

Consigli del Reparto di Nefrologia degli Ospedali di St. George e di Sutherland in materia di Advance Care Planning (pianificazione per le cure di fine vita (ACP))

1. È consigliabile e giusto avviare la pianificazione per le cure di fine vita con i pazienti affetti da una malattia renale all'ultimo stadio (ESRD)
2. Tali discussioni dovrebbero essere avviate dal nefrologo con la possibile partecipazione di altri membri dell'equipe delle terapie renali.
3. L'Advance Care Planning dovrebbe essere intrapreso per:
 - (a) tutti i pazienti capaci di intendere e di volere di età pari o superiore a 65 anni, e
 - (b) tutti i pazienti capaci di intendere e di volere, a prescindere dalla loro età, che soddisfano uno o più dei seguenti requisiti:
 - Il nefrologo non sarebbe sorpreso se il paziente fosse destinato a morire nel giro di 12 mesi.
 - La presenza di due o più comorbidità
 - Scadenti condizioni funzionali
 - Malnutrizione cronica
 - Scadente qualità della vita
4. La decisione sulla tempistica di queste discussioni spetta al nefrologo a sua discrezione. Le tempistiche consigliate sarebbero:
 - (a) Non appena il paziente viene considerato rientrare nei criteri di cui al punto 3.
 - (b) In presenza di discussioni sulla pre-dialisi
 - (c) In presenza di notevoli eventi sentinella.
5. Ove possibile, le discussioni in materia di ACP dovrebbero includere i familiari del paziente.
6. Ove possibile, tali discussioni dovrebbero includere anche l'assistente sociale del reparto di nefrologia.
7. Il contenuto della discussione e eventuale documentazione dovrebbero includere:
 - Informazioni sulla natura della ESRD, prognosi e qualità della vita.
 - Selezione di un tutore
 - Esplorazione di aspettative, obiettivo dell'assistenza e valori
 - Indicazione dei casi in cui il paziente potrebbe desiderare di sospendere la dialisi e altre terapie attive e avviare un approccio puramente palliativo. Questo processo potrebbe continuare nell'arco di molteplici conversazioni
8. Tutte le discussioni in materia di ACP vengono documentate. Tutta la documentazione relativa alla ACP è universalmente disponibile tramite gli organi competenti in seno al reparto e all'ospedale.

Gentile Dottore

Il processo di pianificazione delle cure di fine è consigliato per i pazienti affetti da una grave malattia. Oggi abbiamo avviato un Advance Care Plan per:

Nome :

che riteniamo capace di intendere e di volere ai fini della formulazione del piano.

Data:

Presenti all'incontro:

Nefrologo:

Trattato con dialisi o percorso conservativo:

Se trattato con dialisi, la modalità della dialisi:

Piano

Se dovessi ammalarmi e diventare incapace di prendere decisioni per me stesso, desidero designare la seguente persona quale mio tutore:

Se dovessi contrarre una grave malattia irreversibile e potenzialmente mortale e diventassi incapace di prendere decisioni di carattere medico per me stesso, vorrei/non vorrei:

1. Ventilazione
2. Farmaci inotropi
3. Rianimazione cardiopolmonare
4. Proseguimento della dialisi

Altre discussioni e/o decisioni:

Firma del paziente

Firma del nefrologo

Copia di questo piano verrà consegnata al paziente, inviata a Lei in veste di medico di base del paziente, conservata nella cartella clinica del paziente e resa disponibile elettronicamente a tutti i medici presso gli ospedali di St. George e di Sutherland. Idealmente questo piano verrà rivisto ogni anno.