



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**  
Dipartimento di Medicina

**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

Tesi di Laurea

**LE CURE DI FINE VITA IN OSPEDALE:  
UNO STUDIO RETROSPETTIVO**

Relatore: Dott.ssa Tiziana Tasca

Correlatore: Dott.ssa Silvia Imbevaro

Laureanda: Giulia Stefani

**ANNO ACCADEMICO 2014-2015**

*“Il modo in cui ci prendiamo cura delle persone che muoiono deve sicuramente essere un indicatore del modo in cui ci prendiamo cura di tutti i nostri pazienti deboli e vulnerabili. La cura della persona che muore è una cura non procrastinabile, e in cui abbiamo una sola chance di agire adeguatamente.” (Richards, 2007)*

# INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

## **CAPITOLO 1. LE CURE DI FINE VITA**

1.1 Le cure palliative: storia ed evoluzione	1
1.2 I luoghi del decesso	2
1.3 Assistenza alla persona terminale: il controllo dei sintomi	3
1.3.1 <i>Il dolore</i>	3
1.3.2 <i>Nausea e Vomito</i>	4
1.3.3 <i>Dispnea</i>	5
1.3.4 <i>Delirium Terminale e Confusione</i>	6
1.4 La sedazione palliativa	6
1.5 L'infermiere e le cure di fine vita	7
1.6 Descrizione del problema	8
1.7 Scopo dello studio	8

## **CAPITOLO 2. MATERIALI E METODI**

2.1 Disegno dello studio	9
2.1.1 <i>Contesto dello studio</i>	9
2.1.2 <i>Campionamento</i>	9
2.1.3 <i>Criteri di inclusione</i>	9
2.1.4 <i>Criteri di esclusione</i>	9
2.2. Modalità di raccolta dati	9
2.2.1 <i>Scheda di raccolta dati</i>	10
2.2.2 <i>I dati raccolti</i>	10
2.3 Modalità di analisi dei dati	11

## **CAPITOLO 3. RISULTATI**

3.1. Descrizione del campione	13
3.1.1 <i>I pazienti</i>	13
3.1.2 <i>Il personale infermieristico</i>	14
3.2 Descrizione del giorno precedente e del giorno del decesso	14
3.2.1 <i>Trattamenti, esami e procedure invasive</i>	14

3.2.2 <i>Segni e sintomi</i>	15
3.2.3 <i>Livello di coscienza</i>	17
3.2.4 <i>Livello di dipendenza</i>	18
3.2.5 <i>La terapia farmacologica</i>	18
3.3 Descrizione del giorno del decesso	21
3.3.1 <i>Terapie Rianimatorie e d'urgenza</i>	21
3.3.2 <i>Ambiente e circostanze del decesso</i>	22
3.3.3. <i>Comunicazione e sostegno</i>	23
3.4 Intervista al personale infermieristico	24
3.4.1 <i>Consapevolezza e desiderio di sospendere i trattamenti</i>	24
<b>CAPITOLO 4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI</b>	
4.1. Discussione critica dei risultati	25
4.2 Limiti dello studio	27
4.3 Conclusioni	27
4.4. Implicazioni per la pratica	28
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
ALLEGATO 1. Questionario di raccolta dati	I
ALLEGATO 2. Tabelle dei risultati	VII

## ABSTRACT

**Problema.** L'ospedalizzazione del processo del morire pone l'importanza di conoscere e riflettere sulle modalità con cui vengono erogate le cure di fine vita in tale contesto. L'obiettivo della tesi è di analizzare le caratteristiche dell'assistenza nelle ultime 48 ore di vita in un campione di pazienti in fase terminale ricoverati presso le unità operative di area medica dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

**Materiali e metodi.** Per svolgere la raccolta dei dati relativi alle ultime 48 ore di vita, è stato utilizzato e modificato il questionario proposto nello Studio EoLO (End-of-Life in Ospedale, 2011): è stata analizzata la documentazione clinica di tutti i pazienti deceduti nelle unità operative coinvolte nel periodo considerato e sono stati intervistati tutti gli infermieri presenti durante i decessi avvenuti tra Agosto e Settembre.

**Risultati.** Il campione di quest'indagine è di 200 pazienti deceduti e 13 infermieri. Tra i risultati emerge che quasi tutti i pazienti il cui decesso era atteso sono stati sottoposti a esami ematochimici di routine e in alcuni casi i segni/sintomi tipici della terminalità (come dolore e agitazione) non erano adeguatamente controllati. Al contrario le manovre per garantire il comfort (mobilitazione e cura personale) al paziente sono state sempre, almeno in parte, effettuate e qualora si attendeva il decesso, il 71% dei pazienti il stato posizionato in una stanza singola, e al 68% era stata garantita la presenza dei propri cari.

**Conclusioni.** I risultati ottenuti, in linea con quelli della letteratura, evidenziano un quadro, seppur non completo, delle cure di fine vita erogate al paziente terminale nei reparti internistici, dove malgrado ci sia una cultura interventistica e mirata alla cura dell'acuzia, alcuni aspetti del paziente morente vengono più considerati rispetto al passato. Emerge tuttavia la necessità di sviluppare dei percorsi assistenziali integrati, più focalizzati sui bisogni del paziente terminale, attuando interventi formativi mirati per gli operatori sanitari.

## INTRODUZIONE

Durante il mio tirocinio in questi tre anni di Università, svolto presso l’Azienda Ospedaliera di Padova, ho potuto osservare e rendermi conto dell’importanza che assumono le cure di fine vita e allo stesso tempo di quanto siano ancora considerate una realtà “tabù” in certi reparti internistici: dagli infermieri che “fuggivano” all’evento della morte e che trovavano difficoltà a discuterne con la famiglia, alla solitudine o mancanza di privacy in cui molti assistiti morivano; dallo scarso controllo della sintomatologia alla continua invasione dell’intimità del paziente tramite procedure, che venivano eseguite quando ormai era evidente che il beneficio che l’utente ne potesse trarre fosse ben poco. Continuavo quindi a chiedermi “*Come devono essere erogate le cure di fine vita ad un paziente terminale?*”. Illuminante fu la mia esperienza di tirocinio nell’Hospice Pediatrico di Padova. Qui, un team multidisciplinare di operatori competenti in materia si prendeva cura del piccolo paziente e della famiglia in modo globale, considerando non solo gli aspetti fisici, ma anche quelli sociali, spirituali e psicologici, dedicando del tempo al sostegno dei famigliari, specialmente dopo la fase del lutto. Per dare una risposta più concreta ai miei quesiti, ho deciso di intraprendere questa tesi di ricerca, con l’obiettivo di indagare e fotografare le modalità di assistenza erogate nelle ultime 48 ore di vita del paziente terminale in Ospedale, in cui muore circa il 45.7% della popolazione italiana che necessita di cure palliative (Pivodic et al., 2015), specialmente a carico di patologie cronico-degenerative (ISTAT, 2014), che si prevede saranno le prime cause di morte nel 2020, dato il progressivo invecchiamento della popolazione (Murray & Lopez, 1997; Alba, 2011). La scarsità di strutture adeguate e di un’organizzazione delle cure centrata sul malato terminale, ci pone quindi di fronte alla necessità di studiare e superare le debolezze ancor presenti nel nostro Paese. In particolare, data la scarsità di letteratura a riguardo, tramite questa tesi di ricerca voglio indagare quali siano i principali trattamenti effettuati negli ultimi due giorni di vita nei reparti di Medicina dell’Azienda Ospedaliera di Padova e le circostanze in cui i pazienti si trovano a morire.

# CAPITOLO 1. LE CURE DI FINE VITA

## 1.1. Le cure Palliative: storia ed evoluzione

La morte è un evento naturale della nostra esistenza: essa segna il vissuto individuale, ma allo stesso tempo assume una connotazione oggettiva e sociale con cui ogni cultura si confronta, dai preistorici ad adesso (Clark, 2007). Ogni comunità ha cercato di rappresentare e definire la propria concezione di morte (tramite l'arte, la musica, la scrittura e la filosofia): dal Medioevo, con il suo carattere comunitario, al Settecento, dove era vista come un evento che separava l'uomo dalla vita ultraterrena; all'avvento dell'illuminismo, quando si trasformò in qualcosa di imbarazzante (morte proibita), di cui vergognarsi. Essa viene vissuta ancora oggi come un evento innaturale, una sconfitta scientifica, un fallimento: il paziente diventa un oggetto da curare, privato dei propri diritti, delle proprie scelte e alcune volte non ha la possibilità di esprimersi: non può più decidere di morire in casa, con i propri cari e si trova destinato molto spesso a morire in ospedale (morte medicalizzata) (Ariès, 1992). Per dare una risposta ai bisogni di un malato nella sua fase terminale sono così nate le cure palliative, con la sfida iniziale di determinare un cambiamento culturale e il riconoscimento di una medicina, appunto palliativa, che non si accanisca contro la malattia ma consideri il paziente nella sua globalità (Casale, 2014). L'O.M.S. definisce la medicina palliativa come “un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza, per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale” (World health organization, 2009). Simbolicamente si fa risalire l'inizio delle cure palliative al 1967, per opera di Cecily Saunders, sebbene in Italia esse si siano sviluppate agli inizi degli anni Ottanta, su iniziativa del Prof. Vittorio Ventafridda, allora direttore del Servizio di Terapia del Dolore di Milano (Casale, 2014). Tra gli obiettivi del Piano sanitario nazionale 1998-2000 vi era il miglioramento dell'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita. Nel 2000 iniziarono ad essere emanate le prime leggi: nel 2001 le cure palliative vennero riconosciute all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), per cui lo Stato e la Regione

dovevano fornire gratuitamente alla popolazione un modello assistenziale in rete, garantendo la qualità di vita la dignità della persona.

L'ultima legge emanata in materia è la Legge 15 Marzo 2010 n.38, concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 Marzo 2010), che ha sancito il diritto per ogni cittadino all'accesso alle cure palliative e alla cura del dolore in tutte le sue forme, più precisamente esso va garantito alla persona affetta da una patologia andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita (Casale et al., 2014; Clark et al., 2007).

## **1.2. I Luoghi del Decesso**

Si possono individuare più luoghi dove la persona può trascorrere la propria fase terminale, quali:

- l'Hospice, struttura residenziale in cui il malato inguaribile e la sua famiglia vengono accolti e presi in carico 24 ore su 24 da un'equipe multidisciplinare, per trascorrere le ultime fasi della vita
- il domicilio, che permette al morente di trascorrere gli ultimi giorni nella propria stanza, accanto ai propri cari e, con il sostegno di un'equipe di cure palliative, può ottenere un adeguato controllo della sintomatologia e un supporto psicologico
- l'ospedale, dove la cultura palliativa non è ancora così diffusa ed è spesso caratterizzata da interventi che possono essere considerati "accanimento terapeutico"
- le strutture residenziali, dove negli ultimi anni si è notata una maggior considerazione verso gli aspetti della persona terminale (Mercadante et al., 2010).

Secondo un recente studio in Italia il 44.4% della popolazione in fase terminale, affetta sia da patologia oncologica, sia da patologie cronico-degenerative, muore a domicilio, il 45.7% in Ospedale, il 6.1 % in Hospice e il 3.8% in altri contesti (strutture residenziali, ambulanza, etc.) (Pvodic, 2015); inoltre, osservando la ripartizione percentuale dei deceduti nei reparti ospedalieri, oltre il 50% dei decessi avviene nei reparti di medicina generale (Ministero della Salute, 2014). Infatti, la fase terminale non è caratteristica esclusiva della malattia oncologica, ma rappresenta una costante della fase finale di vita



di persone affette da malattie ad andamento evolutivo, spesso cronico, a carico di numerosi apparati e sistemi, quali quello respiratorio (ad es. insufficienza respiratoria refrattaria in persone affette da malattie polmonari croniche), cardio-circolatorio (ad es. persone affette da miocardiopatie dilatative), neurologico (ad es. malattie degenerative quali la sclerosi multipla), ed epatico (ad es. cirrosi), perciò la necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata a questa tipologia di malati, ha permesso lo sviluppo di un sistema a rete che offrisse la maggior possibilità di integrazione possibile tra i vari luoghi di cura (Ministero della Salute, 2010). Infatti il D.M. del 28 settembre 1999, concernente “Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative” (Ministero della Salute, 2010) indica che *“la rete di assistenza ai pazienti terminali e’ costituita da una aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali”*.

Non sempre il luogo in cui avviene il decesso coincide con quello in cui si preferisce morire: da uno studio recente, emerge come il 76,1% dei 1962 malati terminali italiani intervistati preferisse morire a casa, rispetto al 5,5% che invece privilegiava l’ospedale (B Gomes, 2012).

### **1.3. Assistenza alla persona terminale: il controllo dei sintomi**

Durante la fase terminale le persone possono presentare una serie di sintomi che, se non trattati in modo adeguato, possono indurre non solo sofferenza fisica, ma anche spirituale e psicologica: prevenirli e controllarli con lo scopo di migliorare la qualità di vita rappresenta l’outcome prioritario delle cure palliative (Rome, 2011). Sono stati descritti alcuni segni e sintomi che sono maggiormente presenti nelle ultime 48 ore del paziente, ossia: affaticamento e fatigue, allettamento prolungato e totale, difficoltà ad assumere la terapia orale, perdita d’appetito e evidente rifiuto di cibo o liquidi, cambiamenti neurologici e respiratori, delirium terminale e incontinenza (Cartoni, 2010).

#### **1.3.1 Il dolore**

Il dolore è definito come: *“un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E’ un’esperienza individuale e soggettiva (...) ogni individuo apprende il significato di tale parola*

*attraverso le esperienze correlate ad una lesione durante i primi anni di vita ed, essendo un'esperienza spiacevole, alla componente somatica del dolore si accompagna anche una forte carica emozionale*” (IASP, 1986). Ecco perché con la Legge 15 Marzo 2010 n.38 (art. 7) concernente “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010), il dolore viene identificato come quinto parametro vitale, da rilevare e monitorare. Secondo alcune stime, circa il 90% dei pazienti prova dolore nella fase terminale e, se legato a malattie muscolo-scheletriche e cardiovascolari, tende ad aumentare con l'età e il numero di patologie croniche (Venturiero et al., 2000). In particolare, nello studio di Toscani (2005) il 75% dei pazienti deceduti aveva sperimentato dolore, e di questi il 42% lo definiva severo; anche in uno studio svolto presso un'unità di medicina interna del Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto è emerso che il 59,7% dei pazienti deceduti avessero avuto un dolore da medio a moderato nelle ultime 48 ore (Bordin et al., 2011) Inoltre, in entrambe queste indagini emerge uno scarso coinvolgimento di un medico palliativista. Data la sua forte influenza sulla percezione di qualità di vita del paziente e dei familiari, il dolore dev'essere monitorato nel tempo adeguatamente attraverso strumenti validati, specialmente nelle 48 ore precedenti il decesso, e trattato in modo corretto, mediante approcci farmacologici e non (Marri et al., 2010). Il trattamento farmacologico fa riferimento alle linee guida proposte dall'OMS (WHO, 1996) che ha stabilito un approccio graduale al dolore a tre gradini, somministrando farmaci antinfiammatori al primo livello, per poi passare al secondo livello somministrando oppioidi deboli e infine, al terzo livello, utilizzando oppioidi forti, indicati per il dolore moderato-severo non solo neoplastico, ma anche non maligno. Oltre ai trattamenti farmacologici si possono adottare anche strategie non farmacologiche, come trattamenti fisici di rilassamento (massaggi e stimolazione cutanea) e terapie cognitivo-comportamentali. (Marri et al., 2010)

### ***1.3.2 Nausea e Vomito***

La nausea e il vomito costituiscono dei sintomi comuni nella fase terminale e influiscono negativamente sulla qualità di vita. Sono presenti nelle ultime 48 ore in almeno il 62% dei pazienti: in particolare, sono sperimentati da circa il 49% dei pazienti con patologie croniche in fase avanzata, specialmente in quelle cardiovascolari come lo

scompenso cardiaco (48%); nell'AIDS (43%) e nell'insufficienza renale (33%) (Glare, 2011). Inoltre, nello studio di Toscani (2005) nausea e vomito erano presenti nel 23% dei pazienti, riferiti severi nel 9%. Il controllo di questi sintomi prevede: la valutazione delle caratteristiche del materiale eliminato, la frequenza, il monitoraggio delle complicanze, per esempio la disidratazione e l'ipercalcemia, la somministrazione di farmaci adiuvanti quando si utilizzano farmaci oppioidi, una rivalutazione dell'efficacia dei trattamenti e l'applicazione anche di trattamenti non farmacologici (rilassamento, distrazione); inoltre si raccomanda di salvaguardare le abitudini alimentari del pazienti, favorendo l'assunzione di pasti piccoli e frequenti, evitando cibi con cattivo odore o che possono provocare nausea, prendendo in considerazione l'idratazione parenterale qualora l'assunzione orale sia compromessa e, infine, garantire una regolare e adeguata cura del cavo orale (Kelly, 2013).

#### ***1.3.4 Dispnea***

La dispnea è definita come *“una sensazione soggettiva di mancanza di respiro che si percepisce in qualsiasi livello di attività fisica”* (Zuberi, 2009): è uno dei sintomi più frequenti in fase terminale, raggiungendo picchi fino al 75% (Schrijvers, 2010). Essa provoca un impatto molto forte sulla qualità di vita del paziente terminale ed è spesso associata ad altri sintomi, come l'ansia, l'astenia e il dolore (Guirimand, 2015). Il trattamento farmacologico della dispnea dipende dalla causa che l'ha determinata: studi molto recenti privilegiano nel fine vita l'utilizzo della morfina a bassi dosaggi come farmaco di prima scelta, preferibilmente somministrata tramite via sottocutanea, modulandone il dosaggio in base alla risposta dell'assistito; dagli stessi studi emerge che, qualora la causa scatenante sia l'ipossia, è preferibile somministrare ossigenoterapia, mentre se è presente agitazione o uno stato ansioso vengono adiuuate, alla terapia di base, benzodiazepine ad intervalli regolari. (Jennings, 2012; Gomutbutra, 2013). Il trattamento assistenziale infermieristico prevede inoltre che si assicuri un ricambio d'aria frequente, il mantenimento di una temperatura e umidità adeguata nella stanza e una corretta postura che favorisca la respirazione e il drenaggio di eventuali secrezioni presenti (Trentin, 2014). Nel caso in cui la dispnea si rivelasse refrattaria ad ogni terapia, la Società italiana di Cure Palliative raccomanda la sedazione palliativa, come richiesto dal 35-50% dei casi (SICP, 2007)

### ***1.3.5 Delirium terminale e confusione***

Il delirium (definito anche “stato confusionale acuto”) è una sindrome clinica caratterizzata da alterazioni dello stato di coscienza, delle funzioni cognitive o della percezione, con esordio acuto, e corrisponde quasi sempre ad una fase avanzata di patologia: esso è presente in modo variabile, dal 28% al 88% dei pazienti ospedalizzati, nelle ultime 48 ore di vita (Shirley, 2014). In particolare, è stata riscontrata nello studio di Toscani (2005) una prevalenza di confusione 55% dei pazienti, e di agitazione per il 50%. La pratica assistenziale si basa innanzitutto sull’individuazione e trattamento di possibili cause scatenanti (per esempio farmacoterapia e disidratazione), l’applicazione di tecniche di orientamento della persona e il coinvolgimento dei famigliari, assicurando loro un ambiente adatto e favorevole (Keeley, 2009); inoltre, linee guida recenti raccomandando nella fase terminale l’efficacia della somministrazione di olanzapina o aloperidolo, iniziando dalla dose terapeutica minima, qualora fossero presenti anche altri segni e sintomi associati, come l’angoscia e l’aggressività (Bush, 2014; SNLG-Regioni, 2014).

### **1.4. La sedazione palliativa**

La sedazione palliativa (SP) si avvia nei casi in cui qualsiasi trattamento sia effettuato risulti inefficace, perciò nei casi di morte imminente di situazioni acute e nei casi di sintomi refrattari alla terapia (Ambroset, 2008). Essa è stata infatti definita dalla Società Italiana di Cure Palliative (2007) come “*la 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 per il controllo del sintomo, che risulta, quindi, refrattario*”. Secondo uno studio molto recente, la refrattarietà è più frequente in alcuni sintomi, per esempio il delirium (54%), la dispnea (30%), l’agitazione (19%) il dolore (17%) e il vomito (5%) (Maltoni et al., 2012). Avendo come scopo il sollievo dalla sofferenza, l’uso dei farmaci deve quindi essere adattato e monitorato in relazione alla profondità, continuità e durata della sedazione necessaria per ottenere tale effetto: le linee guida raccomandano l’utilizzo di sedativi, a volte associati ad oppioidi, neurolettici ed altre categorie di farmaci (per esempio la scopolamina, utilizzata per

ridurre le secrezioni bronchiali), utilizzando il dosaggio minimo in grado di controllare la sintomatologia e modulandolo di conseguenza (Ambroset, 2008; Voeuk, 2014).

### **1.5 L'infermieristica e le cure di fine vita.**

In Italia, con l'aumento dell'invecchiamento, si stima che ogni anno 90.000 persone affette da malattie cronico-degenerative richiedano assistenza palliativa e queste siano per la maggior parte ricoverate in reparti per acuti, non specializzati per garantire questo tipo di assistenza, bensì per “curare l'acuzia” (Ministero della Salute, 2011). A causa della frequenza delle interazioni con le persone, gli infermieri risultano i primi sanitari a riconoscere e ad affrontare la terminalità nei loro assistiti ed è proprio in questa fase che possono dare un contributo significativo alla vita di un individuo e della sua famiglia (Registered Nurses' Association of Ontario, 2011), anche se secondo Betcher (2010) molti di essi risultano ancora impreparati ad erogare questa tipologia di assistenza. Fondamentale per le cure di fine vita è la conoscenza dei problemi associati alla malattia e al lutto e lo sviluppo di competenze infermieristiche per gestire efficacemente la situazione dinamica e complessa che si presenta in questa fase, dove la sofferenza non si presenta soltanto nella dimensione fisica, ma anche in quella spirituale e psicosociale (Smeltzer, 2011). Le principali responsabilità dell'infermiere nel fine vita sono indicate nel Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009, e in particolare nei seguenti articoli:

- 6: l'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione
- 34: l'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari
- 35: l'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale
- 36: l'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita
- 37: l'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato

- 39: l'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

Lo studio ISDOC (Italian Survey of the Dying of Cancer) ha analizzato la qualità e la soddisfazione delle cure di fine vita erogate in trenta ospedali italiani, da parte di 2000 caregiver: qui emerge come il 18.1% di essi avesse avuto la possibilità di esprimere i propri sentimenti ed emozioni in seguito al lutto con un professionista sanitario e la metà degli intervistati (51%) avesse ritenuto buona l'assistenza fornita dagli infermieri in questa fase (Beccaro, 2010).

### **1.6 Descrizione del problema**

L'ospedalizzazione del processo del morire pone l'importanza di conoscere e le modalità con cui vengono erogate le cure di fine vita in tale contesto. Infatti, il *45.7% dei pazienti che necessitano di cure palliative in Italia muore in Ospedale* (Pvodic, 2015): nello specifico, nella realtà del Veneto, circa due terzi della popolazione terminale oncologica (Lisiero, 2012).

### **1.6 Scopo dello studio.**

L'obiettivo della tesi è di analizzare le caratteristiche dell'assistenza nelle ultime 48 ore di vita in un campione di pazienti in fase terminale ricoverati presso alcune unità operative di area medica dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

I quesiti di ricerca a cui s'intende rispondere sono:

- quali sintomi erano presenti nelle 48 ore precedenti l'exitus e come sono stati trattati?
- quali interventi assistenziali sono stati effettuati nelle 48 ore precedenti l'exitus ?

## **CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI**

### **2.1 Disegno dello studio**

Lo studio è di tipo osservazionale e retrospettivo.

#### ***2.1.1 Contesto dello studio***

La raccolta dei dati è avvenuta nelle quattro unità operative di area medica dell'Azienda Ospedaliera di Padova (Clinica Medica 1<sup>a</sup>, Clinica Medica 3<sup>a</sup>, Clinica Medica 5<sup>a</sup>, Medicina Generale).

#### ***2.1.2 Campionamento***

Il campione è costituito da tutti i pazienti deceduti nelle unità operative incluse nello studio dal 1° aprile al 30 settembre 2015 e da tutto il personale infermieristico operante nelle stesse unità operative.

#### ***2.1.3 Criteri di inclusione***

Sono eleggibili tutti i pazienti deceduti nelle unità operative coinvolte nel periodo indicato senza distinzione rispetto alla durata della degenza, alla diagnosi d'ingresso e al motivo del decesso.

Sono eleggibili tutti gli infermieri operanti nelle stesse unità operative e che hanno assistito un paziente deceduto nel periodo compreso tra Agosto e Settembre.

#### ***2.1.4 Criteri di esclusione***

Sono esclusi dallo studio i pazienti la cui documentazione clinica non fosse consultabile al momento dello studio e il personale infermieristico assente al momento dello studio o che non abbia dato il consenso all'intervista.

### **2.2 Modalità di raccolta dati**

La raccolta dati è stata effettuata nel periodo compreso tra il 1 Agosto 2015 e il 20 Settembre 2015. E' stata richiesta l'autorizzazione allo svolgimento dell'indagine nelle quattro unità operative coinvolte e, dopo aver individuato i nominativi dei pazienti deceduti nelle unità operative, si è proceduto alla raccolta dei dati dalla documentazione

clinica disponibile. Si è proceduto poi all'individuazione e consultazione della documentazione clinica relativa ai pazienti deceduti nelle unità operative coinvolte nel periodo indicato. Infine, previo consenso, è stata svolta un'intervista aggiuntiva agli infermieri che hanno assistito i pazienti deceduti nel periodo compreso tra Agosto e Settembre 2015: è stato innanzitutto spiegato l'obiettivo dell'indagine e i dati che si intendeva raccogliere, per proseguire con una breve intervista al termine del turno di lavoro in una stanza appositamente individuata per garantire la privacy. Non sono state condotte interviste relative ai pazienti deceduti nei mesi precedenti in quanto soggette a scarsa veridicità dato il tempo intercorso.

Ogni paziente e ogni infermiere sono stati identificati con un codice numerico per garantire il rispetto della privacy e dell'anonimato.

### ***2.2.1 Scheda di raccolta dati***

Per svolgere la raccolta dati è stata svolta una ricerca di letteratura per cercare uno strumento d'indagine applicabile: è stato selezionato il questionario validato proposto dallo Studio EoLO (End-of-Life in Ospedale), coordinato dall'Istituto di ricerca in medicina palliativa L. Maestroni di Cremona, in quanto nato come progetto di ricerca mirato a riconoscere in dettaglio i modi e le circostanze nelle quali i malati muoiono in ospedale. Il questionario utilizzato è disponibile in **Allegato 1**; è costituito da tre parti: la prima riguarda le ultime 48 ore di vita (dati anagrafici, esami, trattamenti, procedure terapeutiche effettuate, farmaci somministrati, terapie rianimatorie, livello di autonomia e di coscienza e sintomatologia presente); la seconda parte è relativa prettamente al giorno del decesso (circostanze, assistenza infermieristica e presenza dei famigliari); infine la terza parte riguarda l'intervista all'infermiere di turno (consapevolezza e desiderio del paziente di sospendere i trattamenti e assistenza infermieristica effettuata). Per favorire la completezza dei dati raccolti, sono state inoltre aggiunte al termine della seconda sezione le voci "aspetto comunicativo" e "supporto psicologico/spirituale".

### ***2.2.2 I dati raccolti***

I dati rilevati dal diario medico, infermieristico, scheda di monitoraggio e di somministrazione della terapia farmacologica, sono stati:



- dati anagrafici (sesso, età, diagnosi d'ingresso, data d'ingresso, data di dimissione, tempo di degenza, eventuali ricoveri nei tre mesi precedenti, evento che ha condotto al decesso)
- dati clinici nelle ultime 48 ore (indagini strumentali, interventi invasivi effettuati, consulenze esterne richieste, sintomi presenti, valutazione dello stato di coscienza, terapie e manovre d'urgenza effettuate)
- dati relativi all'ambiente del decesso (stanza singola o multipla, presenza dei familiari)
- dati relativi alla ai farmaci prescritti e somministrati, in modo particolare registrando la presenza o meno di farmaci per il controllo del dolore e dell'agitazione, di antibiotici e di agenti inotropi, il totale di liquidi infusi e la via di somministrazione scelta.
- dati relativi alla sintomatologia: sono stati riportati i sintomi rilevati nel diario infermieristico e nel diario medico
- il grado di autonomia del paziente, convertendo il valore della scala Barthel al valore della scala utilizzata nel questionario
- la comunicazione tra operatori sanitari, famigliari e paziente
- l'attesa del decesso, fatta corrispondere all' avvenuta segnalazione della terminalità e dell'exitus imminente da parte del medico nella documentazione medica.
- dati relativi all'assistenza infermieristica effettuata (accudimento nelle ultime 24 ore, supporto spirituale e psicologico eventualmente richiesto, gestione degli orari di visita con i famigliari)

I dati rilevati dalle interviste agli infermieri riguardano:

- valutazione dei professionisti (consapevolezza e attesa del decesso)
- assistenza infermieristica effettuata (mobilitazione, igiene personale, manovre per garantire il comfort)
- presenza dei famigliari

### **2.3 Modalità di analisi dei dati**

I dati ottenuti dalla raccolta sono stati organizzati in un unico foglio Excel per facilitare l'analisi statistica, assegnando un codice identificativo ad ogni paziente per garantire l'anonimato. L'analisi statistica dei dati è stata svolta utilizzando il software SAS

(Statistical Analysis System). Per ogni variabile di tipo qualitativo è stata individuata la distribuzione di frequenza in valore assoluto, in valore percentuale e l'intervallo di confidenza al 95%, mentre per le variabili di tipo quantitativo sono stati calcolati media e intervallo di confidenza al 95%. L'associazione tra variabili è stata verificata attraverso il test Chi-quadrato, considerando la significatività statistica per valori di p-value inferiori a 0,05.

## CAPITOLO 3: RISULTATI

### 3.1. Descrizione del campione

Il campione preso in considerazione è di 200 pazienti deceduti e di 13 infermieri.

#### 3.1.1. I pazienti

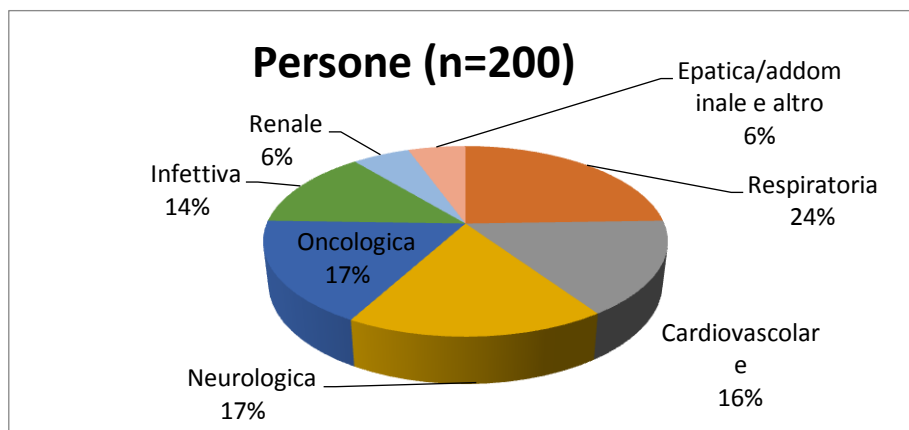
Sono stati esclusi 12 pazienti, la quale documentazione clinica non era consultabile. Come riassunto nella **Tabella I**, il campione dei pazienti presenta una media d'età di 83 anni (51-100), ma non esistono significative differenze relativamente al genere. Rispettivamente alla durata della degenza è stata individuata una media di 8 giorni e una prevalenza di arresto cardiorespiratorio (44,5%) come evento principale che ha condotto alla morte, con una attesa del decesso nel 55% dei pazienti (95% CI 48-62). Quest'ultimo parametro è stato definito in base all'avvenuta segnalazione di terminalità e dell'imminenza dell'exitus nella documentazione clinica.

**Tabella I - Caratteristiche del campione**

Caratteristiche dei pazienti	Frequenza assoluta o media (n=200)	Frequenza percentuale	Intervallo di confidenza al 95%
Sesso			
<i>Maschio</i>	99	49,5	43-56
<i>Femmina</i>	101	50,5	44-57
Età al decesso (anni)	83	-	81-84
Durata ricovero (giorni)	8	-	7-9
Causa del decesso			
Arresto cardiorespiratorio	89	44,5	38-51
Decesso atteso*	110	55,0	48-62

\* segnalata terminalità e imminenza dell'exitus nella documentazione clinica

I pazienti reclutati sono affetti da diverse patologie, che sono state raggruppate in sette categorie per consentire l'analisi dei dati. Come si può notare dal **Grafico 1** prevalgono le patologie respiratorie (insufficienza respiratoria acuta e cronica) per il 24%.



**Grafico 1. Distribuzione delle patologie del campione dei pazienti**

### **3.1.2 Il personale infermieristico.**

Sono stati esclusi dal campionamento 35 infermieri delle quattro unità operative scelte, in quanto non presenti durante il decesso dei pazienti reclutati tra Agosto e Settembre, rispettivamente 6 di sesso femminile e 7 di sesso maschile. Altri dati anagrafici non sono stati reperiti per mancanza di consenso.

### **3.2 Descrizione del giorno precedente e del giorno del decesso**

Per comprendere la gestione delle ultime 48 ore dei pazienti del campione sono state indagate una serie di variabili, suddivise nelle sezioni in seguito riportate.

#### **3.2.1 Trattamenti, esami e procedure invasive**

E' stata analizzata la frequenza dell'esecuzione di trattamenti diagnostico e/o terapeutici nel campione di pazienti reclutato. Come sintetizzato nella **Tabella II** nelle ultime 48 ore di degenza al 93,5% di soggetti (95% CI 90-97) sono stati effettuati prelievi ematici di routine, dei quali per il 34% si trattava di prelievi ematici specialistici (95% CI 27-41); è stato posizionato e/o sostituito il catetere vescicale al 30,5% dei pazienti (95% CI 24-37), il 73% ha continuato a ricevere supplementi tramite nutrizione parenterale totale

(95% CI 67-79) e al 79,5% sono stati somministrati liquidi per via endovenosa > 500 ml. (95% CI 74-85). Infine sono state indagate le modalità di ventilazione e altre procedure effettuate: Al 66% dei soggetti è stata somministrata ossigenoterapia di supporto (95% CI 59-73) e al 26% è stato posizionato un catetere venoso centrale e/o periferico (95% CI 20-32).

**Tabella II. Trattamenti, esami e procedure diagnostico terapeutiche**

<b>Esame/trattamento/procedura terapeutica e diagnostica effettuata</b>	<b>Frequenza assoluta (n=200)</b>	<b>Frequenza percentuale</b>	<b>Intervallo di confidenza al 95%</b>
Prelievi ematici di routine	187	93,5	90-97
Prelievi ematici speciali	68	34,0	27-41
Catetere vescicale	61	30,5	24-37
Nutrizione Parenterale Totale	146	73,0	67-79
Liquidi ev (> 500 ml)	159	79,5	74-85
Ossigenoterapia	132	66,0	59-73
Incanulamento vena centrale	52	26,0	20-32

Nella **Tabella III** è' stata studiata la frequenza di esecuzione di esami ematochimici di routine nei pazienti deceduti il cui decesso era atteso e ne è risultata una relazione statisticamente significativa tra le due variabili: l'88% dei pazienti cui si attendeva il decesso ha subito prelievi venosi nelle ultime 48 ore (pvalue<0,005).

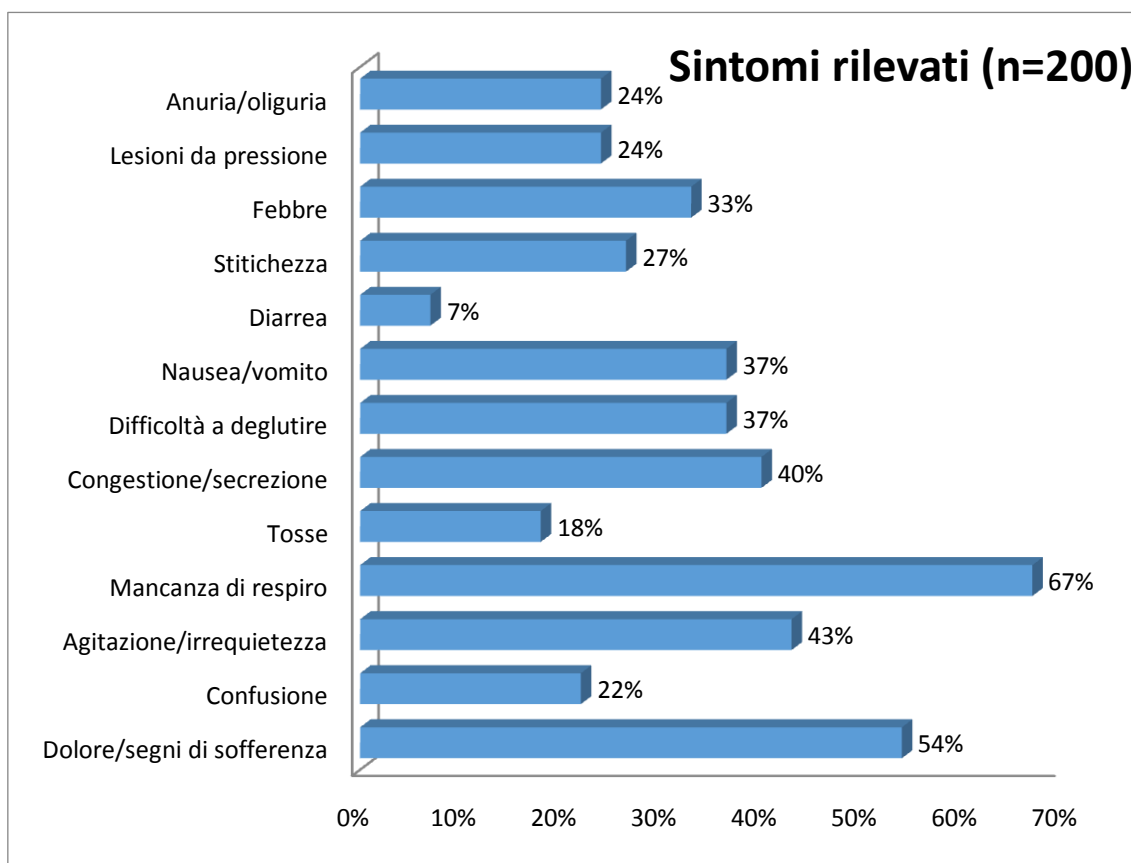
**Tabella III. Associazione tra decesso atteso e prelievi ematici di routine**

<b>Prelievi ematici di routine</b>	<b>Decesso atteso</b>	
	<b>NO</b>	<b>SI</b>
<b>SI</b>	90 (100%)	97 (88%)

Test Chi-quadrato = 11,38; **p-value <0,005**

### 3.2.2 Segni e sintomi

E' stata espressa la frequenza di alcuni sintomi, tipici della fase terminale e sono stati riassunti nel **Grafico 2** in seguito. I sintomi più comuni sono la dispnea nel 67% dei pazienti (95% CI 60-74), dolore e segni di sofferenza nel 54% (95% CI 47-51) e agitazione nel 43% (95% CI 36-50). Alcuni sintomi, quali l'anoressia, l'astenia, il prurito e l'incontinenza non sono stati raccolti, in quanto non documentati in cartella clinica.



**Grafico 2. Distribuzione dei sintomi nelle ultime 48 ore**

Dall'analisi dei dati è emerso inoltre come per il 18% il dolore fosse stato ritenuto "non valutabile" (95% CI 13-23) nella documentazione infermieristica (**Tabella IV**). Durante la raccolta dati è stato osservato che per la valutazione del dolore è sempre stata utilizzata la scala NRS.

**Tabella IV. Distribuzione del sintomo dolore**

<b>Dolore e segni di sofferenza</b>	<b>Frequenza assoluta (n=200)</b>	<b>Frequenza percentuale</b>	<b>Intervallo di confidenza al 95%</b>
<i>Si</i>	108	54,0	47-61
<i>No</i>	56	28,0	22-34
<b><i>Non valutabile</i></b>	<b>36</b>	<b>18,0</b>	<b>13-23</b>

**3.2.3 Livello di coscienza**

E' stato analizzato il livello di coscienza nelle ultime 48 ore dei pazienti deceduti: il 48% appariva sonnolento, ma responsivo ai comandi (95% CI 36-50), il 36% agitato o ansioso (95% CI 29-43) e il 20% orientato e tranquillo (95% CI 14-26). E' stata quindi analizzata la relazione tra l'attesa del decesso e i vari livelli di coscienza ed è emersa una dipendenza statisticamente significativa tra le due variabili (**Tabella V**): infatti si nota come nel 47% dei casi in cui fosse stato segnalato l'imminente exitus nella documentazione clinica (decesso atteso), i pazienti presentavano sonnolenza e sopore; al contrario, nel 39% in cui non era segnalato (decesso non atteso), il paziente appariva tranquillo e orientato. (pvalue <0,005).

**Tabella V. Associazione tra livello di coscienza e attesa del decesso**

<b>Livello di coscienza</b>	<b>Decesso atteso</b>	
	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Orientato e tranquillo	30 (39%)	10 (11%)
Sonnolente, risponde ai comandi	11 (14%)	42 (47%)
<b>Totale</b>	<b>76 (100%)</b>	<b>89 (100%)</b>

Test Chi-quadrato = 27,33; **p-value < 0,005**

### 3.2.4 Livello di dipendenza

E' stato indagato il livello di dipendenza registrato nelle ultime 48 ore, in base alle attività di alimentazione, controllo sfinteriale, spostamenti, uso dei servizi igienici e abbigliamento, facendolo adattando al valore dell'indice Barthel presente nella documentazione clinica: emerge che il 51% dei pazienti era totalmente dipendente per tutte le funzioni (95% CI 44-58), mentre il 17,5% era completamente autonomo (95% CI 12-23).

### 3.2.5 La terapia farmacologica delle ultime 48 ore

Nella **Tabella VI** sono riassunte le principali categorie di farmaci e vie di somministrazione utilizzate. Per sintetizzare i dati raccolti, i farmaci analgesici sono stati raggruppati in farmaci oppioidi (con dosaggi da 2 mg a 10 mg e >10mg) e in non oppioidi. Al 36% dei pazienti sono stati somministrati antibiotici, al 31% diuretici, al 13% inotropi o sedativi e rispettivamente agli analgesici, al 26% sono stati somministrati non oppioidi, al 27% oppioidi con dosaggi da 2mg a 10 mg e al 19,5% oppioidi con dosaggi > 10mg. Risulta inoltre evidente come nel 7,5% dei casi sia stata utilizzata la via sottocutanea o orale come via di somministrazione (95% CI 4-11), rispetto al 98,5% in cui è stata utilizzata la via endovenosa.

**Tabella VI. Farmaci e via di somministrazione nelle ultime 48 ore.**

<b>Farmaci somministrati e via di somministrazione</b>	<b>Frequenza assoluta (n=200)</b>	<b>Frequenza percentuale</b>	<b>Intervallo di confidenza al 95%</b>
<i>Antibiotico</i>	72	36,0	29-43
<i>Analgesico non oppioide</i>	52	26,0	20-32
<i>Analgesico oppioide (2-10 mg)</i>	54	27,0	21-33
<i>Analgesico oppioide (&gt;10 mg)</i>	39	19,5	14-25
<i>Sedativo</i>	26	13,0	8-18
<i>Inotropo</i>	26	13,0	8-18
Via di somministrazione del farmaco			
<i>Endovenosa</i>	197	98,5	97-100
<i>Orale</i>	15	7,5	4-11
<i>Sottocutanea</i>	15	7,5	4-11



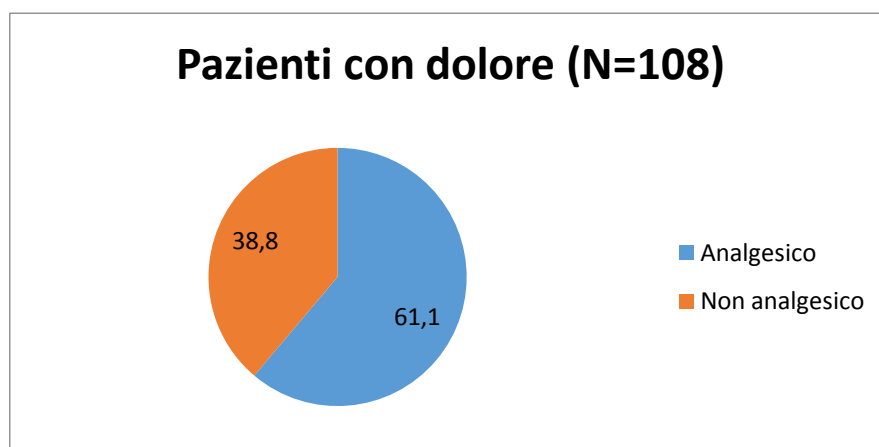
Per comprendere il controllo dei sintomi maggiormente frequenti nel campione di questa indagine, è stata studiata l'associazione tra questi e il rispettivo trattamento. È emersa una dipendenza statisticamente significativa tra il sintomo “dolore” e la somministrazione di analgesici ( $pvalue < 0,005$ ), come riassunto nella **Tabella VII**, dove risulta evidente che il 65% dei pazienti che presentavano dolore è stato trattato con oppioidi e il 35% con non oppioidi.

**Tabella VII. Associazione tra dolore e tipo di analgesico.**

Analgesico	Dolore/segni di sofferenza	
	NO	SI
Non oppioide	16 (84%)	23 (35%)
	3 (16%)	43 (65%)
Oppioide	19 (100%)	66 (100%)

Test Chi-quadrato = 14,48; **p-value < 0,005**

Dalla stessa si ricava inoltre che 66 (61,1%) pazienti con dolore (N=108) è stato trattato farmacologicamente, e il restante 38,8% dei pazienti che presentava dolore non ha ricevuto alcun tipo di analgesico, come riassunto nel **Grafico 3**.



**Grafico 3. Associazione tra dolore/segni di sofferenza e trattamento con analgesico**

E' stato inoltre analizzato l'utilizzo degli oppioidi con dosaggio >10mg nelle diverse patologie, riassunto nella **Tabella VIII** da cui si nota una significativa differenza tra le patologie oncologiche e quelle non oncologiche (pvalue<0,005): in alcune di queste non sono stati quasi mai somministrati, come in quelle renali (100%), infettive, cardiovascolari (93%) e respiratorie (86%), in cui sono stati privilegiati analgesici oppioidi a dosaggio minore o non oppioidi.

**Tab. VIII - Associazione tra patologia e somministrazione di farmaco analgesico oppioide (>10 mg)**

Analgesico oppioide (> 10 mg)	Patologia						
	Resp.	Cardiov.	Neur.	Onc.	Inf.	Renale	Addominale
NO	42 (86%)	30 (93%)	29 (83%)	13 (37%)	25 (93%)	11 (100%)	11 (100%)
SI	7 (14%)	2 (7%)	6 (17%)	22 (63%)	2 (7%)	0 (17%)	0 (17%)
Totale	49 (100%)	32 (100%)	35 (100%)	35 (100%)	27 (100%)	11 (100%)	11 (100%)

**Test Chi-quadrato = 54,31; p-value<0,005**

E' stata inoltre individuata e riassunta nella **Tabella IX** un'associazione significativa tra il sintomo "agitazione" e la "somministrazione di farmaco sedativo": l'81% dei pazienti che presentava agitazione nelle ultime 48 ore non è stato trattato con un sedativo e/o ansiolitico (pvalue<0,001);

**Tab. IX - Associazione tra stato di agitazione/irrequietezza del paziente e somministrazione di un farmaco sedativo**

Sedativo	Agitazione/irrequietezza	
	NO	SI
NO	104 (91%)	70 (81%)

**Test Chi-quadrato = 4,19; p-value < 0,005**

Infine è stata individuata un'associazione significativa tra il sintomo “dispnea” e “la somministrazione di ossigeno terapia” (pvalue<0,005), riassunta nella **Tabella X**: al 59% dei pazienti con dispnea è stata somministrata ossigenoterapia.

**Tabella X: Associazione tra dispnea e ossigenoterapia**

O2 terapia	Mancanza di respiro	
	NO	SI
SI	14 (21%)	79 (59%)

Test Chi-quadrato = 25,32; p-value < 0,005

Non è stato possibile stabilire se qualora i sintomi fossero stati trattati, la terapia fosse stata efficace, in quanto tale aspetto non veniva menzionato nella documentazione clinica e spesso non veniva descritta una valutazione periodica della sintomatologia.

### 3.3 Descrizione del giorno del decesso

Sono state analizzate le variabili prettamente relative alle ultime 24 ore di vita.

#### 3.3.1 Terapie Rianimatorie e d'urgenza

Al momento del decesso, come si nota nella **Tabella XI**, nel 21,5% dei soggetti è stata eseguita la manovra di rianimazione cardiopolmonare (95% CI 16-27) e nel 42% sono stati somministrati d'urgenza farmaci salvavita (95% CI 35-49), tra cui principalmente ossigeno terapia (46,5%).

**Tabella XI. Terapie rianimatorie e d'urgenza nelle ultime 24 ore**

Manovre salvavita	Frequenza assoluta (n=200)	Frequenza percentuale	Intervallo di confidenza al 95%
Terapie rianimatorie	43	21,5	16-27
Farmaci salvavita	84	42,0	35-49
O2 terapia	93	46,5	40-53

### 3.3.2 Ambiente e circostanze del decesso

Sono state analizzate le circostanze del decesso: dall'analisi descrittiva emerge che il 57% è deceduto in una stanza singola, mentre il 43% in una stanza multipla (da due a quattro letti). E' stata analizzata quindi la dipendenza tra i vari tipi di stanza e l'attesa del decesso: dall'analisi bivariata, riassunta nella **Tabella XII** è emersa una relazione significativa tra le due variabili: infatti, il 71% dei pazienti, il cui decesso era atteso era stato posizionato o trasferito nelle ultime 24 ore in una stanza singola (pvalue<0,005).

**Tabella XII. Associazione tra tipo di stanza e attesa del decesso**

Tipo di stanza (numero di letti occupati)	Decesso atteso	
	NO	SI
1	36 (40%)	78 (71%)

Test Chi-quadrato = 19,65; **p-value < 0,005**

Sono state studiate quindi le manovre eseguite per garantire il comfort e di assistenza infermieristica, individuate nel diario infermieristico e riassunte nella **Tabella XIII**: il 65% dei pazienti è stato posizionato su un materasso antidecubito (95% CI 58-72), l'88% è stato mobilizzato a letto e al 77% è stata eseguita l'igiene personale. Non sono state individuate informazioni relative alla cura del cavo orale e al cambio della biancheria personale, in quanto non descritte nel diario infermieristico, perciò non è stato possibile comprendere se tale trattamento fosse stato eseguito o meno.

**Tabella XIII. Interventi di assistenza infermieristica**

Interventi di assistenza infermieristica	Frequenza assoluta (n=200)	Frequenza percentuale	Intervallo di confidenza al 95%
Sistemazione del malato su materasso antidecubito	130	65,0	58-72
Mobilizzazione	176	88,0	83-93
Igiene personale	155	77,5	72-83

Le informazioni ricavate in merito alla presenza dei famigliari in stanza sia prima, che durante il decesso sono state ricercate nel diario infermieristico. In merito a tale

variabile è stata individuata una relazione statisticamente significativa con l'attesa del decesso, riassunta nella **Tabella XIV**: al 68% dei pazienti il quale decesso era atteso è stata garantita la presenza dei famigliari nelle ultime 48 ore ( $p\text{-value} < 0,005$ ); permane il 42% dei pazienti che è deceduto senza la presenza di un proprio caro o di un professionista in stanza (95% CI 35-49) ma non è stato possibile comprendere la motivazione. Non è stato inoltre possibile individuare con certezza le informazioni circa eventuali restrizioni sugli orari di visita, in quanto in alcuni diari infermieristici veniva espressamente citata la richiesta o il permesso ai famigliari di rimanere in stanza, mentre in altre tale dato non era descritto.

**Tabella XIV. Presenza dei famigliari nelle ultime 48 ore.**

Presenza famigliari	Decesso atteso	
	NO	SI
SI	34 (38%)	75 (68%)

Test Chi-quadrato = 18,45;  $p\text{-value} < 0,005$

### 3.3.2. Comunicazione e sostegno

Si è andato a ricercare l'avvenuta comunicazione con i pazienti e/o i famigliari, sia in merito della terminalità, sia in merito agli aspetti emozionali. Essa ha riguardato informazioni sulla gravità clinica e l'imminenza dell'exitus per 104 assistiti (52%), per il 75% qualora il decesso era considerato atteso ( $p\text{-value} < 0,001$ ) come evidente nella **Tabella XV**.

**Tabella XV. Comunicazione dell'imminente exitus**

Comunicazione alla famiglia (Informata della situazione clinica)	Decesso atteso	
	NO	SI
NO	69 (77%)	27 (25%)
SI	21 (23%)	83 (75%)

Test Chi-quadrato = 53,88;  $p\text{-value} < 0,005$

Non risulta documentata nè la discussione con il paziente e/o la famiglia in merito ai bisogni psicologici sia durante, che dopo la fase terminale, né eventuale richiesta di figure di supporto e di sostegno.

### **3.4 Intervista agli infermieri**

Le interviste agli infermieri sono state effettuate su un campione di 47 pazienti deceduti tra Agosto e Settembre e sono durate circa 5-10 minuti. Non sono state effettuate interviste riguardanti pazienti deceduti nei mesi precedenti in quanto le informazioni ricercate avrebbero avuto discutibile veridicità dato il tempo intercorso. Le informazioni aggiuntive ricercate sono state relative alla consapevolezza del paziente dell'imminente exitus e al suo desiderio di sospendere i trattamenti. Non sono state chieste altre informazioni circa l'assistenza effettuata in quanto già individuate nella documentazione infermieristica.

#### **3.2.11 Consapevolezza e desiderio di sospendere i trattamenti**

Dall'analisi dei dati è emerso che il 29,7% dei soggetti deceduti, nelle ultime 24 ore, in base ai dati raccolti dalle interviste agli infermieri, fosse consapevole di stare per morire (95% CI 24-37) e il 25,5% aveva avuto la possibilità di esprimere il desiderio di morire e/o sospendere i trattamenti (95% CI 26-39) (**Tabella XVI**). Data la scarsità di questo campione (N=47 soggetti deceduti), è stato ritenuto scarsamente significativo.

**Tabella XVI. Consapevolezza e desiderio di sospendere i trattamenti**

<b>Informazioni ricavate dalle interviste agli infermieri</b>	<b>Frequenza assoluta (n=200)</b>	<b>Frequenza percentuale</b>	<b>Intervallo di confidenza al 95%</b>
Consapevolezza da parte del malato di stare per morire	61	30,5	24-37
Desiderio espresso dal malato di morire/sospendere i trattamenti	65	32,5	26-39

Le Tabelle che descrivono l'analisi di tutti i risultati dell'indagine sono consultabili nella sezione **Allegato 2**.

## CAPITOLO 4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

### 4.1. Discussione critica dei risultati

I risultati statisticamente significativi, ottenuti da questa tesi di ricerca mettono in luce una serie di considerazioni e fattori che sono in primo luogo caratteristici del contesto in cui è stata svolta; ne è esempio uno dei primi risultati di questa indagine: nelle ultime ore della loro vita, i pazienti considerati sono stati sottoposti ad un qualche tipo di trattamento diagnostico-terapeutico. Nello specifico all'88% dei pazienti cui si attendeva il decesso sono stati eseguiti esami ematochimici, dato evidente anche in alcuni studi recenti (Costantini, 2009; Bordin et. al, 2011) e in altri più datati (Toscani et al., 2005; Trentin et al., 2001), dove erano prevalenti trattamenti di tipo interventistico nelle ultime 48 ore, tipici nei reparti internistici (Ministero della Salute, 2011). Inoltre quest'indagine mostra come le attività per garantire il comfort, la privacy e l'intimità per il paziente il cui decesso era atteso sono state frequentemente effettuate e questi erano quasi sempre stati informati assieme ai loro famigliari dell'imminente exitus (75%). Infatti, più della metà dei pazienti il cui decesso era atteso è stata posizionata in una stanza singola (71%) e ha potuto condividere le ultime 48 ore con i propri cari (68%). Questi risultati corrispondono a quelli di alcuni studi presenti in letteratura italiana: per esempio, negli studi di Costantini (2009); e Bordin et al. (2011) tutti i pazienti avevano continuato a ricevere in modo routinario le procedure di mobilizzazione e di igiene personale, gli aspetti relativi all'intimità delle persone terminali erano stati prevalentemente considerati ed era stata garantita una maggiore presenza e informazione sulla gravità della situazione clinica ai famigliari. Al contrario, i risultati di questa indagine si discostano dagli studi più datati di Mariani (2001), dove solo due casi rispetto ai 34 pazienti deceduti cui ci si attendeva il decesso erano stati posizionati in una stanza singola; di Lynn (1997), Sbanotto (1998), Ferris (2003) ed Ellershaw (2003), dove invece veniva descritta la scarsità di comfort e intimità presente nei presidi ospedalieri trattati, mostrando così una presa in carico maggiore dei bisogni del paziente terminale rispetto al passato.

Altre considerazioni sono da porre sul controllo e la valutazione dei sintomi. In particolare, relativamente all' utilizzo degli oppioidi, si nota che in più della metà dei casi in cui i pazienti presentavano dolore è stato utilizzato un analgesico di questo tipo.

Tale aspetto conferma l'incremento che è stato registrato Dal Rapporto Nazionale gennaio – settembre 2014 del Ministero della Salute (2015), in cui si stimava che in Italia fosse cresciuto l'uso di farmaci analgesici oppioidi del 26%, e i risultati della letteratura più recenti (Bordin et al, 2011; Ripamonti et al, 2011; Fabbian et al, 2014) mostrando così una maggiore sensibilità verso l'utilizzo di questi farmaci, rispetto al passato (Tolle et al., 2000; Trentin et al.,2001; Ellershaw et al., 2003; Visentin et al., 2005; Toscani et al, 2005). Dal confronto tra le varie patologie, si nota inoltre come l'utilizzo degli oppioidi sia sicuramente molto radicato in quelle oncologiche, mentre scarseggi nelle altre, specialmente in quelle respiratorie e cardiovascolari, dove è più frequente l'utilizzo di analgesici di altro tipo. Tale dato è emerso anche nello studio di Carlucci et al. (2012), in cui si pensava potesse sopprimere lo stimolo respiratorio già ridotto, anche se evidenze scientifiche hanno dimostrato che gli oppioidi a basso dosaggio abbiano effetti positivi in questa tipologia di pazienti, riducendo il dolore e anche la percezione di dispnea (Bailey, 2008). Per quanto riguarda il controllo della sintomatologia, i risultati individuati in tale indagine mostrano una mancanza di trattamento in una percentuale di pazienti: per esempio il dolore non è stato trattato nel 38% dei pazienti e l'agitazione nel 81%, mentre la dispnea è stata trattata con ossigenoterapia in più della metà dei pazienti (59%). Questi risultati sono stati riscontrati anche negli studi di Toscani (2005), in cui il 49% dei pazienti con dolore non aveva ricevuto alcun trattamento; di Visentin (2005), in cui il dolore era stato trattato nel 28,5% dei pazienti nelle ultime 24 ore; e di Bordin et al. (2011), dove il dolore non era stato trattato per il 21% degli assistiti in fase terminale; e di Fabbian et al. (2014) che sosteneva uno scarso, seppur maggior controllo del dolore nei pazienti ospedalizzati. Allo stesso modo solo una piccola percentuale di pazienti che presentavano agitazione, ansia e/o irrequietezza era stata trattata farmacologicamente con ansiolitici e/o sedativi. Questo dato è in linea con i risultati di altri studi effettuati nelle realtà ospedaliere italiane (Mariani, 2002; Bordin et al., 2011) e internazionali (Breitbart, 2008), dove si nota una scarsa attenzione alla contenzione farmacologica dell'agitazione.

La mancanza di dati presenti nella documentazione infermieristica, relativi alla sintomatologia presente e agli aspetti comunicativi, è evidente anche negli studi osservazionali e retrospettivi di Toscani (2005) e di Bordin (2011), dove tali risultati



non erano stati ritrovati in quanto non trascritti nelle cartelle cliniche dei pazienti e su cui non si era potuta fare alcuna considerazione a riguardo.

#### **4.2 Limiti dello studio**

Questo studio presenta una serie di limiti, data la sua retrospettività:

- i risultati trovati non sono confrontabili con molti studi recenti della letteratura italiana, in quanto la maggior parte degli studi riguardanti l'erogazione delle cure di fine vita è per lo più datata; inoltre alcuni di questi utilizzano metodi diversi di valutazione o prendono in considerazione fattori differenti;
- alcuni dati raccolti dalla documentazione clinica risultavano parziali o scarsamente descritti (per esempio, le motivazioni per cui venivano eseguiti alcuni trattamenti diagnostico-terapeutici), assenti (alcuni sintomi e la comunicazione riguardante gli aspetti comunicativi), o incerti (attesa del decesso).
- nella scheda utilizzata per la raccolta dati mancano alcune variabili che garantirebbero allo studio maggior precisione (es. caratteristiche e intensità del dolore e di altri sintomi, efficacia o meno del trattamento terapeutico applicato, etc.);
- i dati raccolti dalle interviste (consapevolezza del paziente e volontà di sospendere i trattamenti) si presentavano soggetti a scarsa veridicità; inoltre il campione di pazienti su cui è stato possibile ricercare tale aspetto risulta scarso (N=47 soggetti deceduti);

#### **4.3. Conclusioni**

Questa tesi di ricerca aveva l'obiettivo di descrivere le cure di fine vita che vengono erogate nei quattro reparti internistici dell'Azienda Ospedaliera di Padova: viene illustrato infatti un quadro, pur non completo, dell'assistenza fornita al paziente terminale nelle ultime 48 ore di vita. I risultati principali riguardanti la sintomatologia individuata e il suo controllo, i trattamenti diagnostico-terapeutici e gli interventi di assistenza infermieristica effettuata e le circostanze in cui sono avvenuti i decessi, sono in linea alla maggior parte della letteratura italiana a riguardo. Nonostante i pazienti terminali continuino ad essere sottoposti ad esami ematochimici di routine, tipica attività dei reparti per acuti, il controllo della sintomatologia risulta migliorato rispetto

ai dati presenti nella letteratura del decennio scorso, ma permane ancora una percentuale di pazienti in cui alcuni sintomi non vengono trattati, per esempio il dolore e l'agitazione. Al contrario, le circostanze in cui avvengono i decessi sembrano migliorate rispetto al passato e si nota una migliore considerazione per gli aspetti intimi e emozionali del paziente terminale, nonostante ci sia ancora una percentuale moderata di pazienti che muore in stanze multiple o in assenza dei propri cari. Alla luce di tali risultati, sembra che nelle realtà ospedaliere, specializzate per curare l'acuzie, ci sia una maggiore attenzione nella presa in carico della persona terminale, sebbene permangano alcune lacune, dovute probabilmente a barriere organizzative e ad aspetti abituali tipici di questa tipologia di reparti. Una buona morte dovrebbe essere la norma in ogni realtà: in questo senso ritengo che l'implementazione delle Liverpool Care Pathway (LCP) e del Gold Standard Framework (GSF) in ospedale siano un progetto di grande utilità, in quanto si pongono l'obiettivo di provare a trasferire il modello assistenziale, multidisciplinare dell'hospice e dell'assistenza integrata in un contesto in cui i bisogni di cure palliative aumenteranno sempre di più dato l'avanzare dell'invecchiamento della popolazione e delle patologie croniche in fase avanzata. (Di Leo, 2011; Neuberger, 2013; Milnes, 2015).

#### **4.4 Implicazioni per la pratica**

Potrebbe essere quindi interessante comprendere tramite delle indagini più approfondite quali siano i bisogni principali dei familiari e dei pazienti terminali ricoverati in questi contesti e le necessità organizzative e formative dei professionisti sanitari che vi lavorano. Allo stesso modo la mancanza di descrizione di alcuni dati dell'assistenza infermieristica effettuata nella documentazione clinica e dell'utilizzo di scale di valutazione del dolore alternative, come la CPOT o la NOPPAIN (Ferrari et al., 2009), dimostrano una necessità di migliorare tali aspetti tramite interventi formativi e la progettazione di schede di monitoraggio e di valutazione apposite per la persona in fase terminale. La programmazione infatti di un percorso di cura integrato, capace di guidare e monitorare le cure lungo questa complessa traiettoria, tramite specifica documentazione clinica, migliorerebbe certamente il percorso del paziente terminale e il raggiungimento degli obiettivi di cura prefissati (Costantini, 2009).

## BIBLIOGRAFIA

Agenzia Italiana del Farmaco, Roma. 2015, "L'uso dei farmaci in Italia: Rapporto Nazionale Gennaio-Settembre 2014.", Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali.

Alba, N., Avossa, F., Bassani, M. 2011, "L'ospedalizzazione nel Veneto dal 2000 al 2009", Sistema Epidemiologico Regionale SER-Regione del Veneto, vol 1, pp. 9-37

Ambroset, S., Bassolino, V., Caraceni, A. & et al 2008, "Raccomandazioni della SICP sulla sedazione terminale/sedazione palliativa", Rivista Italiana di Cure Palliative, vol. 1, pp. 16-36.

Ariès, P. 1992, L'uomo e la morte dal Medioevo ad oggi. Arnoldo Mondadori Editore, Cles (TN).

B. Gomes, I., Higginson, N., Calanzani, J. & et al. 2012, "Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain", Ann Oncol, vol. 23, no. 8, pp. 2006-2015.

Bailey, F., Ferguson, L., Williams, B., Woodby, L., Redden, D., Durham, R., Goode, P. & Burgio, K. 2008, "Palliative care intervention for choice and use of opioids in the last hours of life.", J Gerontol A Biol Sci Med Sci., vol. 63, no. 9, pp. 974-978.

Beccaro, M., Caraceni, A. & Costantini, M. 2010, "End-of-Life Care in Italian Hospitals: Quality of and Satisfaction With Care From the Caregivers' Point of View—Results from the Italian Survey of the Dying of Cancer", Journal of pain and symptom management, vol. 39, no. 6, pp. 1003-1015.

Betcher, D.K. 2010, "Elephant in the room project: Improving caring efficacy through effective and compassionate communication with palliative care patients.", Medsurg Nursing, vol. 19, no. 2, pp. 101-105.

Bordin, G., Baldissera, A., Borsato, M., Bernardi, C., Cavallin, E., Lusiani, L. & Sandonà, L. 2011, "La pratica assistenziale nei pazienti oncologici terminali: studio osservazionale retrospettivo in una unità di Medicina Interna.", L'Infermiere, vol. 55, no. 3, pp. 14-19.

Breitbart, W. 2008, "Agitation and delirium at the end of life: "we couldn't manage him"", JAMA, vol. 300, no. 24, pp. 2898-2910.

Bush, S.H., Leonard, M.M., Agar, M., Spiller, J.A., Hosie, A., Wright, D.K., Meagher, D.J., Currow, D.C., Bruera, E. & Lawlor, P.G. 2014, "End-of-Life Delirium: Issues Regarding Recognition, Optimal Management, and the Role of Sedation in the Dying Phase", Journal of pain and symptom management, vol. 48, no. 2, pp. 215-230.

Carlucci, A.; Guerrieri, A.; Nava, S. 2012, "Palliative care in COPD patients: is it only an end-of-life issue?", *European Respiratory Review*, vol. 21, n. 126, pp. 347-354

Casale, G., 2014, "Palliative care in Italy: a historical perspective", *MEDIC*, vol 22, n.1 pp. 21-26.

Clark, D. 2007, "From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer", *The Lancet Oncology*, vol. 8, no. 5, pp. 430-438.

Costantini, M. 2009, "Migliorare la qualità delle cure di fine vita: Un cambiamento possibile e necessario" in , ed. C. Borreani, pp. 11-17.

Di Leo, S., Beccaro, M., Finelli, S. & et al. 2011, "Expectations about and impact of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in an Italian hospital", *Palliative Medicine*, vol. 25, no. 4, pp. 293-303.

Ellershaw, J., & Ward, C. 2003, "Care of the dying patient: the last hours or days of life.", *BMJ: British Medical Journal*, vol. 326, no. 7379, pp. 30-34.

Fabbian, F., De Giorgi, A., Pala, M., Menegatti, A., Gallerani, M. & Manfredini, R. 2014, "Pain Prevalence and Management in an Internal Medicine Setting in Italy", *Pain Research and Treatment*, , pp. 1-5.

Ferrari, R. & et al. 2009, "Pain assessment in non-communicative patients: the Italian version of the Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN).", *Aging Clin Exp Res*, vol. 21, no. 4-5, pp. 298-306.

Ferris, F., Von Gunten, C. & Emanuel, L. 2003, "Competency in end-of-life care: last hours of life.", *Journal of Palliative Medicine.*, vol. 6, no. 4, pp. 605-613.

Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 Marzo 2010

Gianni, W., Madaio, R., Di Cioccio, L. & et al. 2010, "Prevalence of pain in elderly hospitalized patients.", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 51, no. 3, pp. 273-276.

Glare, P., Miller, J., Nikolova, T. & Tickoo, R. 2011, "Treating nausea and vomiting in palliative care: a review.", *Clinical Interventions in Aging*, vol. 6, pp. 243-259.

Gomutbutra, P., O'Riordan, D. & Pantilat, S. 2013, "Management of Moderate-to-Severe Dyspnea in Hospitalized Patients Receiving Palliative Care.", *J Pain Symptom Manage*, vol. 45, pp. 885-891.

Guirimand, F., Sahut d'izarn, M., Laporte, L. & et al. 2015, " Sequential occurrence of dyspnea at the end of life in palliative care, according to the underlying cancer.", *Cancer Medicine*, vol. 4, no. 4, pp. 532-539.

Jennings, A., Davies, A., Higgins, J. & et al. 2012, "Opioids for the palliation of breathlessness in advanced disease and terminal illness.", *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 11, no. 7.

Keeley, P. 2009, "Delirium at the end of life.", *BMJ Clin Evid.*, pp. 2045.

Kelly, B. & Ward, K. 2013, "Nausea and vomiting in palliative care.", *Nursing Times*, vol. 109, no. 39, pp. 16-19.

Lisiero, M., Avossa, F., Pellizzari, M., Carlucci, F., Fedeli, U., Gennaro, N. & Pigato, M. 2012, "L'Assistenza ospedaliera nel fine vita oncologico nella Regione del Veneto", *Sistema Epidemiologico Regionale SER–Regione del Veneto*, vol. 1, pp. 13-43

Lynn, J., Harrell, F., Cohn, F., Wagner, D. & Connors, A.J. 1997, "Prognoses of seriously ill hospitalized patients on the days before death: implications for patient care and public policy.", *New Horiz*, vol. 5, no. 1, pp. 56-61.

Maltoni et al 2012, "Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review", *J Clin Oncol*, vol. 30, pp. 1378-1383.

Mariani, M. 2002, "L'accompagnamento del morente in ospedale: un'indagine presso l'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano", *Io Infermiere*, vol. 4, pp. 24-30.

Mercadante, S. & Vitrano, V. 2010, "Palliative care in Italy: problem areas emerging from the literature", *Pain Relief and Palliative Care Unit, La Maddalena Cancer Center, Palermo, Italy*, vol. 76, no. 12, pp. 1060-1071.

Milnes, S., Orford N., et al. 2015, "A prospective observational study of prevalence and outcomes of patients with Gold Standard Framework criteria in a tertiary regional Australian Hospital.", *BMJ Support Palliat Care*

Ministero della Salute 2011, "Relazione sull'attuazione delle disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.", *Stabilimenti tipografici Carlo Colombo*, , pp. 7-17.

Murray, C. & Lopez, A. 1997, "Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study", *The Lancet*, vol. 349, no. 9064, pp. 1498-1504.

Pivodic, L., Pardon, K., Morin, L. & et al. 2015, "Place of death in the population dying from diseases indicative of palliative care need: a cross-national population-level study in 14 countries", *J Epidemiol Community Health*, .

Registered Nurses' Association of Ontario. 2011, "End-of-life Care During the Last Days and Hours. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.",

Richards, M. 2007, "National Care of the Dying Audit: Hospitals (NCDAH) Generic Report ", *Marie Cure Palliative Care Institute Liverpool*, , pp. 1-28.

Ripamonti, C., Valle, A., Peruselli, C., Pessi, M. & Prandi, C. 2011, "Project "Hospital without pain": analysis of the Italian situation before the law 38 ", *Assist Inferm Ric.*, vol. 30, no. 2, pp. 95-99.

Rome, R.B., Luminais, H.H., Bourgeois, D.A., & et al. 2011, " The Role of Palliative Care at the End of Life.", *The Ochsner Journal*, vol. 11, no. 4, pp. 348-352.

Sbanotto, A. & Burnhill, R. 1998, "Palliative care in Italy: the current situation.", *Support Care Cancer.*, vol. 6, pp. 426-429.

Schrijvers, D. & Van Fraeyenhove, F. 2010, " Emergencies in palliative care", *Cancer J*, vol. 16, no. 5, pp. 514-520.

Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J. & et al. 2011, "Assistenza alla fine della vita", *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, vol. 1, no. 17, pp. 451-461.

Società Italiana di Cure Palliative. 2007, "Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa.", .

Studio EoLO (End of Life in Ospedale), 2001. "Eventi e modi del morire nelle strutture sanitarie di degenza". Istituto L. Maestroni, Cremona.

Tolle, S., Tilden, V. & Hickman, S. 2000, " Family reports of pain in dying hospitalized patients: a structured telephone survey.", *Western Journal of Medicine*, vol. 172, no. 6, pp. 374-377.

Toscani, F., Di Giulio, P., Brunelli, C., Miccinesi, G. & Laquintana, D. 2005, "How People Die in Hospital General Wards: A Descriptive Study", *Journal of pain and symptom management*, vol. 30, no. 1, pp. 33-40.

Trentin, L., Visentin, M., de Marco, R. & & Zandolin, E. 2001, " Prevalence of pain in public hospital: correlation between patients and caregivers. ", *The Journal of Headache and Pain*, vol. 2, no. 2, pp. 73-78.

Venturiero, V., Tarsitani, P., Liperoti, R., et al. 2000, "Cure palliative nel paziente anziano terminale", *GIORN GERONTOL*, vol. 48, pp. 222-246.

Visentin, M., Zanolin, E., Trentin, L., Sartori, S. & de Marco, R. 2005, "Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals", *European Journal of Pain*, vol. 9, no. 1, pp. 61-67.

Voeuk, A. & Oneshuk, D. 2014, "Continuous palliative sedation therapy", *Canadian Family Physician*, vol. 60, no. 9, pp. 813-815.

WHO 1996, "Cancer pain relief.", 2nd edition, .

Zuberi, T. & Simon, C. 2009, "Acute breathlessness in adults", *InnovAiT*, vol. 2, no. 5, pp. 307-315.

## SITOGRAFIA

Cartoni, C. 2010, , Medicina e Cure Palliative. Available: ([http://www.treccani.it/enciclopedia/medicina-e-cure-palliative\\_\(XXI\\_Secolo\)/Settembre 2015](http://www.treccani.it/enciclopedia/medicina-e-cure-palliative_(XXI_Secolo)/Settembre 2015)].

Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi 2009, Il Codice deontologico dell'Infermiere. Available: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> 23 October 2015].

IASP 1986, , IASP (International Association for the Study of Pain). Available: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>. 21 September].

ISTAT 2014, , Le principali cause di morte in Italia - Anno 2012. Available: <file:///C:/Users/Giulia/Downloads/Principali%20cause%20di%20morte%20in%20Italia%20-%202003-dic-2014%20-%20Testo%20integrale.pdf> 2014, Dicembre 3].

Marri, E., Aragosti, P., Bacchini, L. & et al. 2010, Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Available: <http://www.ospfe.it/l-utente/ospedale-senza-dolore/dossier-19423> 23 October 2015].

Ministero della Salute 2010, Il modello organizzativo per la realizzazione della rete di cure palliative. Available: [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_378\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_378_allegato.pdf) [October 2015

Ministero della Salute 2014, Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Available: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2195\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2195_allegato.pdf) 23 Ottobre 2015].

Neuberger J, 2013-last update. *More Care Less Pathway: a Review of the Liverpool Care Pathway*. Available: [tinyurl.com/NeubergerLCPreview](http://tinyurl.com/NeubergerLCPreview) 18 Oct. 2015]

SNLG-Regioni 2014, , Delirium: diagnosi, prevenzione e trattamento: Linea Guida 103 del "National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions". Available: [http://www.snlgi-iss.it/cms/files/LG\\_Delirium\\_2014\\_Bassa.pdf](http://www.snlgi-iss.it/cms/files/LG_Delirium_2014_Bassa.pdf) 23 October 2015].

Trentin, L. 2014, , Valutazione e trattamento dei sintomi nel malato oncologico. Available: [file:///C:/Users/Giulia/Downloads/2014\\_pocket\\_sintomi\\_AIOM.pdf](file:///C:/Users/Giulia/Downloads/2014_pocket_sintomi_AIOM.pdf) 23 October 2015].

## ALLEGATO 1. QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

### QUESTIONARIO “Le cure di fine vita in Ospedale”

**Reparto:** \_\_\_\_\_

cod.Paziente \_\_

Data intervista \_\_ / \_\_ / \_\_

**Dati anagrafici del paziente:**

sexo M / F          Anno di nascita \_\_ / \_\_ / \_\_    Data del decesso \_\_ / \_\_ / \_\_

Ora del decesso \_\_ / \_\_

**Ricovero e cause:**

Diagnosi principale: \_\_\_\_\_

Data ingresso in reparto: \_\_ / \_\_ / \_\_

Precedenti ricoveri negli ultimi tre mesi: Si / No / Non noto

Se sì, indicare il reparto precedente: Medico / Chirurgico / Geriatrico-Lungodegenza/  
Intensivo

**Ultime 48 ore:** (Esami, trattamenti, procedure terapeutiche e diagnostiche effettuate)

*Trattamenti – esami:*

Prelievi ematici Routine SI/ NO || Prelievi ematici speciali SI/NO

Chemioterapia SI / NO

Dialisi peritoneale o Emodialisi SI/NO

RMN SI/NO

TAC SI/NO

*Eliminazione:*

Catetere vescicale SI / NO    Data/ora \_\_\_\_\_

Enteroclisma SI / NO    Data /ora \_\_\_\_\_

Rimozione fecaloma SI / NO    Data /ora \_\_\_\_

*Alimentazione e idratazione:*

SNG SI/ NO    Data/ora \_\_\_\_

PEG SI / NO    Data/ora \_\_\_\_

NPT SI / NO    Data/ora \_\_\_\_



Liquidi ev > 500 ml Data / ora \_\_\_\_

*Respirazione:*

Intubazione OT/NT SI / NO Data/ora \_\_\_\_

Ossigenoterapia SI / NO Data/ ora \_\_\_\_

Ventilazione meccanica / CPAP SI / NO Data/ora \_\_\_\_

*Varie:*

CVC : SI / NO Data / ora \_\_\_\_

Trasfusione: SI / NO Data / ora \_\_\_\_

Altro: SI / NO Specificare \_\_\_\_\_

**Farmaci somministrati il giorno precedente il decesso (GP) e il giorno del decesso (GD):**

nome del farmaco, via di somministrazione e riportare eventuali modifiche del dosaggio.

GP    GD

—	—	_____	EV / SC / IM / OS altro_____
—	—	_____	EV / SC / IM / OS altro_____
—	—	_____	EV / SC / IM / OS altro_____
—	—	_____	EV / SC / IM / OS altro_____
—	—	_____	EV / SC / IM / OS altro_____
—	—	_____	EV / SC / IM / OS altro_____

Visite specialistiche effettuati e/o consulenze richieste il giorno precedente il decesso?

SI / NO

Se sì, specificare:

Internista / Cardiologo / Diabetologo / Neurologo / Altro \_\_\_\_\_

Nelle precedenti 48 ore il malato ha avuto – riferito uno dei seguenti sintomi/segni

SI

NO

-Dolore / Segni di sofferenza

-Confusione

- Agitazione / Irrequietezza
  - Dispnea
  - Tosse
  - Congestione/ Secrezioni
  - Difficoltà a deglutire
  - Nausea / Vomito
  - Diarrea
  - Stitichezza
  - Incontinenza
  - Febbre
  - Piaghe (decubito / maligne)
  - Astenia
  - Depressione
- Altro,      specificare \_\_\_\_\_

**Livello di coscienza PREVALENTE nelle ultime 48 ore**

<i>Paziente sveglio:</i>	<i>Paziente addormentato / sedato /soporoso</i>
Orientato e tranquillo	Vivace risposta allo stimolo tattile sonoro
Ansioso e agitato, irrequieto	Lenta risposta allo stimolo tattile e sonoro
Sonnolento, risponde ai comandi	Nessuna risposta allo stimolo doloroso

**Indice di gravità: Il decesso era atteso? (segnalazione di terminalità e dell'exitus)**

SI/NO

**Livello di autosufficienza nelle ultime 48 ore:** Per ogni area sottoelencata segnalare il quadro corrispondente) Il giudizio è basato sullo stato reale e non sull'abilità. Il paziente che rifiuta di eseguire una funzione viene valutato come se non fosse in grado effettuarla, benché ritenuto capace.

**Fare il bagno** – spugnatura, lavaggio in vasca o doccia :

\_\_\_:Nessuna assistenza

\_\_\_: Riceve assistenza per pulire una sola parte del corpo

\_\_\_: Riceve assistenza per lavare più di una parte del corpo

**Vestirsi** - prendere gli indumenti dall'armadio e cassetti, compresa la biancheria, svestirsi, allacciarsi

\_\_\_ : Completamente vestito senza assistenza

\_\_\_ : Si veste senza aiuto tranne che per le scarpe

\_\_\_ : Riceve aiuto per prendere i vestiti o indossarli o rimane parzialmente svestito

**Igiene personale – usufruisce da solo dei servizi igienici per l'eliminazione, si pulisce da solo e si riveste**

\_\_\_ : Va ai servizi, si pulisce e riveste senza aiuto, bensì con bastone o sedia a rotelle, usare pannolone e comoda

\_\_\_ : Riceve aiuto per andare ai servizi o pulirsi

\_\_\_ : Non va ai servizi

**Spostamenti**

\_\_\_ : Si sposta nel letto senza aiuto

\_\_\_ : Si sposta da solo

\_\_\_ : Non si sposta

**Controllo sfinteriale:**

\_\_\_ : Autonomo

\_\_\_ : Saltuariamente incontinente

\_\_\_ : Necessita di supervisione, catetere o incontinente

**Alimentazione:**

\_\_\_ : Si alimenta da solo

\_\_\_ : Autonomo tranne che per tagliare o portare il cibo alla bocca

\_\_\_ : Aiutato o alimentato parzialmente o completamente per sonda o per via parenterale

**Giorno del decesso**

**Accudimento (durante le 24 ore prima del decesso):**

-Mobilizzazione SI / NO

- Medicazioni SI / NO

-Cura Cavo Orale, Igiene personale SI / NO

- Cambio biancheria personale SI / NO

- Presenza in stanza SI / NO

**Quando il paziente stava per morire quali delle seguenti terapie sono state eseguite?**

-Terapie Rianimatorie: Intubazione oro tracheale, Massaggio cardiaco, Incannulazione del CVC, Cardioversione, Iniezioni SI / NO

- Terapia d'urgenza: SI / NO Se sì, specificare

Farmaci salvavita SI / NO Quali \_\_\_\_\_

O2 terapia SI / NO \_\_\_\_\_

ECG SI/ NO

Prelievi ematici SI / NO

Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Evento che ha condotto alla morte**

Infezione- sepsi / Emorragia / Insufficienza cardiocircolatoria / Arresto Respiratorio / Insufficienza renale / Altro \_\_\_\_\_

Durante il ricovero il malato è stato visto dall'algolo / palliatore ? SI / NO

Quante ore prima della morte è stato visto dal medico l'ultima volta? > 12 / 6-12 / 1-5 / < 1

**Ambiente:**

Tipo di stanza: numero letti occupati \_\_\_\_

Se a più letti, quanti malati erano presenti ? \_\_\_\_

E' stato posizionato un paravento se c'erano altri malati ? SI / NO

Il malato era sistemato su un materasso antidecubito? SI / NO

Rituali religiosi richiesti (familiari o paziente) SI / NO eseguiti SI / NO

**Nei giorni precedenti il decesso i familiari sono rimasti con il paziente**

-senza restrizioni di orario

-con restrizioni ma tempi superiori agli orari di visita

-solo negli orari di visita

**Aspetto comunicativo:**

Il paziente e la famiglia sono stati informati della gravità del quadro clinico e dell'exitus imminente? SI/NO

Il paziente e la famiglia hanno potuto discutere di aspetti psicologici ed emozionali con il personale di reparto? SI/NO

**Supporto psicologico e spirituale:**

E' stata richiesta una figura di supporto psicologico e/o spirituale per paziente e famigliari? SI/NO

**Al momento del decesso:**

Il paziente era solo SI / NO

Chi si è accorto che il paziente era morto ? Familiari / Assistente Privato / Infermieri / Medico

**Intervista all'infermiere (di turno durante il decesso e/o il turno precedente)**

Secondo lei, il malato era consapevole di stare per morire? SI / NO / NON SO4

Aveva mai espresso il desiderio di morire o sospendere i trattamenti? SI / NO / NON SO

Vedi Giorno del Decesso.

## ALLEGATO 2. TABELLE DEI RISULTATI

**Tab XVII - Caratteristiche del campione di pazienti**

Caratteristiche dei pazienti	Frequenza assoluta o media (n=200)	Frequenza percentuale	Intervallo di confidenza al 95%
Sesso			
<i>Maschio</i>	99	49,5	43-56
<i>Femmina</i>	101	50,5	44-57
Età al decesso (anni)			
	83	-	81-84
Durata ricovero (giorni)			
	8	-	7-9
Decesso in orario 7-21			
	124	62,0	55-69
Patologia			
<i>Respiratoria</i>	49	24,5	19-30
<i>Cardiovascolare</i>	32	16,0	11-21
<i>Neurologica</i>	35	17,5	12-23
<i>Oncologica</i>	35	17,5	12-23
<i>Infettiva</i>	27	13,5	9-18
<i>Renale</i>	11	5,5	2-9
<i>Epatica/addominale e altro</i>	11	5,5	2-9
Precedente ricovero negli ultimi 3 mesi			
	41	20,5	15-26
Reparto del precedente ricovero*			
<i>Chirurgia</i>	7	17,1	6-29
<i>Geriatrics</i>	12	29,3	15-42
<i>Intensivo</i>	20	48,8	33-64
<i>Medicina generale</i>	2	4,9	0-11
Causa del decesso			
<i>Arresto cardiorespiratorio</i>	89	44,5	38-51
<i>Emorragia</i>	7	3,5	1-6
<i>Insufficienza cardiocircolatoria</i>	36	18,0	13-23
<i>Insufficienza epato-renale</i>	21	10,5	6-15
<i>Sepsi</i>	46	23,0	17-29
<i>Non pervenuto</i>	1	0,5	0-1
Decesso atteso**			
	110	55,0	48-62

\* Frequenza % calcolata su n=41

\*\* segnalata terminalità e imminenza dell'exitus nella documentazione clinica

**Tab.XVIII - Esami/trattamenti/procedure terapeutiche e diagnostiche effettuate**

<b>Esame/trattamento/procedura terapeutica e diagnostica effettuata</b>	<b>Frequenza assoluta (n=200)</b>	<b>Frequenza percentuale</b>	<b>Intervallo di confidenza al 95%</b>
<b>Trattamenti-esami</b>			
<i>Prelievi ematici di routine</i>	187	93,5	90-97
<i>Prelievi ematici speciali</i>	68	34,0	27-41
<i>Emodialisi</i>	24	12,0	7-17
<i>RX</i>	73	36,5	30-43
<i>TAC</i>	31	15,5	10-21
<b>Eliminazione</b>			
<i>Catetere vescicale</i>	61	30,5	24-37
<i>Enteroclisma</i>	48	24,0	18-30
<i>Rimozione fecaloma</i>	28	14,0	9-19
<b>Alimentazione-idratazione</b>			
<i>Sonda NG</i>	33	16,5	11-22
<i>Nutrizione Parenterale Totale</i>	146	73,0	67-79
<i>Liquidi ev (&gt; 500 ml)</i>	159	79,5	74-85
<b>Respirazione/varie</b>			
<i>Ossigenoterapia</i>	132	66,0	59-73
<i>Ventilazione meccanica/CPAP</i>	43	21,5	16-27
<i>Broncoaspirazione</i>	49	24,5	19-30
<i>Incanulamento vena centrale</i>	52	26,0	20-32
<i>Trasfusione</i>	33	16,5	11-22

**Tab.XIX- Il giorno prima del decesso: sintomi**

<b>Sintomi</b>	<b>Frequenza assoluta (n=200)</b>	<b>Frequenza percentuale</b>	<b>Intervallo di confidenza al 95%</b>
<i>Dolore/segni di sofferenza</i>			
<i>Sì</i>	108	54,0	47-61
<i>No</i>	56	28,0	22-34
<i>Non valutabile</i>	36	18,0	13-23
<i>Confusione</i>	43	21,5	16-27
<i>Agitazione/irrequietezza</i>	86	43,0	36-50
<i>Mancanza di respiro</i>	134	67,0	60-74
<i>Tosse</i>	36	18,0	13-23
<i>Congestione/secrezione</i>	79	39,5	33-46
<i>Difficoltà a deglutire</i>	73	36,5	30-43
<i>Nausea/vomito</i>	73	36,5	30-43
<i>Diarrea</i>	14	7,0	3-11
<i>Stitichezza</i>	53	26,5	20-33
<i>Febbre</i>	66	33,0	26-40
<i>Lesioni da pressione</i>	47	23,5	18-29
Il malato è stato visitato dall'algologo/palliatore	3	1,5	0-3



**Tab.XX- Il giorno prima del decesso: livello di coscienza, di dipendenza e interventi di assistenza infermieristica**

<b>Livello di coscienza/ livello di dipendenza</b>	<b>Frequenza assoluta (n=200)</b>	<b>Frequenza percentuale</b>	<b>Intervallo di confidenza al 95%</b>
<b>Livello di coscienza</b>			
Paziente sveglio			
<i>Orientato e tranquillo</i>	40	20,0	14-26
<i>Ansioso e agitato, o irrequieto, o entrambi</i>	72	36,0	29-43
<i>Sonnolento, risponde ai comandi</i>	86	43,0	36-50
Paziente addormentato/sedato/soporoso			
<i>Vivace risposta allo stimolo tattile o sonoro</i>	6	3,0	1-5
<i>Lenta risposta allo stimolo tattile o sonoro</i>	15	7,5	4-11
<i>Nessuna risposta allo stimolo tattile o sonoro, ma risposta allo stimolo doloroso</i>	14	7,0	3-11
<b>Livello di dipendenza (calcolato in base a: alimentazione, controllo sfinteriale, spostamenti, uso dei servizi igienici, abbigliamento)</b>			
<i>Indipendente tranne che per una di queste funzioni</i>	35	17,5	12-23
<i>Indipendente tranne che per il bagno o più di un'altra funzione</i>	2	1,0	0-2
<i>Indipendente tranne che per fare il bagno, vestirsi o più di un'altra funzione</i>	1	0,5	0-1
<i>Indipendente tranne che per il bagno, vestirsi, usare i servizi o più di un'altra funzione</i>	43	21,5	16-27
<i>Indipendente tranne che per il bagno, vestirsi, usare i servizi, spostarsi o più di un'altra funzione</i>	17	8,5	5-12
<i>Dipendente per tutte le funzioni</i>	102	51,0	44-58
Interventi di assistenza infermieristica			
<i>Mobilizzazione</i>	176	88,0	83-93
<i>Igiene personale</i>	155	77,5	72-83

\* Frequenza % calcolata su n=36

**Tab. XXI - Visite specialistiche, consapevolezza del paziente e manovre salva vita**

<b>Visite specialistiche, consapevolezza del paziente e manovre salvavita</b>	<b>Frequenza assoluta (n=200)</b>	<b>Frequenza percentuale</b>	<b>Intervallo di confidenza al 95%</b>
Visite specialistiche effettuate e/o consulenze richieste	36	18,0	13-23
Specialista che ha effettuato la visita/consulenza*			
<i>Anestesista</i>	3	8,3	0-17
<i>Caposala RSA</i>	1	2,8	0-8
<i>Cardiologo</i>	10	27,8	13-42
<i>Chirurgo</i>	13	36,1	20-52
<i>Dietologo</i>	1	2,8	0-8
<i>Infettivologo</i>	8	22,2	9-36
Consapevolezza da parte del malato di stare per morire**	14	29,7	24-37
Desiderio espresso dal malato di morire/sospendere i trattamenti**	12	25,5	26-39
Terapie rianimatorie	43	21,5	16-27
Terapie d'urgenza	44	22,0	16-28
Farmaci salvavita	84	42,0	35-49
O2 terapia	93	46,5	40-53
ECG	41	20,5	15-26
Prelievi ematici	28	14,0	9-19

\* Frequenza % calcolata su n=36

\*\*Frequenza % calcolata su n=47

**Tab. XXII - Le circostanze del decesso**

<b>Le circostanze del decesso</b>	<b>Frequenza assoluta (n=200)</b>	<b>Frequenza percentuale</b>	<b>Intervallo di confidenza al 95%</b>
Tempo trascorso tra l'ultima visita da parte del medico e il decesso			
<i>&lt;1 ora</i>	54	27,0	21-33
<i>1-5 ore</i>	109	54,5	48-61
<i>6-12 ore</i>	37	18,5	13-24
Tipo di stanza: numero di letti occupati			
1	114	57,0	15-27
2	42	21,0	16-28
3	44	22,0	65-77
Sistemazione del malato su materasso antidecubito	130	65,0	58-72
Richiesta di rituali religiosi (da malato o dai familiari)	87	43,5	37-50
Esecuzione di rituali religiosi	87	43,5	37-50
Presenza dei familiari nei giorni precedenti il decesso	114	57,0	50-64
Paziente da solo al momento del decesso	84	42,0	35-49
Al momento del decesso erano presenti			
famigliari/amici	109	54,5	48-61
assistente privato	27	13,5	9-18
Medico	43	21,5	16-27
Infermiere	119	59,5	53-66
Comunicazione dell'imminente exitus alla famiglia			
Si	104	52,0	45-59
No	96	48,0	41-55

**Tab. XXIII - Farmaci somministrati nelle ultime 48 ore e via di somministrazione**

Farmaci somministrati e via di somministrazione	Frequenza		Intervallo di confidenza al 95%
	assoluta (n=200)	Frequenza percentuale	
<b>Farmaco</b>			
<i>Antibiotico</i>	72	36,0	29-43
<i>Antiematico</i>	21	10,5	6-15
<i>Diuretico</i>	62	31,0	25-37
<i>Analgesico non oppioide</i>	52	26,0	20-32
<i>Analgesico oppioide (2-10 mg)</i>	54	27,0	21-33
<i>Analgesico oppioide (&gt;10 mg)</i>	39	19,5	14-25
<i>Corticosteroide</i>	31	15,5	10-21
<i>Sedativo</i>	26	13,0	8-18
<i>Inotropo</i>	26	13,0	8-18
<b>Via di somministrazione del farmaco</b>			
<i>Endovenosa</i>	197	98,5	97-100
<i>Orale</i>	15	7,5	4-11
<i>Sottocutanea</i>	15	7,5	4-11
<i>Intramuscolare</i>	2	1,0	0-2

*I risultati statisticamente significativi sono stati cerchiati per facilitare la lettura e comprensione delle tabelle.*

**Tab XXIV. Associazione tra decesso atteso e prelievi ematici di routine**

Prelievi ematici di routine	Decesso atteso	
	NO	SI
NO	-	13 (12%)
SI	90 (100%)	97 (88%)
Totale	90 (100%)	110 (100%)

**Test Chi-quadrato = 11,38; p-value < 0,005**

**Tab. XXV - Associazione tra decesso atteso e livello di coscienza del paziente sveglio**

Livello di coscienza	Decesso atteso	
	NO	SI
Orientato e tranquillo	30 (39%)	10 (11%)
Ansioso e agitato, o irrequieto, o entrambi	35 (46%)	37 (42%)
Sonnolente, risponde ai comandi	11 (14%)	42 (47%)
Totale	76 (100%)	89 (100%)

**Test Chi-quadrato = 27,33; p-value < 0,005**

**Tab. XXVI - Associazione tra decesso atteso e tipo di stanza (numero di letti occupati)**

Tipo di stanza (numero di letti occupati)	Decesso atteso	
	NO	SI
1	36 (40%)	78 (71%)
2	25 (28%)	17 (15%)
4	29 (32%)	15 (14%)
Totale	90 (100%)	110 (100%)

**Test Chi-quadrato = 19,65; p-value < 0,005**

**Tab. XXVII-** Associazione tra decesso atteso e presenza dei famigliari al momento del decesso

<b>Presenza famigliari</b>	<b>Decesso atteso</b>	
	<b>NO</b>	<b>SI</b>
NO	56 (62%)	35 (32%)
SI	34 (38%)	75 (68%)
Totale	90 (100%)	110 (100%)

**Test Chi-quadrato = 18,45; p-value < 0,005**

**Tab. XXVIII - Associazione tra decesso atteso e comunicazione alla famiglia della gravità della situazione clinica**

<b>Comunicazione alla famiglia (informata della situazione clinica)</b>	<b>Decesso atteso</b>	
	<b>NO</b>	<b>SI</b>
NO	69 (77%)	27 (25%)
SI	21 (23%)	83 (75%)
Totale	90 (100%)	110 (100%)

**Test Chi-quadrato = 53,88; p-value < 0,005**

**Tab. XXIX - Associazione tra sintomo di dolore/segni di sofferenza e tipo di analgesico**

Analgesico	Dolore/segni di sofferenza	
	NO	SI
Non oppioide	16 (84%)	23 (35%)
Oppioide	3 (16%)	43 (65%)
Totale	19 (100%)	66 (100%)

**Test Chi-quadrato = 14,48; p-value < 0,005**

**Tab. XXX - Associazione tra patologia e somministrazione di farmaco analgesico oppioide (>10 mg)**

Analgesico oppioide (> 10 mg)	Patologia						
	Resp.	Cardiov.	Neur.	Onc.	Inf. Renale	Addominale	
NO	42 (86%)	30 (93%)	29 (83%)	13 (37%)	25 (93%)	11 (100%)	11 (100%)
SI	7 (14%)	2 (7%)	6 (17%)	22 (63%)	2 (7%)	0 (17%)	0 (17%)
Totale	49 (100%)	32 (100%)	35 (100%)	35 (100%)	27 (100%)	11 (100%)	11 (100%)

**Test Chi-quadrato = 54,31; p-value < 0,005**

**Tab. XXXI- Associazione tra stato di agitazione/irrequietezza del paziente e somministrazione di un farmaco sedativo**

Sedativo	Agitazione/irrequietezza	
	NO	SI
NO	104 (91%)	70 (81%)
SI	10 (9%)	16 (19%)
Totale	114 (100%)	86 (100%)

**Test Chi-quadrato = 4,19; p-value < 0,005**

**Tab. XXXII - Associazione tra sintomo di mancanza di respiro ed esecuzione di O2 terapia**

O2 terapia	Mancanza di respiro	
	NO	SI
NO	52 (79%)	55 (41%)
SI	14 (21%)	79 (59%)
Totale	66 (100%)	134 (100%)

**Test Chi-quadrato = 25,32; p-value < 0,005**