



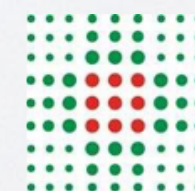
Imola 14 febbraio 2019

# La desistenza terapeutica

Sandra Rossi  
[sarossi@ao.pr.it](mailto:sarossi@ao.pr.it)



*Transplant  
Procurement  
Management*



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

# LETTURE

- Zamperetti N, Bellomo R, Dan M, Ronco C: **Ethical, political, and social aspects of high-technology medicine: Eos and Care.** Int Care Med 2006;
- Gruppo di studio ad hoc della commissione di bioetica della SIAARTI: **SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for the limitation of treatment in intensive care.** Minerva Anesthesiol 2003; 69: 101-18.
- Cook D, Rocker J: **Dying with dignity in the ICU.** NEJM 2014; 370:2506-14.
- **Le cure di fine vita e l'anestesista e rianimatore: raccomandazioni SIAARTI per l'approccio alla persona morente. Update 2018**



# RIFERIMENTI NORMATIVI

- Comitato Nazionale per la Bioetica. Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte. 29 gennaio 2016.
- Legge 22 dicembre 2017 n.219. Norme in materia di Consenso Informato e di Disposizioni Anticipate di Trattamento. 2017.
- Codice di deontologia medica-FNOMCEO

# OUTLINE

- La medicina ipertecnologica (HTM) e le sue contraddizioni
- Scopo, intensità e proporzionalità delle cure intensive
- **Decisioni di fine vita in Terapia Intensiva**



# IL MITO DELL'IMMORTALITÀ NELL'EPOCA DEL POTERE BIOTECNOLOGICO: EOS ETITHONOS

*Del pari, allor che Aurora, dall'aureo trono, Titóne rapí, ch'era mortale di stirpe, ma simile ai Numi, prece rivolse al Croníde, signore dei nuvoli foschi, che lo rendesse immune da morte, e di vita perenne. E Giove acconsentí, volle ch'esito avesse la prece. Poi, quando giú dal capo suo fulgido, giú dalle gote floride, i primi a lui s'effusero crini canuti, lungi dal suo giaciglio rimase la Dea veneranda, e in casa ognor lo tenne, porgendogli cibo ed ambrosia, quale manducano i Numi, gli diede bellissime vesti. Ma quando poi lo colse l'estrema vecchiezza odiosa, né muover piú potea, né pure agitare le membra, questo le parve il migliore partito: rinchiuso tenerlo nel talamo, e su lui serrare le fulgide imposte. Un ciangiuglío perenne gli uscía dalle labbra, né ombra piú della forza avea, ch'ebbe un giorno nell'agili membra lo non vorrei che cosí, fra i Numi che vivono eterni, vivessi tu, che mai non dovesse finir la tua vita.*

Omero-Inno ad Afrodite



G. Mannozi- Aurora e Titone. Firenze Galleria degli Uffizi

# CONTRADDIZIONI DELLA MEDICINA IPER-TECNOLOGICA:

- Separazione tra biologia e biografia
- La medicina ipertecnologica consente la “manipolazione” del processo del morire.
- La morte è e sarà sempre un processo inevitabile.



The screenshot shows the top navigation bar of the la Repubblica.it website. The logo "la Repubblica.it" is on the left, and "Archivio" is on the right. Below the logo is a horizontal menu with tabs: "Home", "Pubblico", "Economia&Finanza", "Sport", "Spettacoli", "Cultura", and "Motori". Below the menu is a breadcrumb trail: "Sei in: Archivio > la Repubblica.it > 2017 > 12 > 17 > Abitanti in calo, ma si m...". The main headline of the article is "Abitanti in calo, ma si muore meno" in large, bold, dark blue font.

**la Repubblica.it** | **Archivio**

**Home** | Pubblico | Economia&Finanza | Sport | Spettacoli | Cultura | Motori

Sei in: Archivio > la Repubblica.it > 2017 > 12 > 17 > Abitanti in calo, ma si m...

## **Abitanti in calo, ma si muore meno**





# SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for the limitation of treatment in intensive care

GRUPPO DI STUDIO AD HOC DELLA COMMISSIONE DI BIOETICA DELLA SIAARTI

MEMBERSHIP OF THE AD-HOC STUDY GROUP.—*A. Albani*, Anaesthetist-rianimation specialist, Biella. *C. Barbisan*, Bioethics specialist, Treviso Diocese. *M. G. Barneschi*, Anaesthetist-rianimation specialist, Florence. *P. Benciolini*, Forensic medicine specialist, Padua University. *G. Bertolini*, Epidemiologist, Mario Negri Institute, Bergamo. *F. Bobbio Pallavicini*, Anaesthetist-rianimation specialist, Genoa. *A. Braschi*, Anaesthetist-rianimation specialist, Pavia University. *G. Conti*, Anaesthetist-rianimation specialist, Sacro Cuore University, Rome. *R. Cecioni*, Bioethics specialist, Consulta di Bioetica, Milan. *G. Cornara*, Anaesthetist-rianimation specialist, Cuneo. *C. A. Defanti*, Bioethics specialist, neurologist, Niguarda, Milano. *E. Facco*, Anaesthetist-rianimation specialist, Padua University. *A. Giannini*, Anaesthetist-rianimation specialist, Clinical Specialization Institutes, Milan. *S. Fucchi*, Magistrate, Court of Milan. *F. Giunta*, Anaesthetist-rianimation specialist, Pisa University. *G. Giurati*, Anaesthetist-rianimation specialist, Milan Polyclinic. *G. Iapichino*, Anaesthetist-rianimation specialist, Milan University. *M. Marchesi*, Anaesthetist-rianimation specialist, Bergamo. *D. Mazzon*, Anaesthetist-rianimation specialist, Belluno. *P. Moreni*, Forensic medicine specialist, Padua University. *M. Mori*, Bioethics specialist, Turin University. *D. Neri*, Bioethics specialist, Messina University. *L. Orsi*, Anaesthetist-rianimation specialist, Crema. *R. Proietti*, Anaesthetist-rianimation specialist, Sacro Cuore University, Rome. *M. Riccio*, Anaesthetist-rianimation specialist, Cremona. *A. Santosuosso*, Magistrate, Court of Milan. *M. Scesi*, Anaesthetist-rianimation specialist, Chieti University. *R. Tufano*, Anaesthetist-rianimation specialist, Naples University. *F. Turetta*, Anaesthetist-rianimation specialist, Mestre. *N. Zamperetti*, Anaesthetist-rianimation specialist, Vicenza.



# AMMISSIONE ALLA TERAPIA INTENSIVA

## CRITERI DI APPROPRIATEZZA

- stato critico caratterizzato da insufficienza di una o più f. vitali
- Rischio elevato di sviluppare uno stato critico per il sopraggiungere di complicanze prevedibili (monitoraggio)
- Ragionevole probabilità dei benefici attesi dal trattamento intensivo in rapporto agli oneri dello stesso (**utilità**)
- Ragionevoli aspettative di risoluzione dello stato critico (**curabilità**)
- 1- patologie acute reversibili 2- patologie croniche riacutizzate in cui è ragionevole attendersi un buon recupero 3- *donatori d'organo*





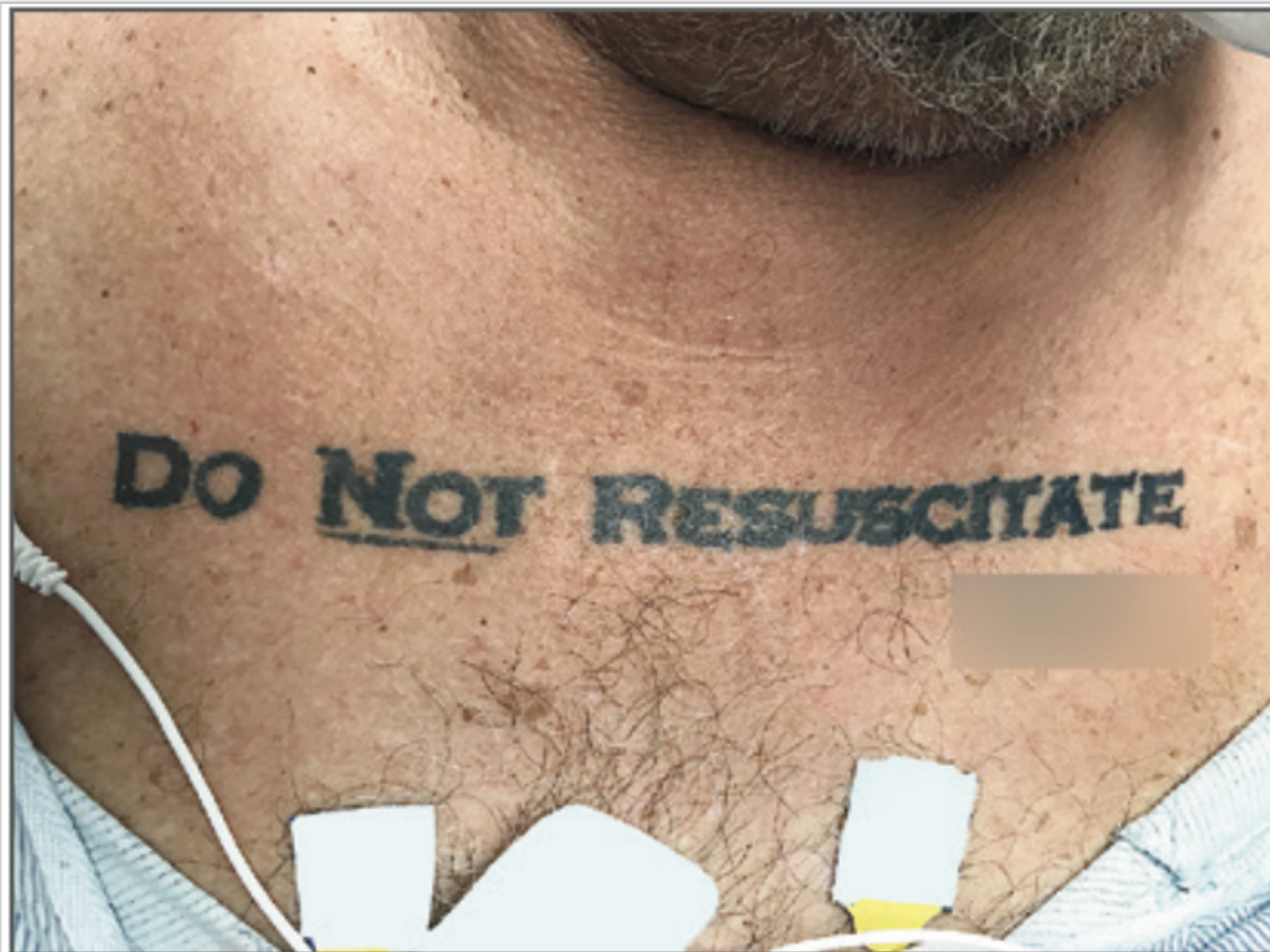
**SIAARTI**  
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

# LE CURE DI FINE VITA E L'ANESTESISTA RIANIMATORE: RACCOMANDAZIONI SIAARTI PER L'APPROCCIO ALLA PERSONA MORENTE

## UPDATE 2018



## An Unconscious Patient with a DNR Tattoo



Gregory E. Holt, M.D., Ph.D.  
Bianca Sarmento, M.D.  
Daniel Kett, M.D.  
Kenneth W. Goodman, Ph.D.  
University of Miami  
Miami, FL  
gholt@miami.edu



# OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO

1. fornire trattamenti finalizzati a una ragionevole aspettativa di vita al di fuori di una struttura sanitaria per acuti, idealmente con una capacità cognitiva sufficiente ad apprezzare i benefici del trattamento ricevuto;
2. garantire alla persona morente adeguate cure palliative nelle fasi finali della vita. L'utilizzo della TI per fini esclusivamente palliativi – quindi l'ammissione in TI di pazienti morenti – deve essere riservato a casi dalla gestione particolarmente complessa, bilanciando i benefici e gli oneri per la persona ricoverata e i suoi familiari, dopo aver considerato ogni altra opzione disponibile;
3. consentire – in presenza di presunta o accertata volontà favorevole – la donazione d'organi per i pazienti con gravi cerebro-lesioni con prognosi infausta e sottoposti a trattamenti intensivi al di fuori della TI. Sono inclusi in questo obiettivo sia i pazienti con verosimile progressione verso la morte encefalica, sia quelli potenzialmente candidati a una donazione controllata a cuore fermo. E' fondamentale, per tutti questi casi, un'assoluta chiarezza sugli obiettivi di cura al momento dell'ingresso in TI.

# The slipperiness of futility

When clinicians deem an intervention to be futile, what do they actually mean?

- Futility is goal specific.
- Physiological futility is when the proposed intervention cannot physiologically achieve the desired effect. It is the most objective type of futility judgment.
- Quantitative futility is when the proposed intervention is highly unlikely to achieve the desired effect.
- Qualitative futility is when the proposed intervention, if successful, will probably produce such a poor outcome that it is deemed best not to attempt it.

“

**Like “best interests,” “futility” exudes a confident air of objectivity while concealing value judgments**

”



# The slipperiness of futility

When clinicians deem an intervention to be futile, what do they actually mean?

**Proporzionalità:** Bilancio tra il beneficio atteso ed i costi di intraprendere/proseguire un trattamento

## Intervento:

- Tecnicamente possibile
- Clinicamente appropriato
- Complessivamente proporzionato

in *Clinical Ethics*, it may be better to think in terms of proportionality or “the balance of expected benefits over burdens imposed by continued interventions.” Furthermore, “futile” suggests that nothing can be done. Recall the ancient medical wisdom: “To cure, sometimes. To relieve, often. To comfort, always.” There is always something to be done.

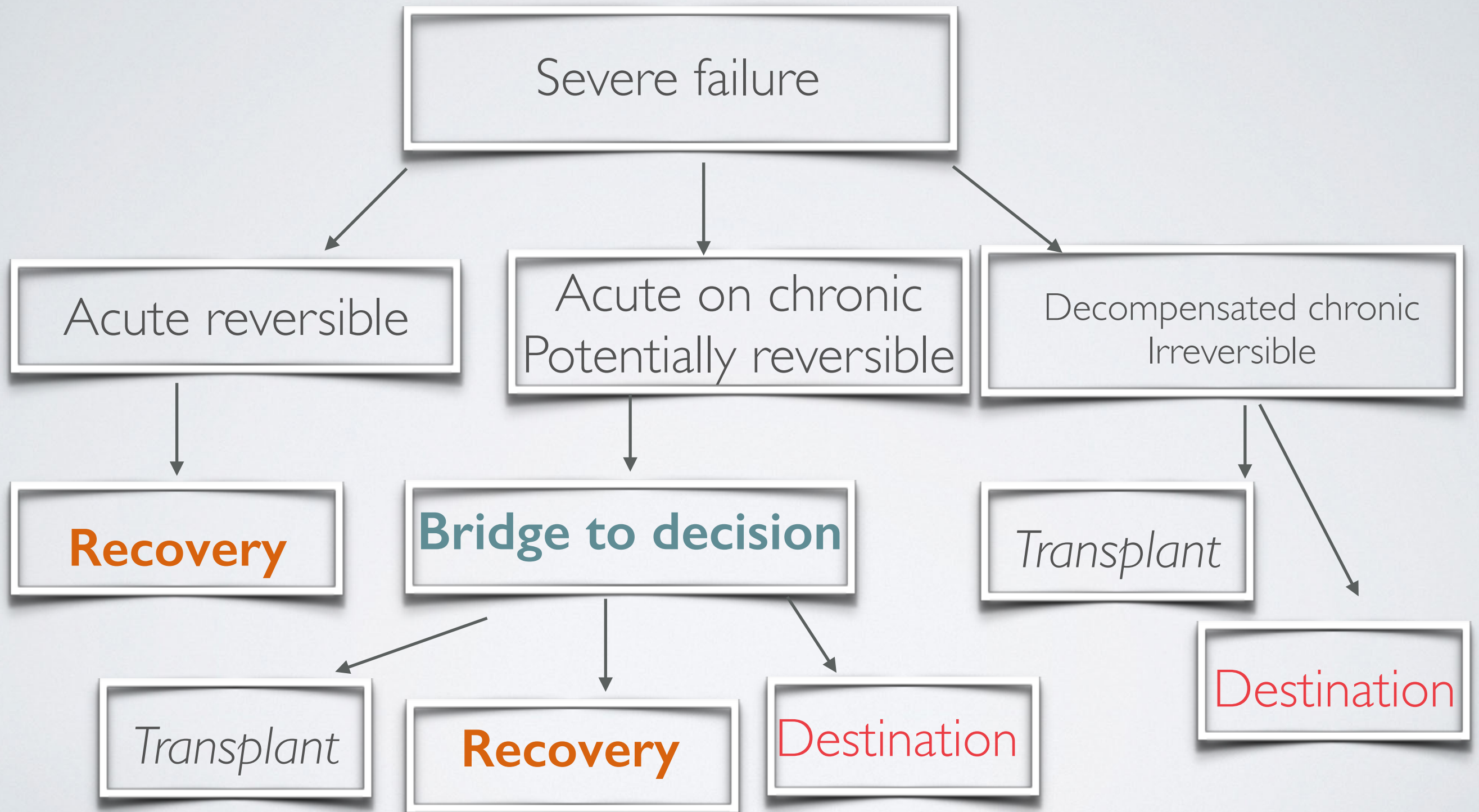


# LE TECNOLOGIE CI CONSENTONO DI “COMPRARE IL TEMPO”





# BRIDGING TO WHERE?



# SCHEMA DI RIFERIMENTO

- Obiettivo **ottimale** del trattamento intensivo è il recupero totale dello stato di salute
- L'obiettivo **concretamente** perseguibile dalla medicina intensiva è il mantenimento di una vita dignitosa, il controllo della sofferenza e la garanzia di una morte dignitosa
- Rispetto dei **diritti** del paziente (informazione ed autodeterminazione) e della **proporzionalità delle cure** (miglioramento, prolungamento, probabilità/oneri).



# PRINCIPI ETICI

- AUTONOMIA
- BENEFICIALITÀ
- NON MALEFICIALITÀ
- GIUSTIZIA DISTRIBUTIVA

*L'eccesso di cura (trattamento sproporzionato o futile), non è eticamente giustificato!*



# RESPONSABILITA'

- Il medico ritiene più tutelante agire comunque
- Interpretazione di erogazione cure intensive come opzione automatica impedisce di prendere in considerazione opzioni terapeutiche di tipo palliativo
- Ingiustificata sovrastima del potere dei familiari
- Spettacolarizzazione mediatica della medicina critica ha favorito una cognizione non realistica



## End-of-life decision-making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian units

- 21438 pazienti/3793 morti (anno 2005)

- 
- Capacità del paziente di esprimere un consenso
  - Possibilità della famiglia di essere coinvolta
  - Decisione presa
    - **Nessuna limitazione adottata**
    - **DNR order**
    - **Withholding**
    - **Withdrawal**

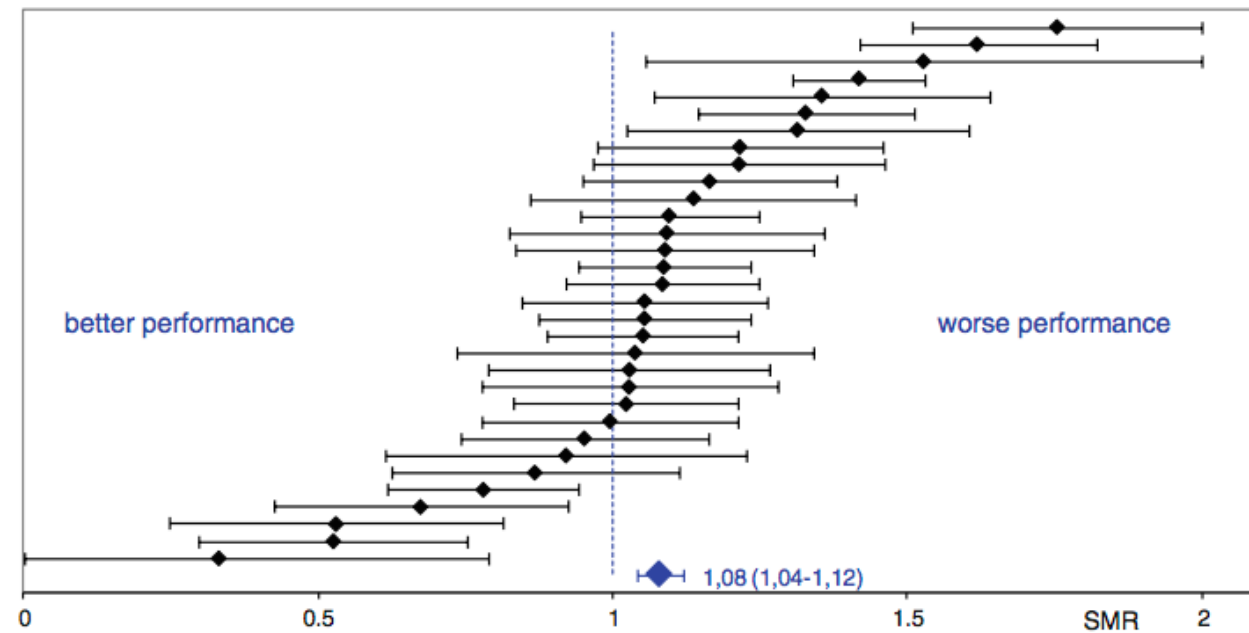
# End-of-life decision-making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian units

**Table 2** (a) Treatment plan chosen for the patient at death or discharge and (b) details of treatment limitation

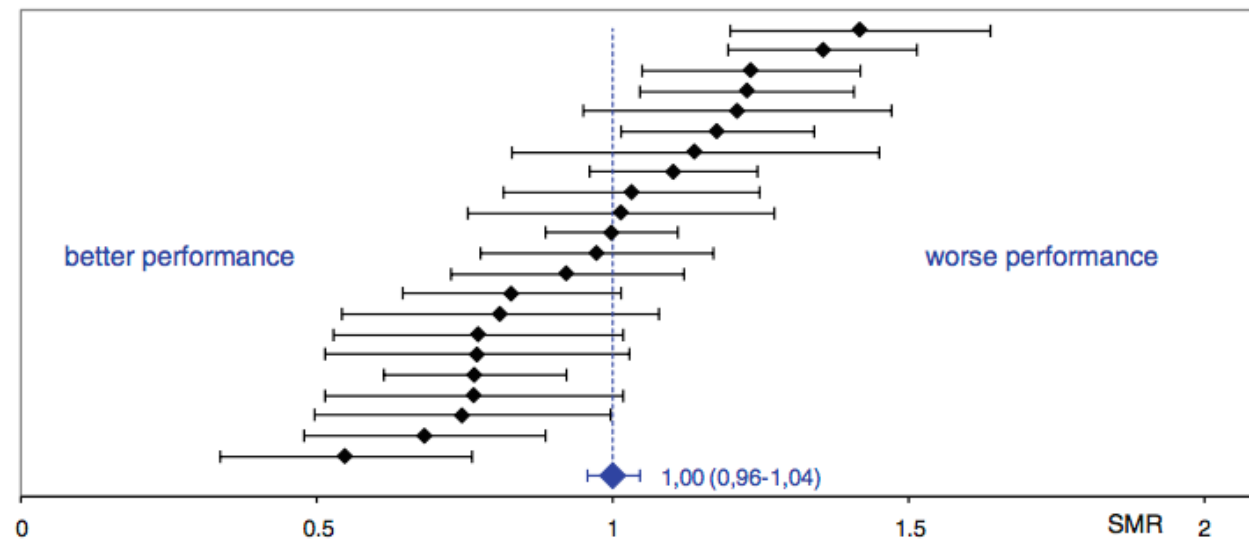
	All patients (no. = 3,168)		Variability among ICUs <sup>a</sup>	
	<i>N</i>	%	Median (%)	Q1–Q3 (%)
(a)				
Therapeutic support, without withdrawal/withhold decisions	1,189	37.5	30.3	16.4–56.0
Therapeutic support, without cardiopulmonary resuscitation (CPR) in case of cardiac arrest	894	28.2	26.2	20.0–42.9
Treatment limitation	1,085	34.3	40.6	16.7–62.5
(b)				
Decision to withhold	494	15.6	12.9	8.8–30.9
Intubation	85	17.2	26.8	15.5–46.4
Tracheotomy	40	8.1	25.0	11.1–42.9
Mechanical ventilation	68	13.8	21.4	11.1–50.0
Vasoactive drugs IV	269	54.5	69.2	40.0–100.0
Hemodialysis/hemofiltration	230	46.6	51.7	37.5–85.7
Surgery	68	13.8	25.0	14.3–40.0
Transfusions	78	15.8	28.6	16.7–37.5
Nutrition	41	8.3	20.0	12.5–33.3
Hydration	7	1.4	15.0	14.3–27.9
Decision to withdraw	541	17.1	20.0	9.7–33.3
Mechanical ventilation (terminal weaning without extubation)	154	28.5	32.3	22.5–46.6
Mechanical ventilation (terminal weaning with extubation)	27	5.0	13.4	7.7–20.0
Vasoactive drugs IV	377	69.7	66.3	50.0–100.0
Hemodialysis/hemofiltration	71	13.1	20.0	12.5–26.7
Transfusions	80	14.8	23.1	8.7–40.0
Nutrition	98	18.1	34.8	16.7–50.0
Hydration	22	4.1	17.1	11.1–50.0



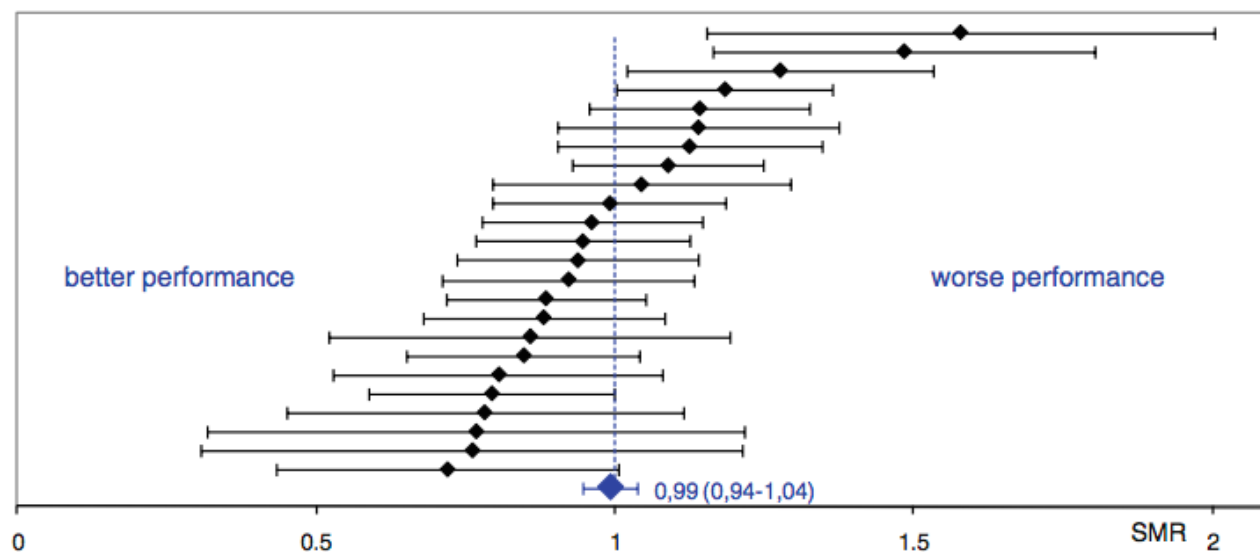
**a Inclination to limit treatment < 0.77**



**b Inclination to limit treatment between 0.77 e 1.30**



**c Inclination to limit treatment > 1.30**

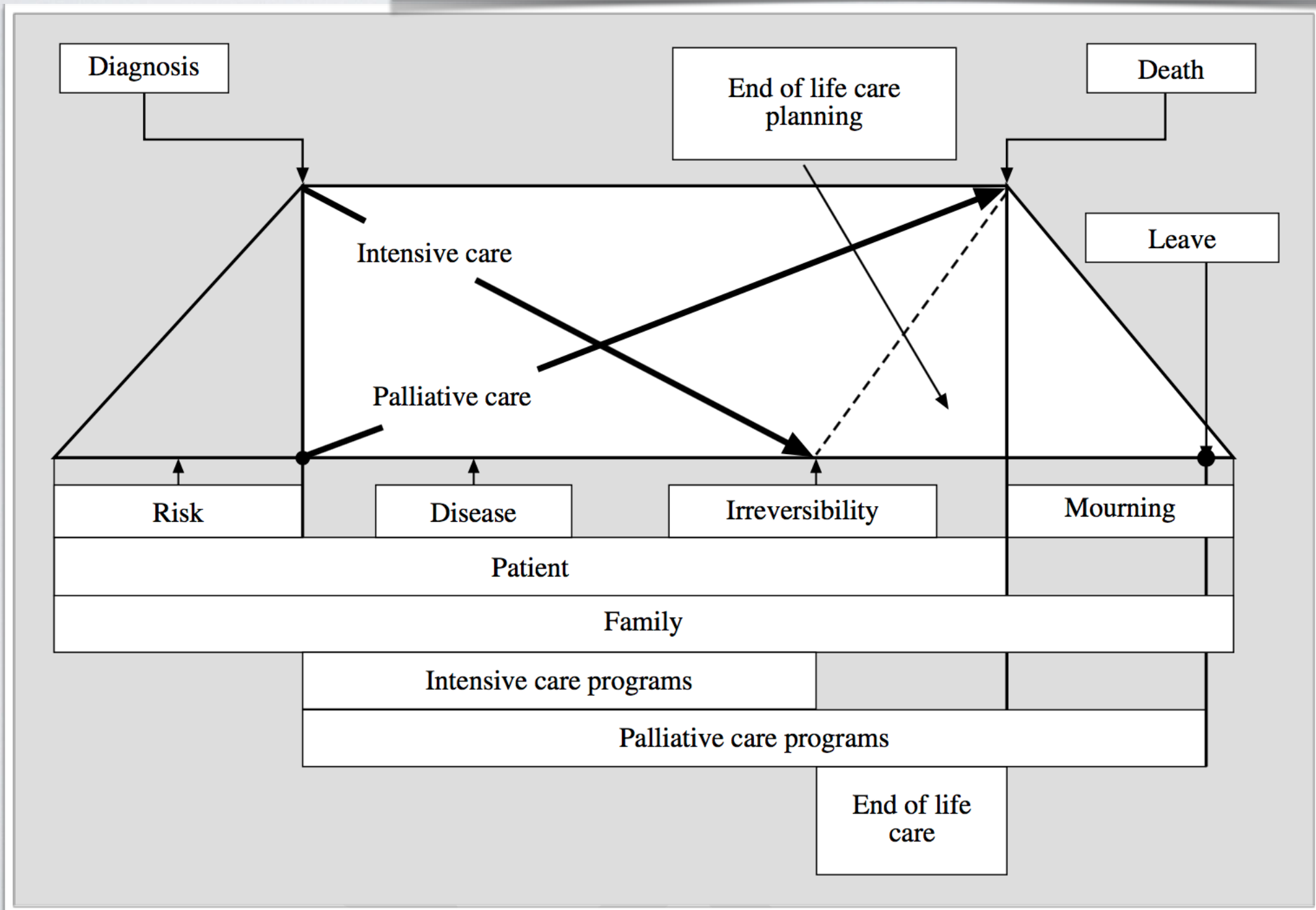


“Treatment limitation is common in ICU and still principally a physician’s responsibility. Units with below-average inclination to limit treatments have worse performance in terms of overall mortality, showing that limitation is not against the patient’s interests. On the contrary, the inclination to limit treatments at the end of life can be taken as an indication of the quality of the Unit”

# End-of-life care and the intensivist: SIAARTI recommendations on the management of the dying patient

MINERVA ANESTESIOLOGIA 2006;72:927-63

SIAARTI - ITALIAN SOCIETY OF ANAESTHESIA ANALGESIA RESUSCITATION  
AND INTENSIVE CARE BIOETHICAL BOARD





# OBIETTIVI DELLA LIMITAZIONE DEI TRATTAMENTI



- **Evitare un inutile prolungamento del processo agonico consentendo al paziente di morire per la malattia**
- Clinicamente appropriato ed eticamente doveroso
- Attuato con la modalità più adatta e finalizzata a minimizzare la sofferenza
- Rimodulazione terapeutica
  - NON AVVIO DI TRATTAMENTI
  - SOSPENSIONE DI TRATTAMENTI

# PRINCIPI ETICI

**Il non avvio o la sospensione di un trattamento sono eticamente equivalenti.**

I medici hanno l'obbligo morale di assicurare un **adeguato controllo dei sintomi nelle fasi finali della vita**, anche attraverso la somministrazione di farmaci sedativi e analgesici in dosi che, in via teorica, potrebbero accorciare la vita della persona morente

operare una distinzione morale tra la somministrazio

L'obiettivo della sedazione palliativa profonda somministrata nelle fasi finali della vita dovrebbe essere chiaramente esplicitato sia nella comunicazione verbale con la famiglia, sia nella cartella clinica, documentando e rivalutando i sintomi della persona morente e titolando le dosi in funzione della risposta clinica [1,3].



# PROCESSO DECISIONALE

Il ragionamento etico clinico non ha lo scopo di compiere la scelta ideale, ma di pianificare **il miglior percorso possibile nello specifico caso, compatibilmente con le risorse disponibili.**

1. **la raccolta dei dati clinici:** la diagnosi, la prognosi, le possibili strategie terapeutiche devono essere note a tutti gli attori coinvolti, anche nelle loro componenti di incertezza;
2. **le responsabilità:** chi deve essere coinvolto nel processo decisionale e con quale ruolo, sia sul versante dei curanti, sia sul versante della persona malata e della sua rete di prossimità ;
3. **i valori:** identificare i possibili dilemmi etici, le visioni discordanti e i conflitti potenziali;
4. **la decisione e la sua argomentazione:** individuare la migliore strategia e argomentarla a fronte di possibili scelte alternative.

**Ricerca costantemente la collegialità delle decisioni attraverso una profonda discussione è garanzia di qualità del metodo, anche quando l'unanimità non può essere raggiunta.**

# CONDIVISIONE CON LA FAMIGLIA

Il tempo della comunicazione è tempo di cura

- Descrizione corretta e comprensibile
- Coerenza ed omogeneità tra i diversi membri dell'equipe
- Gradualità dell'informazione



# CONCLUSIONI I

- Ogni trattamento deve essere clinicamente appropriato ed eticamente proporzionato.
- E' doveroso non prolungare il processo del morire ed intensificare precocemente un approccio palliativo.
- Ogni volonta del paziente in merito alla limitazione dei trattamenti espressa per iscritto o verbalmente deve essere riportata in cartella e rispettata, così come le eventuali disposizioni anticipate di trattamento.
- La valutazione clinica, la decisione di limitare i trattamenti e la relativa responsabilita degli atti che ne conseguono spettano al medico e devono essere documentate e motivate in cartella clinica.
- Il paziente, quando possibile, i familiari e tutti gli operatori sanitari coinvolti nella cura devono essere coinvolti nel processo decisionale.
- In cartella dovra essere riportata una sintesi del colloquio con il paziente, quando possibile, e/o con i parenti, le informazioni che sono state fornite, le decisioni prese ed il fatto che sono state condivise con la persona malata (quando possibile), la famiglia ed il team.
- Nella decisione di limitare i trattamenti il medico deve svolgere un ruolo di sintesi acquisendo, ove non presenti delle DAT, ogni possibile informazione sul progetto di vita della persona malata, sulle sue possibili volonta rispetto al percorso di cura, le sue convinzioni religiose, confrontando tali informazioni con la propria valutazione relativa al migliore interesse per la persona malata.

•

# CONCLUSIONI 2

L'applicazione dei trattamenti intensivi deve essere accompagnata fin dall'inizio dallo sviluppo di un piano di cure palliative; nel caso di un'eventuale limitazione dei trattamenti, la medicina palliativa deve tendere ad alleviare i sintomi del processo del morire e a garantire fino all'ultimo la migliore qualità di vita.

Ogni TI deve intraprendere iniziative tese a migliorare la relazione con pazienti e familiari specie in relazione alla comunicazione dei processi decisionali di fine-vita.

Nella persona morente, la sedazione e l'analgesia, ai dosaggi necessari a eliminare il dolore e la sofferenza, sono sempre clinicamente appropriate ed eticamente doverose.

L'incertezza prognostica non deve diventare una “paralisi prognostica”.

Ogni trattamento intensivo deve essere inteso come un *trial* di terapia, soggetto a continua rivalutazione degli obiettivi di cura.

Il supporto ai familiari del malato critico e compito del curante – nei limiti delle risorse e delle competenze – e non si esaurisce con la morte della persona malata.



“Mentre Cura stava attraversando un certo fiume, vide del fango argilloso. Lo raccolse pensosa e cominciò a dargli forma. Ora, mentre stava riflettendo su ciò che aveva fatto, si avvicinò Giove. Cura gli chiese di dare lo spirito di vita a ciò che aveva fatto e Giove acconsentì volentieri. Ma quando Cura pretese di imporre il suo nome a ciò che aveva fatto, Giove glielo proibì e volle che fosse imposto il proprio nome. Mentre Giove e Cura disputavano sul nome, intervenne anche Terra, reclamando che a ciò che era stato fatto fosse imposto il proprio nome, perché essa, la Terra, gli aveva dato il proprio corpo. I disputanti elessero Saturno, il Tempo, a giudice, il quale comunicò ai contendenti la seguente decisione: - Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito; tu, Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu Cura che per prima diede forma a questo essere, finché esso vive, lo custodisca. (...)”.

Igino



G. Klimt: "Morte e Vita", 1915