



L'utilizzo degli indici prognostici: conseguenze decisionali e etiche

Luciano Orsi

Dipartimento Interaziendale Cure Palliative, Mantova



Prognostic Indicator Guidance

Revised Vs 5. Sept 08

“Earlier recognition of people nearing the end of their life leads to earlier planning and better care”
Guidance to enable better identification of patients who may need supportive/palliative care



SIAARTI

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

**GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO “END STAGE”:
CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE?
“DOCUMENTO CONDIVISO”**
PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

Divulgazione a cura di:



FONDAZIONE FLORIANI
UNA FONDEUSE ALLA SCOTTISTICA DEL MARCHIO DEL MARCHIO

Documento approvato e condiviso da:

- SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI)
- ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)
- SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)
- SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGHI OSPEDALIERI (AIPO)

Three triggers for Supportive/ Palliative Care are suggested - to identify these patients we can use any combination of the following methods:

- 1. The surprise question** ‘Would you be surprised if this patient were to die in the next 6-12months’ - an intuitive question integrating co-morbidity, social and other factors. If you would not be surprised, then what measures might be taken to improve their quality of life now and in preparation for the dying stage. The surprise question can be applied to years/months/weeks/days and trigger the appropriate actions at each stage ie “the right think to happen at the right time”
- 2. Choice/ Need** - The patient with advanced disease makes a **choice** for comfort care only, not ‘curative’ treatment, or is in special **need** of supportive / palliative care eg refusing renal transplant
- 3. Clinical indicators** - Specific indicators of advanced disease for each of the three main end of life patient groups - cancer, organ failure, elderly frail/ dementia (see over)

- Domanda sorprendente
- Bisogni e preferenze del malato
- Indicatori clinici



È etico porsi la domanda sorprendente? **Si**

È etico rispondere alla domanda sorprendente? **Si**

Se è etico porsi la domanda, è anche etico rispondervi (sarebbe non etico rispondervi)

**Perché è etico porsi la
surprise question ?**



ETICA PRINCIPIALISTA

- **AUTONOMIA**: rispetto per l'autodeterminazione del paziente
- **BENEFICIALITÀ**: fare il bene del paziente
- **NON MALEFICIALITÀ**: non fare il male del paziente
- **GIUSTIZIA (ACCESSO E DISTRIBUTIVA)**: equo accesso ai servizi sanitari e promozione di un'equa distribuzione delle (limitate) risorse.



Principio di autodeterminazione

L'autodeterminazione richiede **un'informazione adeguata**

Soprattutto nella terminalità....

...l'offerta di informazione (invece dell'informazione imposta burocraticamente) bilancia l'**autodeterminazione** e la **non malecificialità**

Perché... l'offerta rispetta i **tempi, le volontà ed i bisogni della persona malata (variabili nel tempo)**



Principio di beneficiabilità

Pluralismo culturale e valoriale, variabilità delle visioni del mondo, molteplicità di approcci etici....

determinano ...l'inesistenza di un bene dato, universale, applicabile e accettato da tutti

Il bene del singolo malato è individuabile da lui stesso, non è conoscibile a priori,

...va individuato in una relazione di cura....

.....va condiviso:

- **Consenso informato**
- **Pianificazione anticipata delle cure**
- **Direttive anticipate**



AUTONOMIA

>

DECISIONI CONDIVISE

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

**GIUDIZIO SOSTITUTIVO
sec. BIOGRAFIA**

BEST INTEREST ETICO



BENEFICIALITA'

<

**ALLEANZA TERAPEUTICA? PATERNALISMO
FAMILISMO**

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

**GIUDIZIO SOSTITUTIVO
sec. BIOLOGIA**

**BEST INTEREST
BIOLOGICO**



Principio di giustizia

Giustizia di accesso alle cure: eticità di estendere le CP (Sim. Care e EOLC) a tutte le patologie, di rimuovere gli ostacoli all'accesso

Giustizia distributiva: riduzione dell'inappropriatezza clinica di approcci diagnostici e terapeutici tradizionali

Temel J.S., Greer J.A. et al. "Early Palliative Care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer" N.E.J.M. 2010;363:733-742

Zimmermann C., Swami N. et al. "Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial" Lancet 2014 February

Hui D., Sun Hyun Kim et al. "Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients" Cancer 2014;120:1743-1749

Bernacki R.E., KO D.N. et al. "Improving access to palliative care through an innovative quality improvement initiative": an opportunity for pay-for-performance" J. Pall. Medicine 2012;15:192-198



E' etico usare gli indici prognostici? **Sì**

Perchè:

- Conosciamo le **traiettorie di malattia**
- Sappiamo l'elevata **inappropriatezza di una medicina *disease centered* vs *patient centered*** nella fase terminale della vita
- Siamo consapevoli che il **deficit di formazione etica** induce **trattamenti eticamente sproporzionati**

(la disponibilità di mezzi e la non limitazione etica porta a **fare**)...pensando di fare il **bene biologico** del malato



STATEMENTS ETICI CHE HANNO ISPIRATO IL DOCUMENTO

Statement # 1

E' doveroso, nel prendersi cura del malato, rispettare la sua volontà

Statement # 2

Le decisioni si basano sulla prognosi e sulle volontà attuali o pregresse del malato ed includono il malato, la famiglia, e il team curante in un processo condiviso di pianificazione anticipata delle cure.

Statement # 3

La pianificazione anticipata delle cure dovrà tener conto dei principi di autodeterminazione, beneficiabilità/non maleficitalità e giustizia; quest'ultima va intesa non solo verso il singolo ma anche verso la collettività in termini di una corretta allocazione delle risorse.



Statement # 4

E' doveroso non prolungare il processo del morire

Statement # 5

La limitazione delle cure va motivata e documentata in cartella

Statement # 6

Un trattamento è futile quando sproporzionato per eccesso. La valutazione di futilità deve essere specifica per ogni singolo malato in un dato contesto clinico, confrontando la qualità di vita presumibilmente raggiungibile dal trattamento e quella ritenuta accettabile dal malato.



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)**



A QUALI TRATTAMENTI SI PUO' PORRE UN LIMITE ?

- **Rianimazione cardio-polmonare**
 - **Ventilazione artificiale**
 - **Vasopressori e inotropi**
 - **Terapie sostitutive renali**
- **Idratazione e nutrizione artificiale**
 - **Interventi chirurgici**
 - **Emotrasfusioni**
- **Chemio – radio-terapia, ecc.**



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

Eticamente equivalenti

Non definibili come pratiche eutanasiche

Documenti SIAARTI 2003-2007;

Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from
an EAPC Ethics Task Force 2003. Pall Med 2003;17:97-



Definizione di EUTANASIA:

Uccisione intenzionale, attuata dal medico mediante somministrazione di farmaci, di una persona mentalmente capace che ne fa richiesta volontaria.

(A doctor intentionally killing a person by the administration of drugs, at the person's voluntary and competent request)

**EAPC Ethics Task Force Pall Med. 2003, 17; 97-101
Doc. Comitato Nazionale Bioetica 1995**



Codice deontologico infermieristico 2009

■ **Articolo 36**

L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza della **palliazione** e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

■ **Articolo 37**

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 della vita**



CDM – Art. 16

Procedure diagnostico-terapeutiche e interventi terapeutici non proporzionati

“Il medico, tenendo conto delle volontà del paz./rappresentante legale e dei principi di efficacia e appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici da cui non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita”. Un medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte



Codice deontologico della FMH

Art. 17

Se il rimandare una morte ineluttabile non fa altro che prolungare dei dolori insopportabili e qualora il paziente capace di discernimento abbia dato il suo consenso, il medico ha il diritto di rinunciare a misure di prolungamento della vita e di limitarsi ad alleviare la sofferenza.

A queste condizioni, l'eutanasia passiva è autorizzata. Inconciliabile con l'etica medica rimane, invece, l'eutanasia attiva. Per il resto, il medico si attiene alle direttive dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (allegato 1).





IL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI
INFERMIERI DEL CONSIGLIO
INTERNAZIONALE DEGLI
INFERMIERI (ICNI)



***Fornire sufficienti informazioni
alla persona assistita per
consentirle di dare il consenso
informato all'assistenza
infermieristica e/o medica ed
esercitare il diritto di scegliere o
rifiutare il trattamento.***

Elemento 1 del Codice: GLI INFERMIERI E LE PERSONE



Statement # 7

Non iniziare o interrompere un trattamento divenuto sproporzionato perché i suoi costi umani superano i benefici attesi è un atto eticamente doveroso e non è provvedimento eutanasico. Non erogare un trattamento o sospenderlo sono opzioni eticamente sovrapponibili. In termini giuridici non erogare un trattamento che la comunità scientifica ritiene sproporzionato o sospenderlo sono opzioni sovrapponibili e qualificabili, anche a diritto vigente, come adempimento di dovere ai fini della non punibilità.

Statement # 8

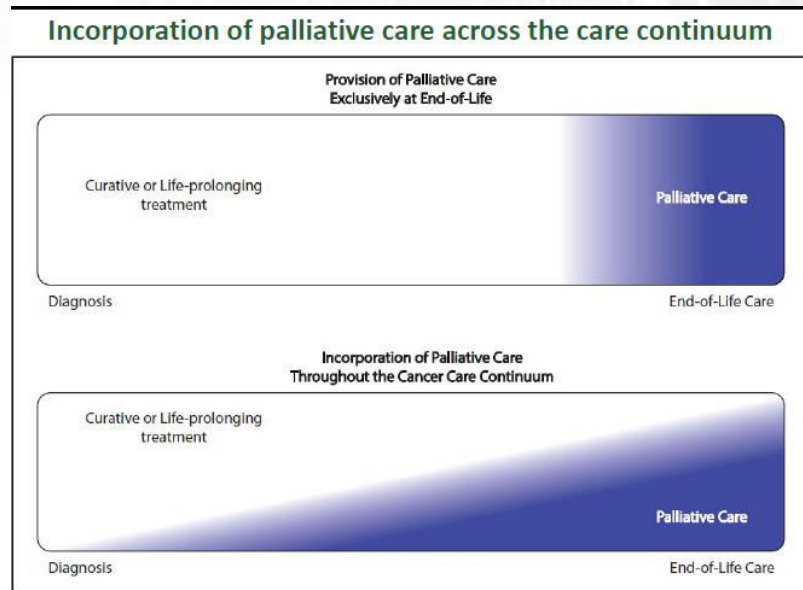
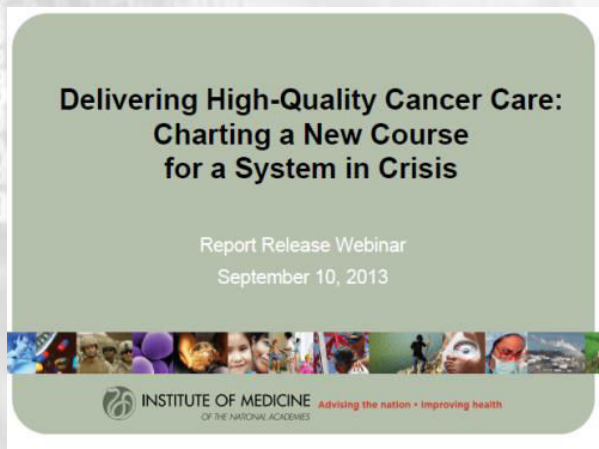
In termini di giustizia distributiva è eticamente doveroso e scientificamente appropriato ricercare costantemente la migliore allocazione delle risorse disponibili.



È etico attivare le CP Precoci/Simultanee ?

si

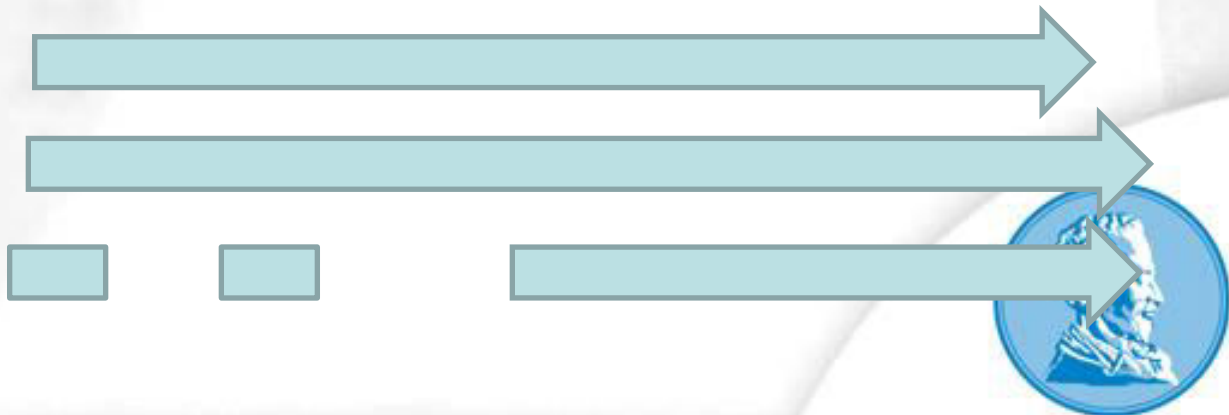
Offrendole.....!



SPECIALISTA D'ORGANO

MMG O PDF

PALLIATIVISTA



Fare?

non fare?

(vissuto di
abbandono)



fare altro !!

(Altro che abbandonare!)

2 binari:

- **Liceità etica**
- **Appropriatezza clinica**





grazie