occlusione delle arterie cerebrali	18	2,2	Neoplasia dell'apparato respiratorio	245	1,2
Malattie dell'endocardio	15	1,8	Aneurisma aortico	245	1,2
Sepsi	13	1,6	Aterosclerosi	225	1,1
Disturbo del ritmo cardiaco	13	1,6	Disidratazione e disturbi elettrolitici	225	1,1
Aneurisma dell'aorta	13	1,6	Sintomatologia aspecifica	225	1,1
Morbo di Parkinson	12	1,5	Occlusione delle arterie cerebrali	225	1,1
Pneumopatia da agenti non specificati	12	1,5	Cataratta	204	1,0



# MALATTIE SOMATICHE, NUTRIZIONE

# Il problema

- ▶ Perdita di peso e malnutrizione sono frequenti nella malattia di Alzheimer, soprattutto nelle fasi severe.
- ▶ Una perdita di peso superiore al 5% nell'anno precedente costituisce un fattore di rischio di mortalità.
- ▶ La malnutrizione determina una compromissione del sistema immunitario ed un aumento della frequenza di infezioni.
- ▶ La perdita di massa muscolare determina un declino funzionale, un maggior rischio di cadute e fratture.
- ▶ La malnutrizione è un fattore di rischio per lo sviluppo di ulcere da decubito ed aumenta il rischio di istituzionalizzazione.

# Cause della riduzione di peso osservata nei dementi

- ▶ **Riduzione dell'apporto alimentare**
  - ▶ Difficoltà nella preparazione del cibo
  - ▶ Alterazioni dell'appetito e del gusto
  - ▶ Disturbi comportamentali (rifiuto del cibo, affaccendamento, irritabilità e aggressività)
  - ▶ Riduzione dell'attenzione e concentrazione, della memoria e della prassia
  - ▶ Difficoltà nella masticazione (stato dentale)
  - ▶ Disfagia (fase avanzata di malattia)
- ▶ **Aumento del consumo energetico**
  - ▶ Aumento dell'attività fisica (affaccendamento, agitazione, insonnia)

# Trattamento della malnutrizione

- ▶ La malnutrizione calorico-proteica non è evento ineluttabile.
- ▶ Un elevato livello di assistenza permette di assicurare un adeguato livello di nutrizione e di ridurre quindi il tasso di mortalità.
- ▶ Un'attenta supervisione, la somministrazione di una dieta adeguata e bilanciata e in generale gli interventi nutrizionali contribuiscono al mantenimento o al miglioramento dello stato nutrizionale, e a migliorare la sopravvivenza dei pazienti istituzionalizzati



# MALATTIE SOMATICHE, NUTRIZIONE

Le fasi terminali

# Trattamento della disfagia

<b>Evidenza</b>	<b>Classe di evidenza</b>	<b>Azione</b>
Le evidenze circa l'efficacia della nutrizione enterale con sondino nasogastrico o PEG sono contraddittorie	I-II	L'uso della nutrizione enterale può essere preso in considerazione solo per pazienti selezionati ( <b>opzione pratica</b> )

# Nutrizione enterale (SNG o PEG) nel demente

- La nutrizione enterale nei pazienti dementi
  - Non riduce la mortalità nei pazienti in RSA
  - Si associa ad una maggiore prevalenza di ulcere da decubito
  - Non rallenta la perdita di peso e non si associa a modificazioni dello stato nutrizionale
  - Determina solo un minimo miglioramento funzionale
  - Si associa ad un maggior uso di contenzioni fisiche e farmacologiche
  - Non determina un miglioramento della qualità della vita
  - Non previene il rischio di aspirazione

# Trattamento della disfagia

- ▶ Il posizionamento della PEG andrebbe attuato solo nei pazienti che possono beneficiarne, cioè dementi con disfagia e rischio di malnutrizione o con malnutrizione iniziale e perciò reversibile, quando le condizioni cliniche non siano gravemente compromesse (aspettativa di vita superiore a sei mesi)



**Ministero della Sanità – Dipartimento della Programmazione  
“Programmi speciali” - Art.12 bis, comma 6, d.lgs.229/99 Ufficio IV**

# **Linee guida per il trattamento delle patologie somatiche associate a Demenza di Alzheimer**

# Proposta di procedure e outcome prefissati

## PROCEDURE:

### **RICOVERO**

**rapida esecuzione procedure diagnostiche  
assessment (standard; rischio di cadute e pdd)  
terapia (linee guida)**

**Peculiare attenzione a:**

**delirium, idratazione, nutrizione, mobilizzazione, alvo**

### **POST-RICOVERO**

**fattori per indicazione a strutture II livello (Riab)  
fattori per indicazione ad assistenza (ADI, CDI)**

# Proposta di procedure e outcome prefissati

## OUTCOME PREFISSATI:

**diagnosi**

**guarigione evento acuto (polmonite, delirium)**

**cura e stabilizzazione patologia cronica (riacutizzata)**

**terapia dei sintomi (dolore, dispnea, stipsi)**

**trattamento nutrizionale (diete, SNG)**

**cura delle patologie da immobilità pregresse (pdd)**

**care of the dying**

# **Proposta di procedure e outcome prefissati**

## **MINORE COMPARSA DI EFFETTI INDESIDERATI:**

**sedazione**

**confusione (intra-ospedaliera)**

**infezioni intercorrenti (polmonite)**

**cadute**



**Paziente “robusto”:**

**con una condizione premorbossa di patologia cronica in fase di compenso; con uno stato funzionale buono (non ha, cioè, deficit delle attività di base della vita quotidiana) e con integrità delle funzioni cognitive.**

### **Paziente con fragilità somatica:**

**lo stato premorbo è caratterizzato da patologie croniche di gravità severa, difficilmente controllate (o non controllate) dalla terapia; lo stato funzionale è compromesso (il paziente richiede aiuto nella maggior parte delle attività di base della vita quotidiana); lo stato mentale non è compromesso oppure ha solo una lieve compromissione.**



**Paziente demente:**

**il paziente ha un decadimento cognitivo moderato o severo.**

**Paziente fragile e demente:**

**ha patologie croniche di gravità severa, difficilmente controllate (o non controllate) dalla terapia; presenta inoltre decadimento cognitivo moderato o severo e lo stato funzionale è conseguentemente compromesso (il paziente richiede aiuto nella maggior parte delle attività di base della vita quotidiana).**



**Paziente terminale:**

**il paziente, per le patologie somatiche di cui soffre ha una prognosi quoad vitam inferiore a 6 mesi; non è autosufficiente. Lo stato mentale può essere o no compromesso.**

Tabella 3 - Gli outcome nella cura delle demenze in relazione alla gravità della malattia

---

**Demenza iniziale**

- Riconoscimento dei sintomi iniziali o preclinici
- Diagnosi precoce
- Sostegno dell'impatto della consapevolezza di malattia del paziente
- Sostegno dell'autonomia decisionale
- Modifica della storia naturale della malattia (ad es. vitamina E nell'AD)
- Trattamento dei sintomi cognitivi (AChE-I nell'AD)
- Riabilitazione cognitiva (ad es. ROT, 3R)
- Stimolo all'attività fisica e mentale
- Trattamento delle patologie somatiche concomitanti
- Partecipazione alla ricerca
- Qualità delle relazioni sociali e familiari
- Educazione dei caregiver (accettazione della malattia, adeguamento dei comportamenti)
- Assistenza sociale e legale

---

**Demenza moderata**

- Trattamento dei sintomi cognitivi
- Trattamento dei sintomi comportamentali
- Trattamento delle patologie somatiche concomitanti
- Riabilitazione comportamentale (ad es. validazione, reminiscenza)
- Stimolo della memoria procedurale e dell'autonomia funzionale residua
- Prevenzione dell'eccesso di disabilità (ad es. iatrogenesi, eccessiva pressione ambientale o deprivazione sensoriale)
- Educazione e sollievo dei caregiver (adattamenti ambientali e comportamentali, respite)
- Servizi sociali e assistenziali (prevalentemente territoriali), temporanei o definitivi

---

**Demenza severa**

- Prevenzione delle complicanze (ad es. cadute, incontinenza, immobilità)
- Sostegno all'alimentazione
- Stimolazione sensoriale
- Sostegno alla mobilità
- Trattamento delle complicanze somatiche (ad es. polmonite)
- Qualità globale della vita
- Educazione e sollievo dei caregiver (assistenza continuativa, elaborazione del lutto)
- Servizi sociali e assistenziali (prevalentemente residenziali), temporanei o definitivi

# Patterns of Care

## Intensiva

Inclusione: qualsiasi terapia  
Esclusione: nessuna procedura o terapia  
Razionale: tentativo di prolungare la vita

## Comprensiva

Inclusione: cure ospedaliere  
Esclusione: rianimazione-UTI  
Razionale: la rianimazione-UTI deteriora la funzione

## Di base

Inclusione: cure domiciliari e RSA  
Esclusione: rianimazione-UTI, ospedalizzazione  
Razionale: le cure ospedaliere spesso aggravano la funzione e il comfort

## Cure Palliative

Inclusione: misure di comfort, antibiotici, esami semplici  
Esclusione: rianimazione-UTI, ospedalizzazione, esami invasivi  
Razionale: facilitazione del comfort senza peggiorare la funzione

## Solo comfort

Inclusione: ossigenoterapia, analgesici, anti-emetici  
Esclusione: trattamenti esclusivamente curativi  
Razionale: il prolungamento della vita non rappresenta l'obiettivo primario

# Sull'accanimento terapeutico

- L'ostinazione terapeutica dei medici, che ritengono come proprio dovere "quello di prolungare il più possibile il funzionamento dell'organismo del paziente", in qualunque condizione ciò avvenga, e ignorando ogni altra dimensione della vita umana che non sia quella biologica; trascurando soprattutto **la qualità della vita** che in tal modo si ottiene e la volontà, esplicita o presunta, del paziente
- L'accanimento terapeutico può essere definito con dei criteri oggettivi basati su:
  - a) l'inutilità o inefficacia terapeutica
  - b) la penosità o gravosità sotto il profilo del malato
  - c) l'eccezionalità degli interventi che sono mezzi sproporzionati al risultato terapeutico