



**Universität
Zürich^{UZH}**

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

L'etica delle scelte nelle cure palliative non oncologiche

3a giornata cantonale di cure palliative

Lugano, 28 settembre 2017

Dr. Settimio Monteverde



Quadro

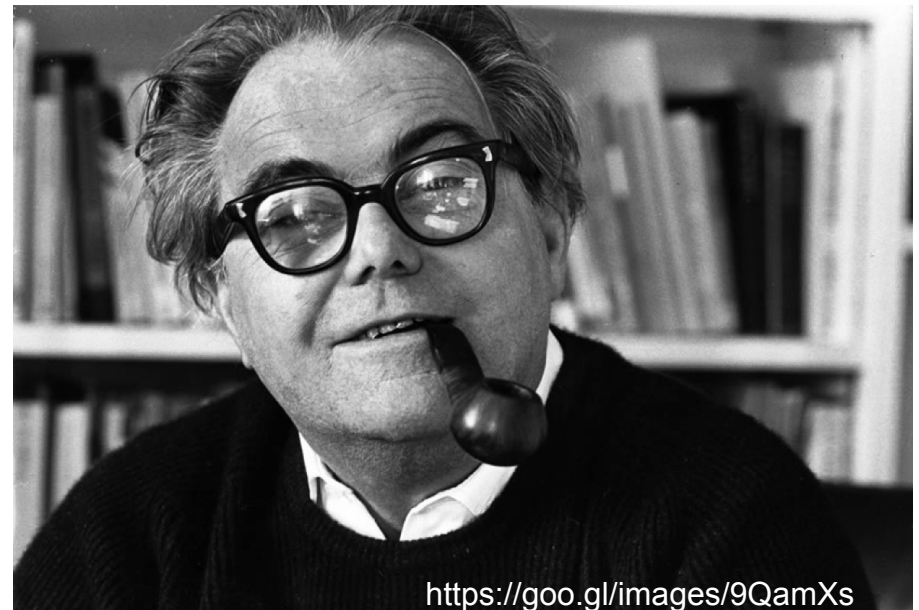
1. Introduzione: Scelta e dignità umana
2. Contesti: Temporalità della morte ed etica della vita vissuta nelle cure palliative non-oncologiche
3. Specificazione clinica: *L'oncologico* e il *non-oncologico* come campi di riflessione etica
4. Specificazione normativa: Futilità terapeutica e autonomia della persona
5. Delineamenti pratici di un'etica delle scelte nelle cure palliative non-oncologiche



Dignità e scelta

“La dignità dell’essere umano – così mi pare – consiste nella scelta.”

Max Frisch (1911-1991)
Tagebuch 1946-1949. vol 2, p. 488.





I. Contesti

1. Qual è il “momento giusto” del morire?

- morte *prematura*



- morte al “*momento giusto*”



- morte *procrastinata*





Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Né posporre né accelerare



„Palliative care **intends** neither
to hasten nor postpone death.”

[http://www.who.int/cancer/palliative/
definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)



„Palliative care **neither hastens**
nor postpones death.”

[http://www.eapcnet.eu/Corporate/
AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx](http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx)



I. Contesti

2. L'etica della vita vissuta

- la sofferenza e il dolore non hanno un valore intrinseco o a priori, ma vanno affrontati
- le scelte riguardano meno il contesto della *morte accettata* che non quello della *vita vissuta* col condizionamento della malattia
- il paziente resta l'autore di queste scelte



II. Specificazioni cliniche

Le cure palliative oncologiche e non-oncologiche

- cure palliative non-oncologiche: percorsi meno prevedibili, fattori “morbidi”, accesso alle risorse
- distinzione tra cure palliative oncologiche / non-oncologiche
 - fenomeni di “cronicizzazione”
 - cave: sedazione palliativa

useless; not successful,”⁷ and in exploring this definition one may note that it is rarely, if ever, a maxim.

Situations that invoke questions about futility are ubiquitous in the CICU. Chronic critical illness has resulted from a dramatic improvement in health care delivery, particularly technology and therapeutic options, most notably over the past half century. Before the development of mechanical circulatory support, ventilators, hemodialysis, and so forth, patients would die of advanced organ-system or multiorgan system failure not compatible with survival. However, patients can survive for extended and indefinite (but not infinite) time frames through heroic measures, which can be of great cost (25% of Medicare dollars are spent in the last year of life).⁸

Furthermore, beyond costs, clinicians, nurses, and others may experience moral distress,⁹ and question whether they are showing beneficence toward patients or violating nonmaleficence. Clinicians may question whether a plan of care is contributing to a successful outcome, what an

outcome, through a decision to withdraw life-sustaining measures, meeting set medical objectives is essential, given the right to autonomy to determine if appropriate and if that care should be the norm across the current landscape.

It is well recognized that physicians are obligated to provide nonbeneficial care, a simple example being the restriction of antibiotics for a viral syndrome. The Texas statute places limitations that are unlikely to be challenged by man and colleagues¹³ and “can judge a treatment to be futile” and to withhold a procedure on that basis. It adds that if experientially a treatment (or not) in the past 100 years given physician should have been a treatment is likely to be more widespread statutes withholding provisions such



III. Specificazioni etiche

Futilità terapeutica

- nel paziente palliativo oncologico
 - assenza di benefici terapeutici, fine non giustifica i mezzi e i costi in termini economici e psicologici (p. es. disagio)
- nel paziente palliativo non-oncologico
 - valutazione implicita sia della prognosi che della qualità di vita;
 - mai solo un giudizio “oggettivo”, ma sempre anche espressione di scelte personali



IV. Specificazioni etiche

Autonomia della persona

- rispetto dell'*autonomia*
 - paradigma giuridico, rispetto di un confine del territorio di non-ingerenza/indifferenza

vs.

- rispetto dell'*autonomia della persona*
 - paradigma dell'etica relazionale, riconoscimento e autenticità nell'incontro interpersonale



V. Etica delle scelte nelle cure palliative non-oncologiche: Delineamenti pratici

1. **accesso** ai servizi e all'informazione per rendere possibili scelte ben informate
2. **educazione alla salute** e responsabilità personale
3. **pianificazione delle cure partecipativa** (*shared decision making*) e non "gestita" da terzi



V. Etica delle scelte nelle cure palliative non-oncologiche: Delineamenti pratici

4. consulenza qualificata e documentazione delle scelte riguardanti decisioni future (processo del *advance care planning*)
5. considerazione di “eventi sentinella” e scelte consistenti
6. sostegno nella transizione tra la fase cronica e quella terminale



Conclusion

„We asked our patients to be
our teachers.“

Kübler-Ross, E. (Ed.). (1965). On
death and dying. NJ: Macmillan.





**Universität
Zürich^{UZH}**

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Grazie!