

**Struttura Complessa:** **Cure Palliative Hospice**  
Direttore: Dr Ignazio Renzo Causarano

Numero di telefono 1: **02 6444.5115**  
Numero di telefono 2: **02 6444.5122**  
Fax: **02 6444.5123**

cphospice@ospedaleniguarda.it  
www.ospedaleniguarda.it

Milano 19/03/2020

La presente proposta di lavoro ha lo scopo di fornire, a tutti gli operatori impegnati nell'assistenza al paziente con Covid 19, le indicazioni operative secondo i principi della Medicina Palliative per la gestione dei sintomi presenti nel paziente con malattia in fase avanzata e con andamento rapidamente progressivo e nella gestione più specifica del fine vita. La medicina palliativa opera sulla base dell'individuazione dei bisogni del paziente e dei familiari e trova nel lavoro di team una delle ragioni d'essere proprie di questa disciplina.

Vengono analizzate tre aree di integrazione tra le Cure Palliative e la gestione del paziente COVID:

1. **AREA CLINICA:** *Hospice diffuso per gestione fine vita da COVID*  
Supporto all'équipe curante nella gestione del fine vita.  
Quando da tutti i dati emersi si forma e si consolida il convincimento che le cure aggressive sono inutili poiché il malato è in ogni caso destinato a morire, è necessario stabilire la transizione degli obiettivi di cura identificando quale priorità il comfort e riducendo e/o eliminando l'invasività.  
Ne consegue la rimodulazione dei trattamenti: sospensione di trattamenti e/o di procedure diagnostiche probabilmente inappropriate (es. stretto monitoraggio degli esami, prosecuzione dei trattamenti antivirali), valutazione e gestione dei sintomi non solo fisici ma anche psicologici (intesi come ansia angoscia, delirio, depressione) presa in carico globale della diade paziente/famigliare.
2. **AREA PSICOLOGICA:** supporto alla famiglia (contatto telefonico, ingresso dei familiari in reparto) e all'équipe da parte del team cure palliative secondo modello sperimentato in TI Covid 1 e 2.
3. **AREA ETICA:** Supporto all'équipe curante per condivisione multidisciplinare e multiprofessionale delle scelte difficili attraverso strumenti di audit clinico e briefing, utilizzando strumenti che esplicitino i processi decisionali (riferimento al punto 9 del documento SIAARTI:  
*"Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili"*

## *AREA CLINICA – la gestione dei sintomi*

Fondamentale la valutazione proattiva e la rivalutazione periodica dei sintomi fisici e psicologici; di seguito alcune linee di trattamento.

### *LA DISPNEA*

- differenziare la dispnea (sensazione soggettiva di respirare con fatica) dall'insufficienza respiratoria.
- valutabile con NRS 0/10 (come dolore) per paziente vigile e in grado di verbalizzare intensità. Al limite utilizzare scale verbale Likert (no, lieve, moderata, forte, molto forte).
- se il paziente non è in grado di rispondere perché coscienza compromessa o troppo prostrato o ipocritico sul sé possiamo valutare il lavoro respiratorio (FR, utilizzo muscolatura accessoria) ed eventualmente la desaturazione. In questo caso utilizzerai criterio ex iuvantibus con palliazione del sintomo.

La morfina è ancora il farmaco “gold standard” per il trattamento palliativo della dispnea. Le dosi di morfina utilizzate per il trattamento della dispnea sono in genere più basse rispetto a quelle utilizzate per il controllo del dolore.

#### ***Morfina per via orale***

Se il paziente è sintomatico e riesce ad assumere la terapia orale si può avviare simultaneamente ai trattamenti “curativi” terapia ad orario con morfina solfato a rilascio immediato (ORAMORPH) da titolare in base alla risposta clinica.

- per pz naive Oramorph 10 mg ½ fl x 3 PO + ab
- per pz che è in terapia con altri oppioidi (es fentanyl TTS attenzione alla presenza di febbre) si può inizialmente associare l'Oramorph.

#### ***Morfina per via parenterale***

Se viceversa il paziente fatica ad assumere dosi ripetute PO, o ha un quadro di dispnea moderato-severa, si può utilizzare la morfina cloridrato sc sempre a bassa dose:

- per pz naive ½ fl 10 mg x 2 o x 3.

- Per pz in terapia con altri oppioidi può essere indicata uno switch a morfina in infusione continua (es fentanyl TTS 25 = equianalgesico con morfina parenterale 20 mg + 10/15 mg della dose prescritta per dispnea = totale 30 mg nelle 24 ore)
- In entrambi i casi è necessario prevenire alcuni effetti collaterali centrali e GE con Serenase 5 gtt x 3 o Serenase 2 mg ½ fl sc x 2.

## *IL DOLORE*

Se paziente naïve da oppioidi suggerirei di utilizzare morfina in prima istanza o fentanyl TTS (attenzione alla febbre); eviterei altri principi attivi PO per l'elevata probabilità di dovere avviare anche trattamento palliativo del sintomo dispnea.

## *IL DELIRIUM*

Può essere iperattivo (agitazione psicomotoria) o ipoattivo, comunque da trattare perché distressfull. Il farmaco di scelta è l'aloiperidolo, da associare eventualmente a benzodiazepina tipo En o midazolam se poco responsivo.

Es: delirium agitato: Serenase 2 mg 1 fl sc ripetibile ogni 2-4 ore; se poco efficace possibile Midazolam 5 mg sc ripetibili dopo 20-30 minuti. Poi aspettare 3-4 ore.

## *L'ANSIA*

Interventi farmacologici anche per assicurare riposo notturno (con benzodiazepine o eventualmente neurolettico negli anziani) + interventi non farmacologici: sono pazienti svegli, che “sentono” con il corpo la gravità delle loro condizioni, vivono una condizione di detenzione ed isolamento più che di ricovero, spesso preoccupati per i familiari a casa di cui non hanno notizie.

## *L'ANGOSCIA DI MORTE*

Gestione farmacologica come sopra e non farmacologica con il supporto, la comunicazione onesta come processo, la presenza, la narrazione. Forse altri strumenti tipo la videochiamata con i cari, la possibilità di ricevere visite in momento critico e nel fine vita....

Attenzione: possibile evoluzione dell'angoscia di morte/ansia/ paura/ isolamento.

## *IL DISTRESS PSICOESISTENZIALE*

Definizione: dolore totale per la perdita di senso, della capacità di resilienza, per l'angoscia terebrante del processo del morire, la disperazione della solitudine. Può essere indicata una respice sedation (ad esempio notturna o per un tempo limitato) con infusione continua di farmaci sedativi.

Se al risveglio il sintomo è più controllato, esiste uno spazio di veglia "sostenibile". Se viceversa al risveglio il paziente è angosciato e sofferente dobbiamo prendere in considerazione la sedazione palliativa continuativa profonda.

NB la gestione dell'angoscia di morte e del distress psicoesistenziale è molto complessa, utile consulenza specialistica di cure palliative.

Aloperidolo o droperidolo se ev rispettivamente 2 e 2,5 + midazolam 10-20 mg in 12 ore, iniziandola tendenzialmente alle 18 e sospendendola alle 6 per questioni di farmacocinetica (latenza steady state all'avvio e "coda" di effetto alla sospensione).

Se pz in morfina parenterale possibile associarla all'infusione (calcolando dose sulle 12 ore)

## *SINTOMO REFRATTARIO E SEDAZIONE PALLIATIVA*

Definizione di sintomo refrattario: sensazione soggettiva di sofferenza del malato a fronte di determinate condizioni cliniche, caratteristiche della fase finale della vita, che non è adeguatamente controllato malgrado sforzi tesi a identificare un trattamento che sia tollerabile, efficace, praticato da un esperto e che non comprometta lo stato di coscienza (differenza tra sintomo refrattario e sintomo difficile).

Definizione di sedazione palliativa continuativa profonda: riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati al controllo del sintomo, che risulta quindi "refrattario".

## PROCESSO DECISIONALE

### *Analisi della situazione*

- Qual è il sintomo in atto: siamo in una condizione di emergenza?
- Qual è la storia che c'è dietro: in che fase della malattia si trova il malato?
- Come vive il sintomo il malato? Il sintomo è giudicato intollerabile dal malato? **Attenzione:** la sensazione di sofferenza da sintomo refrattario è ciò che percepisce il malato, non ciò che vediamo o sentiamo noi o i familiari
- Come noi operatori inquadrano il sintomo intollerabile: è da considerarsi un sintomo difficile o refrattario?

Sì, ci troviamo in una situazione acuta di distress respiratorio con sensazione di morte imminente per soffocamento e non siamo in grado di guarire il paziente. Siamo davanti ad una condizione in cui può essere presa in considerazione una sedazione palliativa

### *Condivisione della scelta*

- Il malato: qual è la scelta del malato riguardo al trattamento?
- Noi e i familiari: l'indicazione e l'appropriatezza della sedazione palliativa è stata condivisa con l'équipe curante ed i familiari? Ricordiamoci che la responsabilità della scelta non è dei familiari ma dei curanti
- La cartella: in cartella è riportato chiaramente il processo decisionale, il consenso informale, l'obiettivo della sedazione e la rimodulazione degli interventi?

Viene presa una scelta condivisa con tutti i protagonisti di procedere ad una sedazione palliativa continuativa profonda

## SINTOMO REFRATTARIO E SEDAIONE PALLIATIVA

### *SCelta DEL METODO*

Obiettivo della sedazione palliativa è il sollievo dalla sofferenza intollerabile correlata al sintomo refrattario. La sedazione deve essere:

Progressiva: il livello di sedazione deve essere il minore possibile necessario a provvedere ad un adeguato sollievo dalla sofferenza: spesso una "sedazione cosciente" (mantenimento della risposta allo stimolo verbale)

può essere sufficiente e progressivamente titolata.

Sedazione profonda continua (continuous deep sedation): nelle situazioni di emergenza, nel dolore totale e quando la morte è attesa in ore o giorni, si configura la necessità di ricorrere ab inizio ad una sedazione profonda continua.

La morfina non è il farmaco di scelta: bisogna usare sedativi, in particolare benzodiazepine (midazolam), cui associare farmaci per gestione palliativa del sintomo da trattare (morfina per dolore/dispnea, aloperidolo per delirium).	
<i>Via di infusione</i>	L'infusione continua è indifferente se SC o EV, solo la farmacocinetica è diversa. Se SC non superare volumi di 50 mL/24h, se EV non superare 100 mL/24h. Solvente sempre fisiologica
<i>Induzione</i>	Far precedere l'infusione continua da induzione con midazolam a boli refratti <ul style="list-style-type: none"> <li>- midazolam 5 mg portati con soluzione fisiologica a 10 mL</li> <li>- iniziare con 4 ml (pari a 2 mg) e procedere ogni 2-3 minuti fino a ottenimento riduzione dello stato di coscienza.</li> </ul>
<i>Infusione continua (IC)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se il paziente non sta facendo morfina possibile iniziare IC nelle 24 ore con:</li> <li>- Morfina 20 mg + midazolam 15 mg + (droperidolo 5 mg se EV oppure aloperidolo 4 mg se SC)+ Buscopan 40 mg</li> </ul>
<i>Modulazione dell'IC</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dosi dei farmaci vanno modulate sulla base del sintomo refrattario (es se delirium sarà più elevata la dose di neurolettico) e della risposta individuale.</li> <li>- Terapia al bisogno: va SEMPRE prevista la terapia al bisogno con midazolam e morfina sulla cui base rititolare i farmaci in IC.</li> </ul>
<i>Scarso effetto midazolam</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se necessità di rapida titolazione del midazolam/scarso effetto è possibile associare:</li> <li>- neurolettico sedativo: (es largactil 50 mg 1 fl in SF 100 ev in 20-30 min ogni 8 ore se occorre)</li> <li>- o antistaminico ( es Trimeton 1 fl in SF 100 ev o sc anche 3 volte die, optimum Atarax fl)</li> </ul>
<i>Se presente rantolo tracheale</i>	Ridurre liquidi ( $\leq 500$ mL/24h) e associare Buscopan profilattico per evitare rantolo tracheale, molto disturbante per chi è vicino, ininfluyente per paziente se adeguatamente sedato (non responsivo allo stimolo e non

sofferente alle manovre di mobilizzazione per cure igieniche necessarie)

## SINTOMO REFRATTARIO E SEDAZIONE PALLIATIVA

### MONITORAGGIO

La sedazione è un processo che richiede il monitoraggio. Proponiamo queste due scale di valutazione da usare con i pazienti COVID.

<i>Richmond Agitation-Sedation scale (RASS)</i>  Non valuta il dolore ma lo stato di agitazione/sedazione. Punteggio da -5 a +4.	<b>+ 4</b>	combattivo
	<b>+ 3</b>	molto agitato
	<b>+ 2</b>	agitato
	<b>+ 1</b>	irrequieto
	<b>0</b>	sveglio e calmo
	<b>- 1</b>	assonnato
	<b>- 2</b>	sedazione leggera
	<b>- 3</b>	sedazione moderata
	<b>- 4</b>	sedazione profonda
	<b>- 5</b>	non risvegliabile

<i>Scala di Rudkin</i>  Grado di sedazione	<b>1</b>	Paziente sveglio orientato
	<b>2</b>	Sonnolento ma risvegliabile
	<b>3</b>	Occhi chiusi ma risvegliabile alla chiamata
	<b>4</b>	Occhi chiusi ma risvegliabile allo stimolo tattile (non doloroso)
	<b>5</b>	Occhi chiusi non rispondente ad uno stimolo tattile



<p><i>Behavioral Pain Scale (BPS)</i></p> <p>3 item di valutazione, punteggio da 3 a 12</p>	<p><i>Espressione facciale</i></p>	Rilassata
		Parzialmente tesa
		Molto tesa
		Smorfie di dolore
	<p><i>Movimento</i></p>	Nessun movimento
		Muscoli parzialmente contratti
		Muscoli interamente contratti
		Muscoli permanentemente contratti
	<p><i>Ventilazione</i></p>	Tolleranza al movimento
		Tosse, ma tollera ventilazione
		Contrasto alla ventilazione
		Incapacità a controllare la ventilazione

## *AREA PSICOLOGICA*

### *SUPPORTO ALLA FAMIGLIA*

I familiari di un paziente affetto da COVID-19 spesso sono a casa in quarantena, senza possibilità di uscire ed avere contatti, oppure hanno altri famigliari ricoverati in altri reparti. Non possono accedere e vedere il proprio caro a causa delle restrizioni protettive. Quindi le informazioni avvengono telefonicamente, ed eventuali visite protette sono da verificarsi caso per caso.

## *IMPORTANTE*

- Registrare contatti telefonici dei familiari; implementare sistema attivo di chiamate alle famiglie (quotidiano, del medico che possibilmente ha visto il paziente, se possibile limitando il turnover degli operatori che comunicano con quel familiare, videochiamata se possibile).
- Scrivere in cartella clinica l'anamnesi famigliare e le notizie importanti.
- Mandare dal cellulare aziendale messaggi di rinforzo e rassicurazione una tantum, con volti dell'equipe, ai famigliari al fine di dare un volto a chi si occupa del loro caro.

## *COMUNICAZIONE DEL DECESSO*

Gli indicatori che rendono complicata l'elaborazione del lutto, in particolare se si tratta di una morte traumatica, sono:

- La morte improvvisa, inaspettata e lontana.
- Il rapimento del paziente: il paziente è scomparso, i familiari non sono più a conoscenza di lui e sono lontani da luogo di morte. Non hanno potuto salutarlo e c'è frequente impossibilità di vedere la salma a causa delle circostanze del decesso.
- L'impossibilità di svolgere il rituale del lutto, utile all'elaborazione ed integrazione, senza neppure avere la certezza che nella bara ci sia il proprio caro.
- La forte attenzione dei media nei confronti dell'evento.

In particolare, la prima fase del lutto al momento della comunicazione telefonica è quella del disperante stordimento. È influenzata da caratteristiche specifiche del grave evento che possono renderla particolarmente amplificata, intensa e prolungata.

Vista la drammaticità della situazione ed il carico emotivo degli operatori che telefonano e subiscono un contagio emotivo, si sceglie anche l'integrazione telefonica dello psicologo con l'obiettivo di protezione emotiva per il personale e di gestione emotiva per il parente.

Viene proposta come metodologia interna all'equipe la telefonata dello psicologo senza possibilità di scelta per i parenti al fine di non sovraccaricare il medico di dinamiche ulteriori da gestire

Al fine di rispondere ai bisogni emergenti e non gestibili al telefono LE VISITE in modalità ristretta possono essere contemplate per i familiari non in quarantena di pazienti gravi/a fine vita.

## *SUPPORTO ALL'EQUIPE CURANTE*

Tutti i medici, infermieri ed operatori socio-sanitari possiedono le potenzialità per rispondere in modo resiliente agli eventi negativi, pertanto il ruolo e la funzione dello psicologo sono quelli di intervenire per massimizzare tali potenzialità, agendo in modo da aumentare le risorse, le competenze e i fattori che possono svolgere un'azione protettiva, di promozione della salute e di ripristino dell'equilibrio emotivo utile per rielaborare l'esperienza e riprendere il proprio cammino di vita.

Gli obiettivi sono:

- Promuovere un senso di sicurezza
- Favorire un ritorno alla calma razionale
- Normalizzare reazioni acute
- Incoraggiare il senso di auto efficacia
- Promuovere il senso di appartenenza
- Mantenere un senso di apertura all'altro

L'intervento psicologico quindi prevede una risposta ai tre bisogni primari in una situazione di emergenza: protezione e sicurezza, accudimento e appartenenza, decontaminazione.

## AREA ETICA

---

Il documento SIAARTI propone una **pianificazione anticipata** dei trattamenti discutendo e definendo quanto più possibile i criteri di accesso all'intensificazione del livello di cura prima del deterioramento clinico del paziente. Esplicitare, argomentare e condividere le decisioni "difficili" potrebbe essere uno strumento importante per l'allocazione delle risorse e la prevenzione del moral distress degli operatori coinvolti e dei familiari.

### **STRUMENTI: AUDIT/BRIEFING**

I criteri di triage sono *flessibili* in funzione della disponibilità attuale delle risorse, pertanto è ipotizzabile una quota di casi "difficili" di limitazione delle cure.

*L'equipe curante deve discutere e condividere il più possibile anticipatamente e collegialmente la decisione di desistere.* I criteri devono essere uniformi e non operatore o équipe dipendenti. Questo solleva i singoli clinici dalla responsabilità delle scelte e consentirà, al termine dell'emergenza, momenti di debriefing ed elaborazione della esperienza di emergenza.

### **STRUMENTI: LA SCHEDA PAZIENTE COVID**

Lo scopo della scheda è registrare dati biologici e biografici del paziente in funzione dei quali stratificare anticipatamente i pazienti che potrebbero diventare critici, definendo anticipatamente, se possibile, il livello di intensificazione delle cure (*preparedness planning*).

Si crea perciò una sorta di "lista" di pazienti per i quali, nel momento in cui avvenisse il deterioramento clinico, si ritiene appropriata l'indicazione ad aumentare/non aumentare il livello di intensità della cura (NIV e/o TI)

In sintesi:

- Definire criteri di ammissione/non ammissione a lista pz con indicazione ad intensificazione delle cure.
- Esplicitarli, condividerli in modo trasparente con tutti i curanti del pz
- Lasciare traccia sul DCA del processo decisionale condiviso (come per sedazione palliativa continuativa profonda).
- In caso di transizione degli obiettivi di cura avviare rimodulazione dei trattamenti e check list per gestione del fine vita.



TABELLA A - SEDATIVI

IENTE	FARMACO	COMPATIBILITÀ E AVVERTENZE	DOSE INDUZIONE (usuale)	DOSE MANTENIMENTO (usuale)	VIA DI SOMM.
LTO	<b>BENZODIAZEPINE</b> 1 <sup>a</sup> scelta: MIDAZOLAM (concentrazione: 1 mg in 1 ml di sol glucosata o salina)	Oppioidi, soluzione fisiologica, glucosata	BOLO: 2,5-5 mg (0,05-0,07 mg/Kg) Oppure IN CONTINUO: 0,2-1 mg/h (più dosi supplementari di 1,25-2,5 mg)	10-120 mg/die (0,03-0,05 mg/Kg/h op. 0,5-5 mg/h)	s.c.-e.v.- (rettale-i.m.)
	2 <sup>a</sup> scelta: LORAZEPAM	Oppioidi, soluzione fisiologica, glucosata. Una o più dosi di carico sono richieste per l'infusione continua. Ha un inizio d'azione ritardato e, quindi, può essere necessario utilizzare una singola dose di midazolam o di diazepam per iniziare la terapia quando è necessaria una rapida sedazione.	2-5 mg in bolo lento	0,04-0,08 mg/Kg ogni 2-4 ore oppure 0,25-1 mg/h	e.v.-s.c.
	3 <sup>a</sup> scelta: FLUNITRAZEPAM	Soluzione fisiologica, glucosata		0,5-2 mg/h	e.v.
	DIAZEPAM	Non utilizzabile per infusione negli abituali contenitori e sistemi di infusione Maggior rischio di depressione respiratoria	5-10 mg e.v. (0,1-0,2 mg/Kg)	10-20 mg/6-8 ore rettale	e.v.-rettale
	CLONAZEPAM		0,5 mg s.c.	0,5-1 mg/h s.c.	s.c.
	<b>BARBITURICI</b> FENOBARBITAL		BOLO: 100-200 mg	10-25 mg/h (600-1.200 mg/die)	e.v.-s.c. (rettale)
	<b>IPNOTICI</b> PROPOFOL	Farmaco per uso ospedaliero solo da parte di specialista in anestesia e rianimazione. Ha proprietà sedative, ipnotiche, ansiolitiche e di amnesia anterograda, anche quando utilizzato a dosi subanestetiche. L'infusione a lungo termine porta a un accumulo nei tessuti lipidici.	BOLO 20-100 mg oppure 0,5 mg/Kg/h, titolando con aumenti di 0,5 mg/Kg ogni 10-15 minuti	0,5-2,0 mg/Kg/h (mediamente 30-70 mg/h)	e.v.
	ANTISTAMINICI PROMETAZINA	Oppioidi, soluzione fisiologica, glucosata	Bolo: 50 mg	50 mg ogni 8 ore	e.v.-i.m.

## TABELLA B - OPIOIDI

PAZIENTE	FARMACO	DOSE INDUZIONE	DOSE MANTENIMENTO	VIA DI SOMM.
ADULTO non in terapia oppioide	1 <sup>a</sup> scelta: MORFINA CL.	BOLO: 5-20 mg (0,05-0,3 mg/Kg) in associazione a BDZ	0,01-0,02 mg/Kg/h	s.c.-e.v. (i.m.-rettale)
	FENTANYL*	BOLO: 25-75 mcg e.v.	50-200 mcg/h oppure 1-2 mcg/Kg/h oppure secondo il dosaggio equivalente con l'oppioide precedentemente somministrato al paziente	e.v.
	Altre scelte			
	REMIFENTANYL* <sup>o</sup>	DOSE INIZIALE: 40 ng/Kg/min incrementando il dosaggio ogni 10 minuti sino al raggiungimento della dose ottimale Mediamente: 25-100 ng/Kg/min		e.v.
ADULTO in terapia oppioide	1 <sup>a</sup> scelta: MORFINA CL.		Alle dosi equivalenti se in altra terapia oppioide <b>Oppure</b> Alle dosi usuali se analgesiche eventualmente incrementate del 20-30%	s.c.-e.v. (i.m.-rettale)
	FENTANYL*		Alle dosi equivalenti se in altra terapia oppioide	e.v.
	REMIFENTANIL* <sup>o</sup>		Alle dosi equivalenti se in altra terapia oppioide	e.v.
	SUFENTANIL* <sup>o</sup>		Alle dosi equivalenti se in altra terapia oppioide	e.v.
	ALFENTANIL* <sup>o</sup>		Alle dosi equivalenti se in altra terapia oppioide	e.v.

\*Farmaco ad uso esclusivo dello specialista in anestesia e rianimazione (vedere testo)

<sup>o</sup>I contributi della letteratura sull'uso di questi nuovi oppioidi in cure palliative sono, a tutt'oggi, molto scarsi

## TABELLA C - NEUROLETTICI

PAZIENTE	FARMACO	AVVERTENZE	DOSE INDUZIONE	DOSE MANTENIMENTO	VIA DI SOMM.
	<b>FENOTIAZINE</b>				
ADULTO	1 <sup>a</sup> scelta CLORPROMAZINA		25-50 mg e.v./bolo i.m.	1-12,5 mg/h	e.v.-i.m.
	<b>BUTIRROFENONI</b>				
	1 <sup>a</sup> scelta: ALOPERIDOLO (vedere testo)	L'aloperidolo può causare allungamento del QT sull'ECG	2-5 mg bolo s.c.	5-100 mg/die	e.v.-s.c.

## *ALLEGATO 1*

### *DOCUMENTARE IL PROCESSO DECISIONALE IN CARTELLA: TRACCIA.*

---

#### *INDICAZIONE ALLA RIMODULAZIONE DEI TRATTAMENTI*

In considerazione della non indicazione ad intensificare il livello di cura, della conseguente transizione degli obiettivi di cura verso un orientamento palliativo, si pone indicazione alla rimodulazione dei trattamenti.

Tale decisione è stata condivisa con l'équipe curante, comunicata al paziente e ai familiari (nel caso non sia possibile: non comunicata al paziente per condizioni generali non permissive/altro).

#### *INDICAZIONE ALLA SEDAZIONE PALLIATIVA*

In considerazione della non indicazione ad intensificare il livello di cura, della conseguente transizione degli obiettivi di cura verso un orientamento palliativo e della sofferenza correlata al sintomo refrattario di fine vita (dispnea, delirium etc.), si pone indicazione ad avviare sedazione palliativa continuativa profonda.

Tale decisione è stata condivisa con l'équipe curante, comunicata al paziente e ai familiari (nel caso non sia possibile: non comunicata al paziente per condizioni generali non permissive/altro).