

Sospensione delle cure del paziente morente e donazione: qual è la realtà italiana?

Marco Vergano

Ospedale Torino Nord Emergenza San Giovanni Bosco



STATI GENERALI



RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6.7.8 NOVEMBRE

ROMA



Guido Bertolini
Simona Boffelli
Paolo Malacarne
Mario Peta
Mariano Marchesi
Camillo Barbisan
Stefano Tomelleri
Simonetta Spada
Roberto Satolli
Bruno Gridelli
Ivo Lizzola
Davide Mazzon

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

2005



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA



Guido Bertolini
Simona Boffelli
Paolo Malacarne
Mario Peta
Mariano Marchesi
Camillo Barbisan
Stefano Tomelleri
Simonetta Spada
Roberto Satolli
Bruno Gridelli
Ivo Lizzola
Davide Mazzon

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

Patient consent to the course of treatment

On ICU admission, 546 patients (**14.4%**) were judged **able to express informed consent** to the course of treatment, but only 307 (**8.1%** of the total) were **actually involved in the plan of care**.

Il paziente è il grande assente!



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

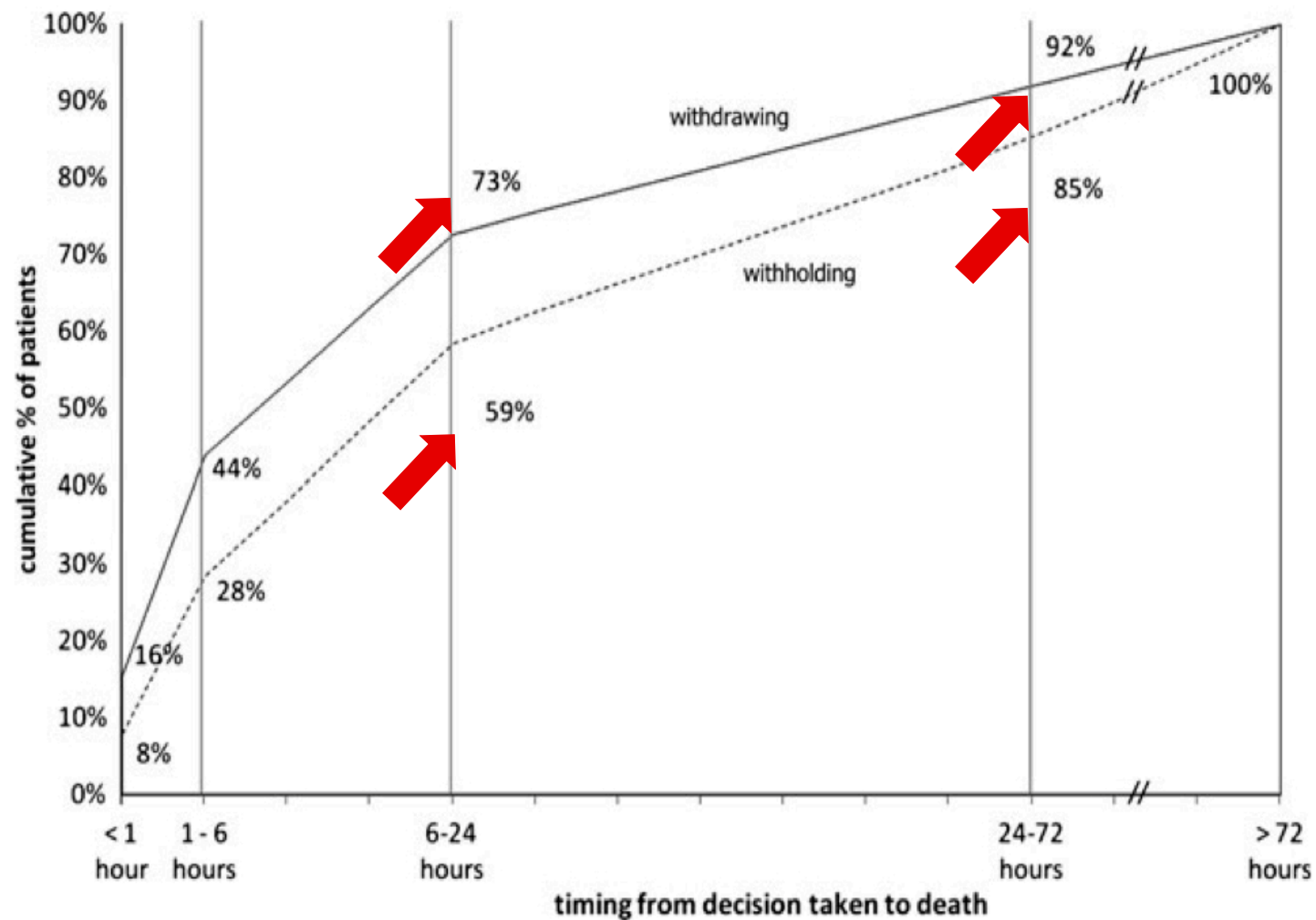
6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA



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 ^a |
|---|-------------------------------|------|--|
| | <i>N</i> | % | Median (%) |
| (a) | | | |
| Therapeutic support, without withdrawal/withhold decisions | 1,189 | 37.5 | 30.3 |
| Therapeutic support, without cardiopulmonary resuscitation (CPR) in case of cardiac arrest | 894 | 28.2 | 26.2 |
| <u>Treatment limitation</u> | 1,085 | 34.3 | 40.6 |
| (b) | | | |
| <u>Decision to withhold</u> | 494 | 15.6 | 12.9 |
| Intubation | 85 | 17.2 | 26.8 |
| Tracheotomy | 40 | 8.1 | 25.0 |
| Mechanical ventilation | 68 | 13.8 | 21.4 |
| Vasoactive drugs IV | 269 | 54.5 | 69.2 |
| Hemodialysis/hemofiltration | 230 | 46.6 | 51.7 |
| Surgery | 68 | 13.8 | 25.0 |
| Transfusions | 78 | 15.8 | 28.6 |
| Nutrition | 41 | 8.3 | 20.0 |
| Hydration | 7 | 1.4 | 15.0 |
| <u>Decision to withdraw</u> | 541 | 17.1 | 20.0 |
| <u>Mechanical ventilation (terminal weaning without extubation)</u> | 154 | 28.5 | 32.3 |
| <u>Mechanical ventilation (terminal weaning with extubation)</u> | 27 | 5.0 | 13.4 |
| Vasoactive drugs IV | 377 | 69.7 | 66.3 |
| Hemodialysis/hemofiltration | 71 | 13.1 | 20.0 |
| Transfusions | 80 | 14.8 | 23.1 |
| Nutrition | 98 | 18.1 | 34.8 |
| Hydration | 22 | 4.1 | 17.1 |



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6-7-8 NOVEMBRE

ROMA

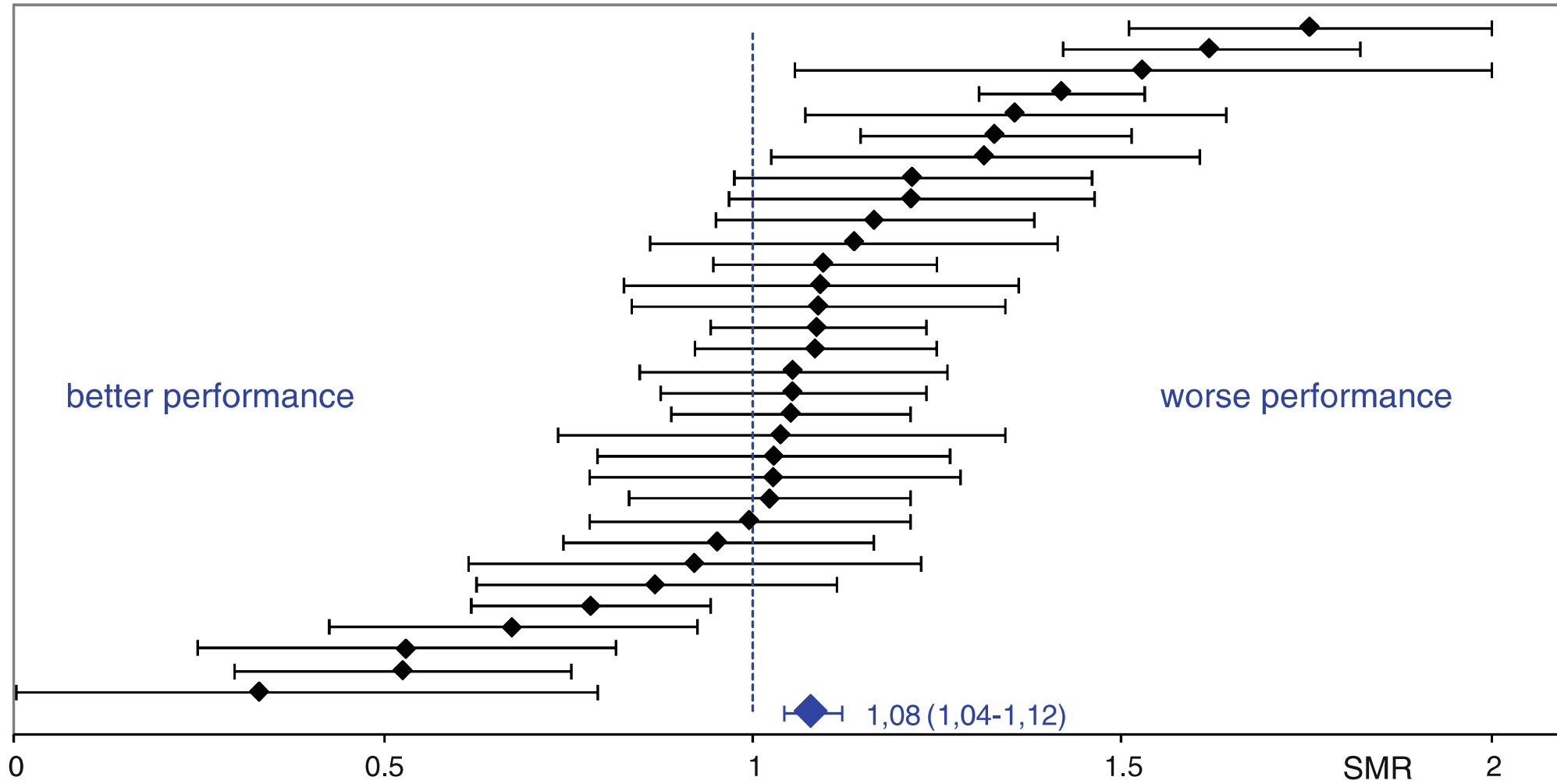
Table 3 Logistic regression model of limitation of therapy

| Independent variable | Odds ratio (CI 95%) |
|---|---------------------|
| Chronic or subacute conditions | |
| Comorbidities: dementia (yes versus no) | 1.9 (1.3–2.8) |
| Comorbidities: hemiplegia or paraplegia (yes versus no) | 1.6 (1.0–2.3) |
| Comorbidities: moderate/serious hepatopathy (yes versus no) | 1.5 (1.1–2.2) |
| Comorbidities: myocardial infarction (yes versus no) | 1.4 (1.1–1.8) |
| Comorbidities: renal failure (moderate/serious versus mild/no failure) | 1.4 (1.1–1.9) |
| Comorbidities: malignant hematological disease (yes versus no) | 1.5 (1.0–2.3) |
| Comorbidities: metastatic cancer (yes versus no) | 2.3 (1.6–3.2) |
| Comorbidities: cerebral vasculopathy (yes versus no) | 1.3 (1.0–1.6) |
| Diseases at admission: metabolic/postanoxic encephalopathy (yes versus no) | 1.5 (1.1–2.1) |
| Diseases during the stay: metabolic disorder (yes versus no) | 0.5 (0.3–0.8) |
| Acute conditions | |
| Failures on admission: postanoxic coma (yes versus no) | 1.3 (1.0–1.7) |
| Failures on admission: cardiovascular, nonshock (yes versus no) | 1.5 (1.0–2.3) |
| Diseases at admission: atelectasis (yes versus no) | 1.9 (1.2–2.9) |
| Diseases at admission: peripheral vessel pathology (yes versus no) | 1.8 (1.1–2.9) |
| Diseases at admission: head trauma (yes versus no) | 0.7 (0.4–1.0) |
| Diseases during the stay: severe acute arrhythmia (yes versus no) | 0.7 (0.5–0.9) |
| Diseases during the stay: cerebral edema (yes versus no) | 2.9 (1.7–4.9) |
| Diseases during the stay: sepsis of unknown origin (yes versus no) | 0.5 (0.3–0.9) |
| Diseases during the stay: acute ischemia (yes versus no) | 0.3 (0.1–0.9) |
| Diseases during the stay: metabolic/postanoxic encephalopathy (yes versus no) | 2.8 (1.6–4.9) |
| Patient infected during the stay (yes versus no) | 1.5 (1.2–1.9) |

Table 3 Logistic regression model of limitation of therapy

| Independent variable | Odds ratio (CI 95%) |
|---|---------------------|
| Hyperacute conditions | |
| Failures on admission: cardiogenic shock (yes versus no) | 0.5 (0.4–0.7) |
| Failures on admission: hypovolemic/hemorrhagic shock (yes versus no) | 0.7 (0.5–0.9) |
| Diseases at admission: gastrointestinal infarction (yes versus no) | 1.7 (1.1–2.9) |
| Diseases at admission: intracranial bleeding (yes versus no) | 1.9 (1.4–2.4) |
| Diseases at admission: heart failure (yes versus no) | 1.4 (1.0–1.8) |
| Failure during the stay: cardiogenic shock (yes versus no) | 0.7 (0.6–1.0) |
| Diseases during the stay: acute myocardial infarction (yes versus no) | 0.2 (0.1–0.7) |
| Environmental | |
| ICU location: central versus northern Italy | 0.4 (0.3–0.5) |
| ICU location: southern versus northern Italy | 0.3 (0.2–0.4) |
| Urbanization level of ICU seat: city versus town (<15,000 inhabitants) | 1.7 (1.3–2.0) |
| Urbanization level of ICU seat: metropolis (>500,000 inhabitants) versus town | 1.4 (1.1–1.8) |
| Bed number of ICU: 6–10 versus 1–5 | 0.8 (0.7–1.0) |
| Bed number of ICU: >10 versus 1–5 | 0.3 (0.2–0.4) |

a Inclination to limit treatment < 0.77

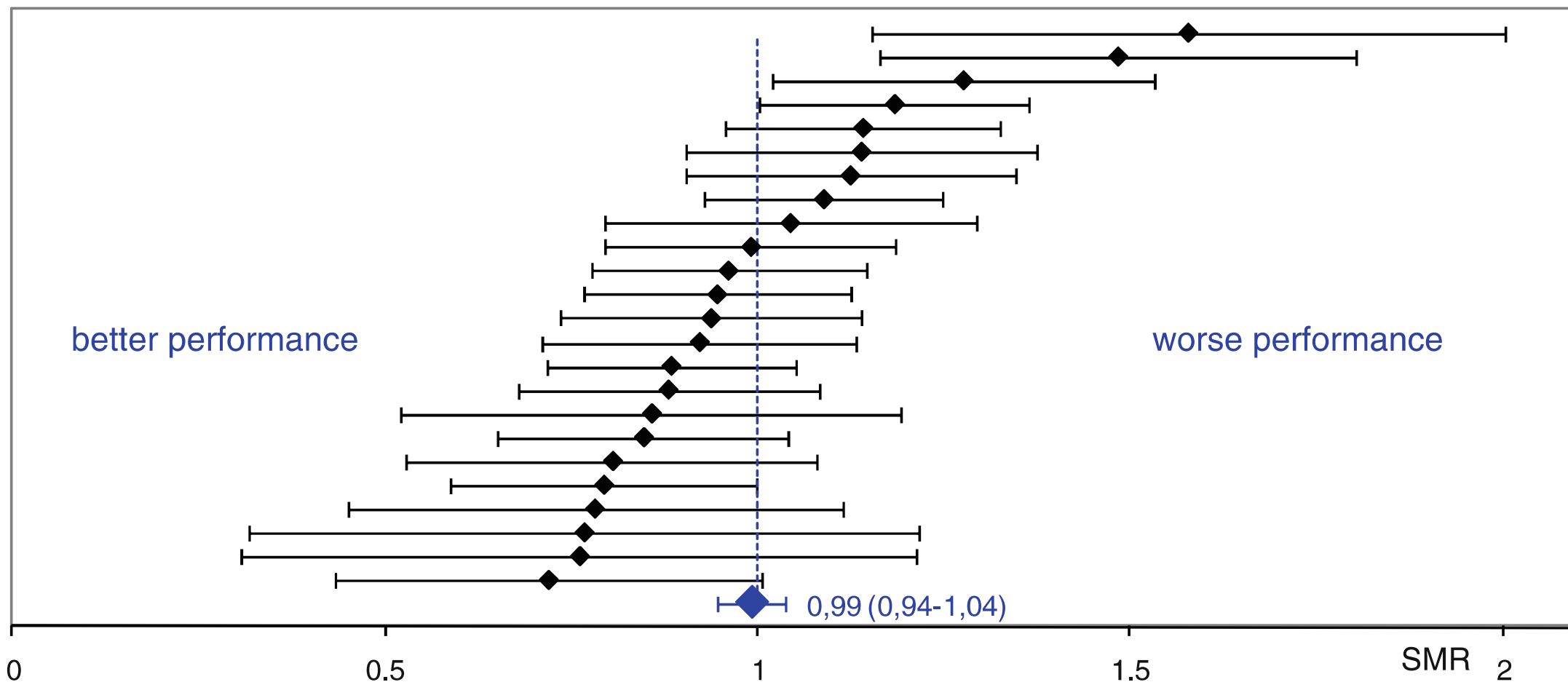


STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6-7-8 NOVEMBRE

ROMA

c Inclination to limit treatment > 1.30



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6·7·8 NOVEMBRE

ROMA

Guido Bertolini
Simona Boffelli
Paolo Malacarne
Mario Peta
Mariano Marchesi
Camillo Barbisan
Stefano Tomelleri
Simonetta Spada
Roberto Satolli
Bruno Gridelli
Ivo Lizzola
Davide Mazzon

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

«First, forgoing treatments in terminally ill patients does not mean forgoing chances of survival; it simply means avoiding a useless and often dreadful **prolongation of the dying process**.

Second, the possibility of considering and practicing **treatment limitation** is, in the ICU, an **indicator of overall quality of care**»



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA



LINEE GUIDA SIAARTI

MINERVA ANESTESIOLOGIA 2003;69:101-18

2003

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

LINEE GUIDA SIAARTI

MINERVA ANESTESIOLOGIA 2006;72:927-63

2006

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

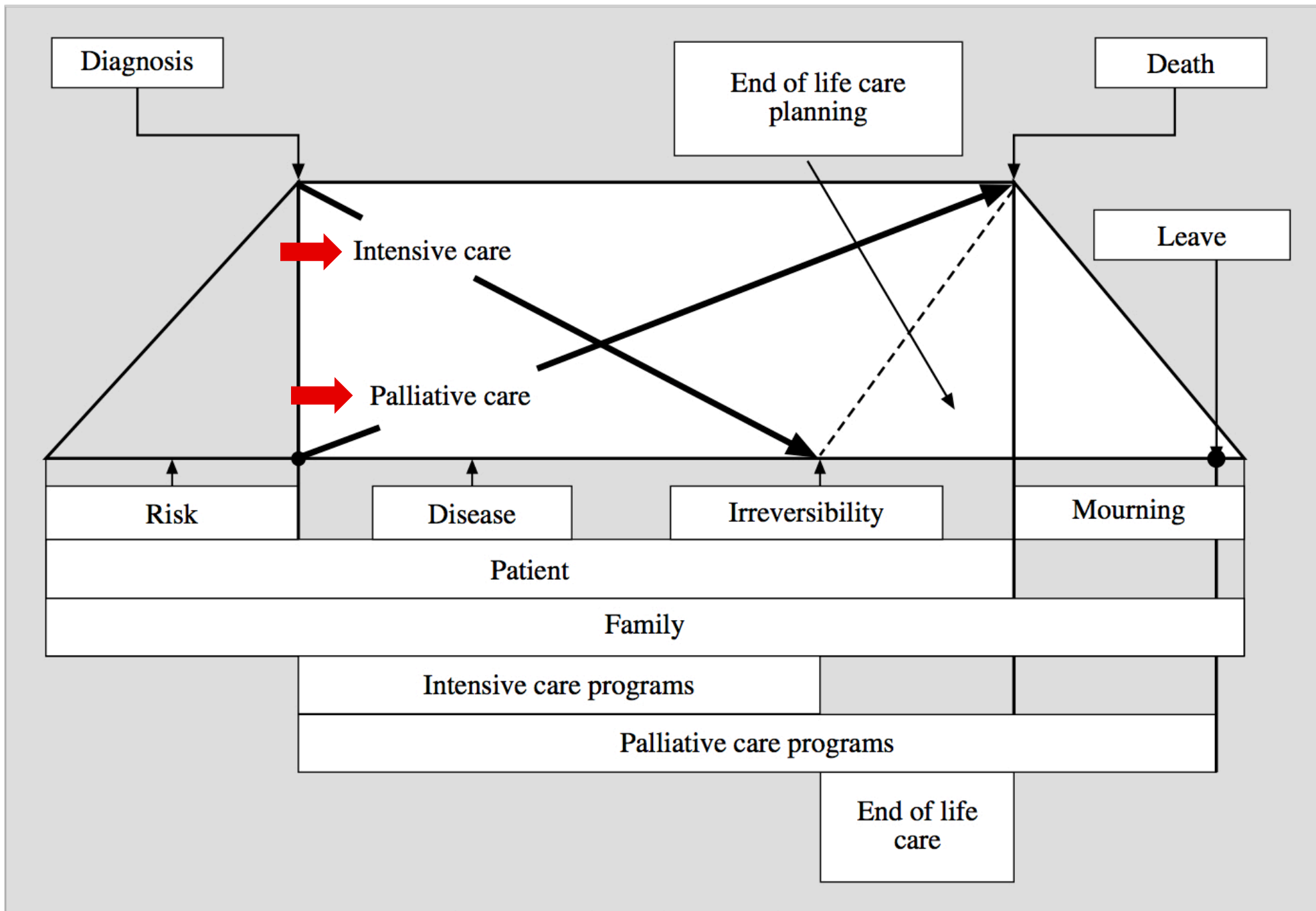
SIAARTI - ITALIAN SOCIETY OF ANAESTHESIA ANALGESIA RESUSCITATION
AND INTENSIVE CARE BIOETHICAL BOARD



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA



TRAPIANTO DI RENE DA DONATORE A CUORE NON BATTENTE: LA PRIMA ESPERIENZA IN ITALIA

2008-2010

**Teresa Rampino¹, Massimo Abelli², Elena Ticozzelli², Marilena Gregorini¹, Francesca Bosio¹,
Giovanni Piotti¹, Giulia Bedino¹, Pasquale Esposito¹, Chiara Teresa Balenzano¹, Paolo Geraci³,
Antonio Dal Canton¹**

¹Unità di Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo e Università degli Studi, Pavia

²Unità di Trapianto, Fondazione IRCCS, Policlinico San Matteo e Università degli Studi, Pavia

³Centro Coordinamento per le Donazioni e Trapianti, Fondazione IRCCS, Policlinico San Matteo e Università degli Studi, Pavia

Categoria III - *AWAITING CARDIAC ARREST*

Comprende pazienti terminali, degenti soprattutto nei reparti di Terapia Intensiva, per cui si aspetta l'arresto cardiaco dopo la sospensione delle terapie invasive o rianimatorie rifiutate dal paziente stesso o dai suoi familiari.

In Italia questa categoria non può esistere per le vigenti normative.



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6-7-8 NOVEMBRE

ROMA

CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE?

“DOCUMENTO CONDIVISO”

PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

2013

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 PNEUMOLOGI OSPEDALIERI (AIPO)

| | | |
|---|---|---|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

ANNI 1999-2019

EXPERTS' OPINION

2

“Why can't I give you my organs after my heart has stopped beating?”

An overview of the main clinical, organisational, ethical and legal issues concerning organ donation after circulatory death in Italy

Alberto GIANNINI ^{1*}, Massimo ABELLI ², Giampaolo AZZONI ³, Gianni BIANCOFIORE ⁴, Franco CITTERIO ⁵, Paolo GERACI ⁶, Nicola LATRONICO ^{7, 8}, Mario PICOZZI ⁹, Francesco PROCACCIO ¹⁰, Luigi RICCIONI ¹¹, Paolo RIGOTTI ¹², Franco VALENZA ¹³, Sergio VESCONI ¹⁴, Nereo ZAMPERETTI ¹⁵

on behalf of The Working Group on DCD of the Italian Society of Anesthesiology, Analgesia and Intensive Care (SIAARTI), and the Italian Society for Organ Transplantation

“In Italy organ procurement after cDCD is **legally and ethically conceivable** within the current legal framework.

However, although formal impediments do not exist, we are faced with many obstacles which hinder the implementation of these programs, mainly of **cultural nature**”



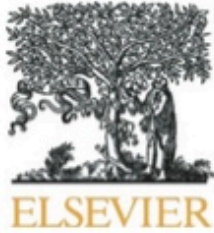
STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

2015

Journal of Critical Care 38 (2016) 129–131



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Critical Care

journal homepage: www.jccjournal.org



Making a case for controlled organ donation after cardiac death: the story of Italy's first experience[☆]



Marco Vergano, MD^{a,*}, Emma Magavern, MD^b, Francesca Baroncelli, MD^c, Valeria Frisenda, MD^c, Alessia Fonsato, RN^a, Diego Artusio, RN^a, Carlo Alberto Castioni, MD^a, Maria Elena De Piero, MD^a, Massimo Abelli, MD^d, Elena Ticozzelli, MD^d, Sergio Livigni, MD^a

^a SC Anestesia e Rianimazione, Ospedale Torino Nord Emergenza S. Giovanni Bosco, Torino, Italy

^b Imperial College London, St. Mary's Hospital, London, UK

^c Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Università degli Studi di Torino, Torino, Italy

^d SSD Trapianto di Rene, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia, Italy



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

2015



LINEE PROPOSITIVE PER UN DIRITTO DELLA RELAZIONE DI CURA E DELLE DECISIONI DI FINE VITA¹

¹ Le « Linee propositive sulla relazione di cura » sono state elaborate dal Comitato Scientifico della FONDAZIONE CORTILE DEI GENTILI. Hanno partecipato attivamente ai lavori membri della Siaarti e della Sicip.



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6-7-8 NOVEMBRE

ROMA

La relazione di cura – è questo l'asse portante del nostro documento – va vista e vissuta come un dialogo costante fra paziente e medico, nutrito da flussi reciproci di informazioni e di valutazioni e rivolto alla medesima finalità. Ciò consente al medico di calibrare le cure in funzione dei caratteri non solo fisici del paziente e allo stesso paziente di far valere i suoi diritti non come delle aprioristiche ed ignare prese di posizione, ma come scelte consapevoli, maturate attraverso il dialogo.

È su questa premessa che il documento definisce e chiarisce i tre principi ai quali le cure devono ispirarsi: appropriatezza, proporzionalità e consensualità.

Nella relazione terapeutica va anche collocato il rifiuto di cure, che è un risvolto necessario della loro consensualità e della loro stessa appropriatezza, in relazione al beneficio che ne percepisce il paziente. Questi, se capace, non può non esserne l'ultimo interprete, anche là dove si tratti di cessare la lotta per il prolungamento della sopravvivenza, interrompendo i trattamenti in atto e rimodulando le cure in senso palliativo. Nei casi di legittimo rifiuto o di non proporzionalità delle cure – sottolinea il documento – l'astensione e l'interruzione sono condotte che adempiono a un dovere deontologico e come tali devono essere sottratte a sanzione, sia civile che penale. Per converso, ove l'interruzione esiga l'intervento del medico e possano insorgere in ciò i presupposti per l'obiezione di coscienza, il medico potrà legittimamente sottrarsi all'intervento, nel rispetto tuttavia del dovere deontologico di assicurare altrimenti la continuità di assistenza.

2017



La Santa Sede

*MESSAGGIO DEL SANTO PADRE FRANCESCO
AI PARTECIPANTI AL MEETING REGIONALE EUROPEO
DELLA "WORLD MEDICAL ASSOCIATION"
SULLE QUESTIONI DEL "FINE-VITA"*

[Vaticano, Aula Vecchia del Sinodo, 16-17 novembre 2017]



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

La medicina ha infatti sviluppato una sempre maggiore capacità terapeutica, che ha permesso di sconfiggere molte malattie, di migliorare la salute e **prolungare il tempo della vita**.

Essa ha dunque svolto un ruolo molto positivo. D'altra parte, oggi è anche possibile protrarre la vita in condizioni che in passato non si potevano neanche immaginare.

Gli interventi sul corpo umano diventano sempre più efficaci, ma non sempre sono risolutivi: possono sostenere funzioni biologiche divenute insufficienti, o addirittura sostituirle, ma questo **non equivale a promuovere la salute**.

Occorre quindi un **supplemento di saggezza**, perché oggi è più insidiosa la tentazione di insistere con trattamenti che producono potenti effetti sul corpo, ma talora **non giovano al bene integrale della persona**.



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

Il Papa Pio XII, in un memorabile discorso rivolto 60 anni fa ad anestesisti e rianimatori, affermò che non c'è obbligo di impiegare sempre tutti i mezzi terapeutici potenzialmente disponibili e che, in casi ben determinati, è lecito astenersene (cfr Acta Apostolicae Sedis XLIX [1957], 1027-1033).

È dunque **moralmente lecito rinunciare all'applicazione di mezzi terapeutici, o sospenderli**, quando il loro impiego non corrisponde a quel criterio etico e umanistico che verrà in seguito definito "**proporzionalità delle cure**" [...]

L'aspetto peculiare di tale criterio è che prende in considerazione «il risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali» (ibid.).

Consente quindi di giungere a una decisione che si qualifica moralmente come **rinuncia all'“accanimento terapeutico”**.

È una scelta che assume responsabilmente **il limite della condizione umana mortale**, nel momento in cui prende atto di non poterlo più contrastare.



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI



LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti

2018

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

UPDATE 2018



Parte I: Le basi teoriche

ESTENSORI

Paolo Malacarne, Pisa
Sergio Livigni, Torino
Marco Vergano, Torino
Giuseppe Gristina, Roma
Francesca Mengoli, Bologna
Sara Borga, Orbassano (Torino)
Francesca Baroncelli, Torino
Luigi Riccioni, Roma
Nicola Latronico, Brescia

REVISORI

Giuseppe Naretto, Torino
Nereo Zamperetti, Vicenza
Luciano Orsi, Mantova
Danila Valenti, Bologna
Andrea Cossu, Sassari
Davide D'Antini, Foggia
Carlotta Fontaneto, Genova
Maurizio Fusari, Ravenna
Davide Piredda, Sassari
Amato De Monte, Udine



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

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

UPDATE 2018



Parte I: Le basi teoriche

| | |
|---|----|
| Introduzione _____ | 3 |
| Quadro Generale di Riferimento _____ | 4 |
| La Proporzionalità delle Cure Intensive _____ | 6 |
| Comunicazione alla Fine della Vita e TI “Aperta” _____ | 9 |
| Limitazione dei Trattamenti Intensivi _____ | 11 |
| Donazione di Organi e Tessuti _____ | 14 |
| Valutazione della Qualità dell’Assistenza del Fine Vita _____ | 15 |
| Raccomandazioni Finali _____ | 16 |
| Bibliografia _____ | 33 |



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

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

UPDATE 2018

Parte II: Procedure e Criticità

| | |
|--|----|
| Gestione del Fine Vita _____ | 18 |
| Sospensione delle Terapie di Supporto Vitale _____ | 24 |
| Criticità _____ | 30 |
| Bibliografia _____ | 33 |

gli obiettivi specifici del ricovero in TI sono:

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.



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

La **relazione di cura centrata sulla persona** e finalizzata ad aiutarla a definire e realizzare il proprio progetto di vita compatibilmente con i limiti posti dalla malattia si fonda su **tre principi**:

1. **condivisione delle decisioni**, maturate all'interno di una **pianificazione condivisa e anticipata delle cure**, che coinvolga anche i familiari;
2. **rispetto dell'autodeterminazione**, della **dignità** e dell'**identità** della persona malata;
3. **astensione o interruzione** dei trattamenti sproporzionati.



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

Donazione di Organi e Tessuti

La possibilità di donare organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto terapeutico dovrebbe essere offerta a tutti, come **parte integrante del percorso di fine vita** in TI.

Una donazione d'organi e tessuti non ha valore soltanto per il grande beneficio del soggetto ricevente, ma anche per il **rispetto del diritto all'autodeterminazione del donatore** e per l'alto significato che riveste per i familiari nel momento della perdita del loro caro. [...]



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

DONAZIONE DOPO ACCERTAMENTO CON CRITERI CARDIOCIRCOLATORI (DCD)

Nel caso di **donazione controllata a cuore fermo**, la **valutazione dell'idoneità** del donatore e la **verifica della volontà** di donare gli organi per trapianto **precedono** inevitabilmente il momento della morte.

Essi devono però essere **successivi al processo decisionale** che **determinerà la limitazione terapeutica**, nonché alla comunicazione di tali decisioni ai familiari e alla verifica della loro comprensione della situazione di terminalità.

In nessun caso il processo della donazione (anche nella fase iniziale di valutazione e identificazione) può precedere o interferire con il processo decisionale che sottende a una scelta di limitazione dei trattamenti.



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016

Charles L. Sprung, MD; Bara Ricou, MD; Christiane S. Hartog, MD; Paulo Maia, MD; Spyros D. Mentzelopoulos, MD, PhD; Manfred Weiss, MD; Phillip D. Levin, MB, BChir; Laura Galarza, MD; Veronica de la Guardia, MD; Joerg C. Schefold, MD; Mario Baras, PhD; Gavin M. Joynt, MBBCh; Hans-Henrik Bülow, MD; Georgios Nakos, MD, PhD; Vladimir Cerny, MD, PhD; Stephan Marsch, MD, DPhil; Armand R. Girbes, MD, PhD; Catherine Ingels, MD, PhD; Orsolya Miskolci, MD; Didier Ledoux, MD; Sudakshina Mullick, MD; Maria G. Bocci, MD; Jakob Gjedsted, MD, PhD; Belén Estébanez, MD; Joseph L. Nates, MD, MBA, CMQ; Olivier Lesieur, MD, PhD; Roshni Sreedharan, MD; Alberto M. Giannini, MD; Lucía Cachafeiro Fuciños, MD, PhD; Christopher M. Danbury, MB, BS, MPhil; Andrej Michalsen, MD, MPH; Ivo W. Soliman, MD; Angel Estella, MD; Alexander Avidan, MD

IMPORTANCE End-of-life decisions occur daily in intensive care units (ICUs) around the world, and these practices could change over time.

OBJECTIVE To determine the changes in end-of-life practices in European ICUs after 16 years.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS Ethicus-2 was a prospective observational study of 22 European ICUs previously included in the Ethicus-1 study (1999-2000). During a self-selected continuous 6-month period at each ICU, consecutive patients who died or had any limitation of life-sustaining therapy from September 2015 until October 2016 were included. Patients were followed up until death or until 2 months after the first treatment limitation decision.

EXPOSURES Comparison between the 1999-2000 cohort vs 2015-2016 cohort.

 Editorial

 Supplemental content



STATI GENERALI

RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016

| Limitation | 2015-2016, No. (%) | 1999-2000, No. (%) | Difference, % (95% CI) | P Value |
|--|-----------------------|-----------------------|--------------------------|------------|
| Withholding of life-prolonging therapy | 892 (50) | 1143 (40.7) | ➔ 9.3 (6.4 to 12.3) | <.001 |
| Withdrawing of life-prolonging therapy | 692 (38.8) | 695 (24.8) | ➔ 14.0 (11.2 to 16.8) | <.001 |
| Failed CPR | 110 (6.2) | 628 (22.4) | ➔ -16.2 (-18.1 to -14.3) | <.001 |

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Among patients who had treatment limitations or died in 22 European ICUs in 2015-2016, compared with data reported from the same ICUs in 1999-2000, **limitations** in life-prolonging therapies **occurred significantly more frequently** and death without limitations in life-prolonging therapies occurred significantly less frequently. These findings suggest a shift in end-of-life practices in European ICUs



in sintesi:

- è la capacità di «**insistenza**» terapeutica ad aver reso necessaria la riflessione sulla «**desistenza**»
- ogni trattamento deve essere clinicamente **appropriato** ed eticamente **proporzionato**
- non vi è distinzione sul piano etico tra *withholding* (**astensione**) e *withdrawing* (**sospensione**)
- la proporzione di pazienti che muoiono dopo limitazione delle cure è in crescita, seppur con notevole disomogeneità
- la sospensione delle terapie deve essere accompagnata da **sedazione palliativa/terminale**
- gli atti di desistenza terapeutica devono seguire un **metodo** ed essere accuratamente **documentati**
- la donazione di organi deve poter essere **parte integrante** del percorso di fine vita in TI
- la comunicazione (tra operatori e con i pazienti/familiari) è essenziale e va implementata:
la comunicazione è tempo di cura!



STATI GENERALI
RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6 · 7 · 8 NOVEMBRE

ROMA

«The **technical** and **moral** aspects of patient care are inseparable» *Albert R. Jonsen*



STATI GENERALI



RETE NAZIONALE
TRAPIANTI

6.7.8 NOVEMBRE

ROMA

marco.vergano@aslcittaditorino.it

