

# DECIDERE LA LIMITAZIONE TERAPEUTICA

Aspetti etici e relazionali nelle decisioni di  
fine vita nella pratica di tutti i giorni

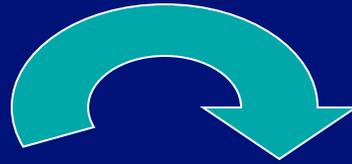


VII CONGRESSO DI ECOCARDIOCHIRURGIA

Luciano Orsi

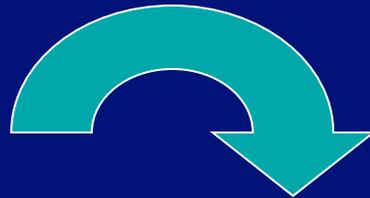
SC CURE PALLIATIVE AO C. POMA MANTOVA

**MALATTIA  
CRONICO-DEG.**



**FASI DI AGGRAVAMENTO  
ATTESE E PREVEDIBILI**

**MORTE  
ATTESA**



**GESTITA**

**SCELTE POSSIBILI:  
LUOGO, TEMPO, MODO**

CORSIA, T.I., DOMICILIO, HOSPICE, RSA

**BUONA MORTE – MORTE ACCETTATA**

# Morte prevedibile



## Morte gestita:



- quando morire
- come morire
- dove morire

**Scelte etiche**

**Scelte cliniche**

**La nostra è una società che nega la morte....**

**....la nostra è una professione che nega la morte**

**David Kuhl**

**Nei setting di cura per acuti la **transizione** dalla cura alla malattia **alla cura palliativa** può sembrare **controintuitiva****

**F.A. Bailey. Et. Al. Improving process of hospital care during the last hours of life Arch. Intern Med. 2005, 165:1722-1727**

**Una delle nostre sfide più grandi è vedere **il morire come un processo normale****

**CHALLENGES IN END-OF-LIFE CARE (E-O-L-C) IN THE ICU  
STATEMENTS OF THE 5° INTERNATIONALE CONSENSUS CONFERENCE IN CRITICAL CARE:  
BRUSSELS, APRIL 2000  
CRIT CARE 2004, 30:770-784**

---

## LINEE GUIDA SIAARTI

---

MINERVA ANESTESIOL 2003;69:101-18

**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

---

**Raccomandazioni SIAARTI per l'ammissione, la dimissione in TI e la limitazione dei trattamenti in TI**

**Minerva Anestesiologica  
2003;69:101-18**

### **Introduzione**

**V**iviamo in una società dominata dal 'fare' sorretto dalla disponibilità tecnologica, in cui gli operatori sanitari vengono formati ad un agire ad oltranza; questa società tende a negare la morte, delegando alla medicina la gestione della fase finale della vita.

# LINEE GUIDA SIAARTI

MINERVA ANESTESIOLOGIA 2006;72:927-63

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

Le cure di fine vita e  
l'Anestesista-  
Rianimatore:  
Raccomandazioni  
SIAARTI  
per l'approccio al  
malato morente  
MINERVA ANESTESIOLOGIA  
2006;72:927-63



Sviluppo di lavoro	
COORDINATORI: Giuseppe R. Di Stefano - Gruppo di Studio Anestesia, Terapia Intensiva di Anestesia, Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)	
Franco Agelli, medico d'urgenza - Torino	Francesco Luca Agello, medico medicina generale - Caserta (RM)
Maria Rita Barilli, infermiere - Firenze	Alberto Lucchini, infermiere - Monza
Mariangela Brucchi, pneumologo - Roma	Nello Malacarne, internista - Pisa
Paola Maria Buro, gastroenterologo - Padova	Paolo Moggio, infermiere - Genova
Romaldo Caracciolo, pneumologo - Frosinone	Stefano Marzulli, internista - Torino
Agostino Di Cosimo, neurologo - Milano	Stefano Marzulli, pneumologo - Bologna
Fabrizio De Santis, gastroenterologo - Padova	Luigi Mori, palliativista - Milano
Carolina Fontana, internista - Venezia	Andrea Pavesi, medico d'urgenza - Torino
Mario Formica, nefrologo - Roma	Luigi Marzulli, internista - Roma
Alberto Giannini, internista - Milano	Francesco Romani, cardiologo - Bergamo
Carolina Gualandri, cardiologa - Firenze	Mario Vergara, internista - Torino
Giuseppe Landolfi, palliativista - Firenze	Rocco Zamparini, internista - Venezia
Angelo Longo, internista - Torino	Adriano Zamparini, cardiologo - Firenze
REVISORI	
MEDICINA INTENSIVA	Mario Longo, Milano Carlo Mazzoni, Bologna Giuseppe Lucchini, Milano
CARDIOLOGIA	Mario Romani, Bergamo Michele Basso, Pisa Giuseppe Lucchini, Milano
CURE PALLIATIVE	Carlo Pavesi, Roma Stefano Marzulli, Bologna Paolo Moggio, Genova
MEDICINA D'URGENZA	Alberto Barilli, Pisa Paolo Moggio, Torino
NEFROLOGIA	Luigi Marzulli, Roma Stefano Marzulli, Torino Carlo Mazzoni, Venezia
NEUROLOGIA	Stefano Marzulli, Roma Carlo Mazzoni, Torino
PNEUMOLOGIA	Mario Formica, Pisa Andrea Pavesi, Torino Michele Basso, Caserta (RM)
GIATROENTEROLOGIA	Mario Formica, Padova
MEDICINA GENERALE	Mario Formica, Caserta (RM) Stefano Marzulli, Bergamo (BG)
ANESTESIA	Stefano Marzulli, Bergamo
DIAGNOSTICA, RICERCA	Stefano Marzulli, Bergamo Michele Basso, Pisa Paolo Moggio, Genova Carlo Mazzoni, Torino Carlo Mazzoni, Venezia
REVISIONI DEL DOCUMENTO FINALE	Giuseppe R. Di Stefano - Lucrezia Mori

# ALBERO DECISIONALE ETICO



**LIMITAZIONE E RIMODULAZIONE DEI TRATTAMENTI**

**PIANIFICAZIONE ANTICIPATA DELLE CURE  
DIRETTIVE ANTICIPATE**

**CURE PALLIATIVE:**

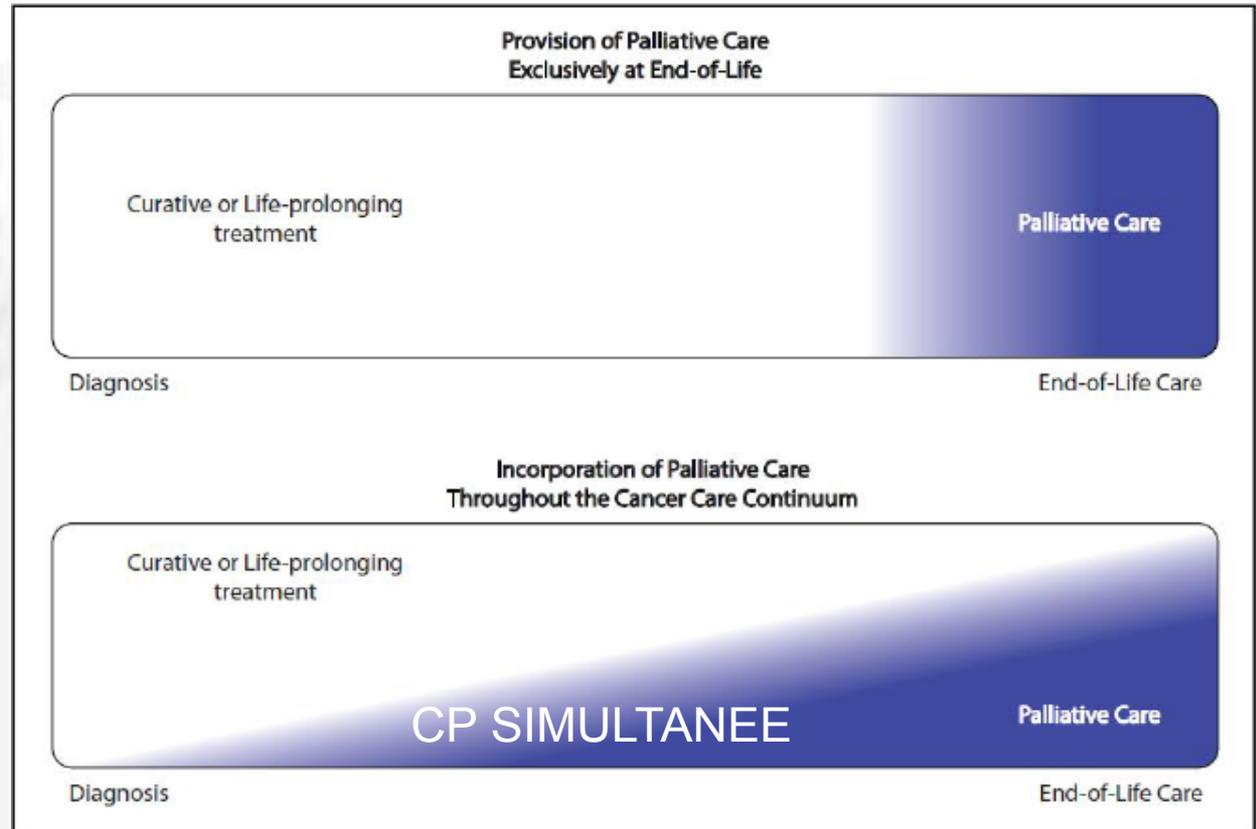
**SIMULTANEOUS CARE – END OF LIFE CARE**

# Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis

Report Release Webinar  
September 10, 2013

 INSTITUTE OF MEDICINE  
OF THE NATIONAL ACADEMIES *Advising the nation • Improving health*

## Incorporation of palliative care across the care continuum



**SPECIALISTA D'ORGANO**

**MMG O PDF**

**PALLIATIVISTA**



# Principi generali dell'etica medica:

- **AUTONOMIA:** rispetto per l'autodeterminazione del paziente
- **BENEFICIALITÀ:** fare il bene del paziente
- **NON MALEFICIALITÀ:** non fare il male del paziente
- **GIUSTIZIA (DISTRIBUTIVA):** promuovere un'equa distribuzione delle (limitate) risorse.

**AUTONOMIA**

>



**BENEFICIALITA'**

<

**DECISIONI CONDIVISE**

SE CONFLITTO DI OPINIONE  
PREVALE **VOLONTA' PAZ.**

GIUDIZIO SOSTITUTIVO  
sec. **BIOGRAFIA**

**BEST INTEREST ETICO**

**ALLEANZA  
TERAPEUTICA**

**PATERNALISMO  
FAMILISMO**

SE CONFLITTO PREVALE  
**VOLONTA' ESTERNA**  
(MEDICA E/O MORALE)

GIUDIZIO SOSTITUTIVO  
sec. **BIOLOGIA**

**BEST INTEREST BIOLOGICO**

# LIMITAZIONE TERAPEUTICA CRITERIO di PROPORZIONALITA'

## TRATTAMENTO PROPORZIONATO/ SPROPORZIONATO

(ORDINARIO/STRAORDINARIO)

in base a:

- probabilità di **successo**
- aumento della **quantità di vita**
- aumento della **qualità di vita**
- **oneri** (fisici, psichici, economici)

## CDM – Art. 16

### Accanimento diagnostico-terapeutico

“Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paz. laddove espresse, deve astenersi dall’ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita”.

# Accanimento Terapeutico

“...la persistenza nell’uso di procedure diagnostiche così come pure di interventi terapeutici, allorchè è comprovata la loro inefficacia ed inutilità sul piano di un’evoluzione positiva e di un miglioramento del paziente sia in termini clinici che di qualità della vita.”

**CNB: “Questioni Bioetiche relative alla fine della vita umana”;  
14/7/1995**

## CDM – art. 39-

### Assistenza al malato a prognosi infausta

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psichico-fisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita e della dignità della persona.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico.

## CD Medico - art. 12

### - Allocazione risorse -

☛.... I programmi diagnostici terapeutici devono ispirarsi all' aggiornamento scientifico anche al fine di un uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il bene del paziente.

## CD Infermiere

- art 2.7 - L'IP contribuisce a rendere equie le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse. In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base di criteri condivisi dalla comunità.

# A QUALI TRATTAMENTI SI PUO' PORRE UN LIMITE ?

- RCP
- VAM
- VASOPRESSORI E INOTROPI
- TERAPIE SOSTITUTIVE RENALI
  - IDRATAZIONE E NA
  - INTERVENTI CHIRURGICI
    - EMOTRASFUSIONI
      - CT – RT, ecc.



**Limitazione trattamenti (*forgoing*):**  
**non inizio - sospensione**  
*(withholding - withdrawing)*

**Eticamente equivalenti**

**Non definibili come pratiche eutanasiche**

Documento SIAARTI 2003;  
EAPC Ethics Task Force 2003

---

## LINEE GUIDA SIAARTI

---

MINERVA ANESTESIOLOGIA 2003;69:101-108

### 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

---



La limitazione delle TI è eticamente lecita e deontologicamente doverosa quando ha l'unico scopo di **non prolungare il processo agonico** e ha come conseguenza la morte del paziente a causa della sua malattia; pertanto **non** si configura come un **atto eutanasi**, teso cioè a sopprimere intenzionalmente una vita umana.

# Eutanasia

“... l'unica a meritare propriamente la qualifica di eutanasia, cioè l'uccisione diretta e volontaria di un paziente terminale in condizioni di grave sofferenza e su sua richiesta

...  
**CNB: “Questioni Bioetiche relative alla fine della vita umana”; 14/7/1995**



# Guidelines to forgo Life-Sustaining Treatments

The Appleton International Consensus  
Conference,

JAMA 1994

**"spesso, dopo un tentativo di trattamento si ha una qualche più chiara prova medica della sua inefficienza e la sospensione di un trattamento che non ha effetti o che è dannoso è ancora più giustificata del non avere neanche iniziato il trattamento"**



# LIMITAZIONE TERAPEUTICA

## STRATEGIE UTILI

- **comunicazioni** tempestive, frequenti e veritiere (all'aggravarsi della prognosi)
- **disponibilità** a rispondere alle domande dei familiari
- **incoraggiare la discussione** nei familiari centrando su quanto il paz. avrebbe desiderato
- buon **controllo dei sintomi**
- essere **presenti e empatici**



# LIMITAZIONE TERAPEUTICA

## STRATEGIE DANNOSE

- **rinvviare la discussione** sulla limitazione terapeutica (nonostante peggioramento prognostico)
- **eludere il contatto** con i familiari quando la morte si avvicina
- trasferire il **peso decisionale** della limitazione terapeutica su un solo familiare (**responsabilizzare** vs. **coinvolgere !!**)
- **tentennare** nella limitazione terapeutica

# CHALLENGES IN END-OF-LIFE CARE (EOLC) IN THE ICU

STATEMENTS OF THE 5° INTERNAZIONALE CONSENSUS CONFERENCE IN CRITICAL CARE: BRUSSELS, APRIL 2000  
CRIT CARE 2004, 30:770-784

## CAMBIO DI PROSPETTIVA

LA **MISSION** DELLA TI SI E' ESTESA FINO A  
COMPRENDERE L'EFFETTUAZIONE DELLE  
MIGLIORI **CURE PER IL MORENTE E PER LA  
SUA FAMIGLIA**

CI SONO PROBLEMI NELL'EOLC IN TI?

**SI !**

M.M. Levy EOLC in the ICU: can we do better? Crit care med 2001, 29, 2 suppl.:N57-n61

**YES !**

**LA RISPOSTA È PIÙ SEMPLICE DI QUELLA CHE IMMAGINIAMO !**

**“ UN UOMO AUTENTICO CHE SI RELAZIONA ONESTAMENTE CON IL MALATO PER CONDIVIDERE SINCERITÀ E TENEREZZA...**

**...FORSE NON SUONA COME MOLTO TECNOLOGICO, MA CIONONOSTANTE È UN POTENTE MEZZO TERAPEUTICO”**

**“Confronting the decision to let death come”**

**Crit Care Med 1974 NH Cassem 2;113-117**