



Anestesia

Rianimazione

Terapia del Dolore

Terapia Iperbarica



- Codice di Deontologia Medica (Approvato da Comitato Centrale della FNOMCeO il 3-10-1998).
- Consiglio Europeo. Convenzione sui diritti umani e la biomedicina. Oviedo, 4 aprile 1997; ratificata dal Parlamento Italiano, 14 marzo 2001.
- Recommendations for intensive care unit admission and discharge criteria. Task Force on Guidelines. Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 1988;16:807-8.
- Ethical and moral guidelines for initiation, continuation, and withdrawal of intensive care. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Panel. Chest 1990;97:949-58.
- Guidelines for utilisation of intensive care units. European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med 1994;20:163-4.
- Consensus statement on the triage of critically ill patients. Society of Intensive Care Medicine. JAMA 1994;271:1200-3.
- Nasraway SA, Cohen IL, Dennis RC, Howenstein MA, Nikas DK, Warren J *et al.* Guidelines on admission and Section Task Force on Admission and Discharge Criteria, Society of Critical Care Medicine in conjunction with the American College of Critical Care Medicine and the Committee on Hospital of the American Academy of Pediatrics. Crit Care Med 1999;27:4:843-5.
- Central Ethics Committee of Swiss Academy of Medical Sciences, Medical-ethical guidelines on borderline questions in intensive-care medicine. Schewiez Med Wochenschr 1999;129:1942-7.
- Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. Crit Care Med 1997;25:887-91.
- Medical-ethical guidelines for the Medical Care of Dying or Severely Brain-damage Patients. Schweiz Artzeitung 1995;76:1223-5.
- Truog RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M *et al.* Recommendation for end-of-life in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care. Crit Care Med 2001;29:2332-48.

## Raccomandazioni SIAARTI per l'ammissione e la dimissione dalla terapia intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva

Nella medicina intensiva si devono costantemente prendere difficili decisioni sulla linea di confine fra la vita e la morte. Non raramente queste decisioni devono essere assunte in tempi rapidi e senza disporre di tutte le informazioni importanti riguardanti il paziente.

Le seguenti raccomandazioni hanno lo scopo di aiutare gli intensivisti a prendere decisioni che riguardano la gestione dei pazienti in Terapia Intensiva (TI). Esse rappresentano uno schema di riferimento bioetico, stilato in modo consensuale dall'omonimo Gruppo di studio sorto dalla Commissione di Bioetica della SIAARTI, per facilitare il processo decisionale nella medicina intensiva.

Queste raccomandazioni devono essere considerate come principi generali e non come specifiche istruzioni. Pertanto, rappresentano una cornice concettuale intesa a favorire la gestione dei problemi di bioetica clinica e non a limitare la potestà decisionale del singolo intensivista, il quale mantiene la libertà e la correlata responsabilità personale nelle decisioni adottate nei singoli casi clinici.

Esse sono coerenti con i principi etici generali che regolano la cura dei pazienti in condizioni critiche e che sono riportati nelle seguenti dichiarazioni e codi-

ci deontologici: Dichiarazione di Helsinki <sup>1</sup>, Ethical Principles in Intensive Care (World Federation of Society of Intensive and Critical Care Medicine) <sup>2</sup>, Codice di Deontologia Medica (3-10-98) <sup>3</sup>, Convenzione Europea di Oviedo sui Diritti Umani e la Biomedicina <sup>4</sup>, oltre che nei numerosi documenti di consenso stilati dalle Commissioni Etiche delle principali società scientifiche internazionali <sup>5-15</sup>.

### Regole generali

Nei reparti di TI si effettuano il monitoraggio e il trattamento di pazienti che sono in condizioni critiche a causa di una grave instabilità, in atto o potenziale, delle funzioni vitali.

I tradizionali obiettivi della medicina intensiva sono:

- recuperare lo stato di salute;
- mantenere una vita dignitosa (ossia rispettosa delle volontà del paziente e del suo concetto di qualità della vita);
- controllare la sofferenza;
- evitare danni al paziente;

— garantire una morte dignitosa (ossia con il minor grado di sofferenza ed in accordo con i desideri ultimi del paziente).

L'obiettivo ottimale del trattamento intensivo è il recupero totale dello stato di salute per permettere un completo reinserimento del paziente nel suo ambiente sociale. Purtroppo però questo obiettivo non può essere raggiunto in tutti i pazienti e, in alcuni casi, l'esito finale della malattia è rappresentato da una grave disabilità o dalla morte. Nella pratica clinica quotidiana l'obiettivo concretamente perseguibile dalla medicina intensiva può diventare, pertanto, quello del mantenimento di una vita dignitosa, del controllo della sofferenza e della garanzia di una morte dignitosa. Conseguentemente, l'obiettivo fondamentale della medicina, ossia la difesa della vita, per non scadere a gestione del mero dato biologico, deve essere temperato, in TI come in altre branche della medicina, da alcune considerazioni etiche. In particolare, non devono essere praticate quelle terapie sproporzionate per eccesso che procrastinano inutilmente la morte.

Gli aspetti più importanti delle decisioni relative al ricovero, alla dimissione dei pazienti dalla TI e alla limitazione dei trattamenti, sono:

- i principi etici;
- i fattori clinici (correlati al paziente).

### *I principi etici*

In sintonia con tutti i documenti internazionali, queste raccomandazioni si fondano sui seguenti principi etici generali:

- autonomia: rispetto per l'autodeterminazione del paziente;
- beneficiabilità: promuovere il bene per il paziente;
- non maleficabilità: non fare il male del paziente (*primum non nocere*);
- giustizia distributiva: realizzare un'equa allocazione delle risorse scarse.

Questi principi etici generali si applicano nella tradizionale relazione medico-paziente, ma risultano validi e vincolanti anche nella medicina intensiva.

In sintonia con il documento della World Federation of Society of Intensive and Critical Care Medicine<sup>2</sup>, una corretta valutazione di un problema etico insorto nella medicina intensiva, dovrebbe fondarsi sulla verifica dei seguenti elementi:

- l'esercizio di una buona pratica medica condotta con buon senso;
- l'effettuazione di trattamenti basati su ciò che dovrebbe (realisticamente) essere fatto nel caso specifico e non su tutto ciò che potrebbe (teoricamente) essere fatto;
- il rispetto dei seguenti diritti del paziente: ricevere un'adeguata informazione circa le proprie condizioni e le relative opzioni terapeutiche; ottenere la terapia più appropriata tra quelle disponibili; rifiuta-

re o accettare qualsiasi trattamento, compresi quelli di sostegno vitale.

Nella medicina intensiva è inoltre particolarmente utile e frequente ricorrere al criterio della proporzionalità delle cure. Questo criterio definisce l'appropriatezza di un trattamento in base ai seguenti elementi: miglioramento della qualità di vita, prolungamento della sopravvivenza, probabilità di successo e oneri (in termini di disagi e sofferenze) relativi al trattamento stesso. In particolare, l'appropriatezza di un trattamento risulta inversamente proporzionale agli oneri e direttamente proporzionale all'incremento della qualità e quantità di vita, oltre che alle probabilità di successo.

### *Autonomia*

Il diritto del paziente di autodeterminarsi in merito alle scelte sanitarie che lo riguardano deve essere rispettato. Ciò comporta l'obbligo di ricercare e ottenere il consenso informato per ogni trattamento invasivo d'elezione. In condizioni di urgenza può risultare impossibile ricercare e ottenere il consenso informato a causa dello stato di incapacità mentale<sup>a</sup>. Comunque, il paziente deve, per principio, essere considerato capace, anche se le condizioni cliniche di grave dolore, dispnea, ecc., possono potenzialmente inficiare l'espressione e la realizzazione del principio di autonomia.

È fortemente auspicato un dialogo tra i sanitari e il paziente (e, se possibile, i parenti) al fine di esplicitare i reciproci obiettivi di salute e di includere le volontà, direttamente o indirettamente espresse dal paziente, nel processo decisionale. Nelle fasi di malattia precedenti lo stato critico i curanti, in ambito domiciliare o specialistico, devono incoraggiare il paziente a formulare una pianificazione anticipata delle cure per fare in modo che le sue volontà siano rispettate anche qualora subentri uno stato di incapacità mentale per l'aggravarsi delle condizioni cliniche. Al verificarsi dello stato critico l'intensivista deve tener conto di tali volontà precedentemente espresse.

La pianificazione anticipata delle cure può assumere una o più delle seguenti forme:

— Direttiva di istruzione: formulazione esplicita da parte paziente delle sue volontà e dei suoi desideri in relazione a stati patologici presenti o futuri, con indicazione — in particolare — dei tipi di trattamento che egli desidera ricevere o rifiutare in alcune situazioni cliniche specifiche, specie quelle prevedibili in relazione alla sua patologia (arresto cardiaco, stato vegetativo permanente, dipendenza dalla ventilazione meccanica, ecc.); tutto ciò assume una maggiore autorevolezza se le scelte di trattamento o di non

<sup>a</sup>) La capacità mentale è definita dalla possibilità per il paziente di capire le informazioni rilevanti all'assunzione di decisioni, di valutare le conseguenze delle scelte di trattamento o di non trattamento e dall'espressione in modo intelligibile delle relative scelte decisionali.

trattamento sono riferite alla formulazione da parte paziente di esplicite concezioni valoriali <sup>b</sup>.

— Direttiva di delega: indicazione da parte del paziente di una o più persone (familiare, partner, amico, medico di famiglia) che godono della sua piena fiducia (fiduciario) e che possono rappresentare le sue volontà in caso di sopravvenuta incapacità mentale; questi fiduciari sono da lui delegati a ricevere le informazioni ed a partecipare, insieme ai sanitari, al processo decisionale relativo ai trattamenti terapeutici da effettuare o limitare <sup>c</sup>.

In linea generale, i sanitari devono tener conto delle volontà espresse dal paziente e delle informazioni fornite dai parenti in merito ai desideri del paziente. I pareri dei familiari che risultino contrastanti con le volontà espresse dal paziente in condizioni di capacità mentale devono essere recepiti e discussi da parte dei sanitari ma non devono prevalere sulle volontà del paziente.

Se il paziente è mentalmente incapace, le decisioni terapeutiche devono tenere conto delle volontà precedentemente espresse dal paziente stesso o delle sue volontà presunte, facendo così riferimento ai 2 standard etico-giuridici tradizionali nel processo decisionale etico-clinico: il giudizio sostitutivo e il migliore interesse del paziente:

— Il giudizio sostitutivo, procedura decisionale in cui si incoraggiano i familiari e le persone care al paziente a esprimere la testimonianza circa la decisione che il paziente avrebbe probabilmente preso in quella circostanza clinica;

— il migliore interesse del paziente, procedura decisionale che si fonda sul bilancio fra i benefici attesi e gli oneri previsti del trattamento terapeutico per quel dato paziente.

Anche in Italia i sanitari devono, sulla base di norme legislative e deontologiche, tener conto delle volontà precedentemente espresse dal paziente nel decidere i trattamenti terapeutici <sup>3, 4</sup>. Le direttive anticipate espresse in forma scritta o orale devono essere tenute in debita considerazione, soprattutto se un fiduciario può confermare che esse corrispondono alle volontà del paziente. La mancanza di un fidu-

<sup>b</sup>) Lo scopo della pianificazione anticipata delle cure non è la semplice compilazione di un documento di istruzioni terapeutiche (soluzione di per sé più utile ai curanti che al malato) ma l'esplicitazione da parte del paziente stesso delle proprie convinzioni e di una propria scala di valori su cui basare le scelte terapeutiche. Questo permetterà sia di convalidare, nel caso, tali opzioni di fronte all'opposizione di terzi (familiari, curanti), sia di giungere a decisioni adeguate nel caso di situazioni particolari non specificatamente previste nel documento.

<sup>c</sup>) Nel vigente ordinamento giuridico italiano i parenti non possono legalmente sostituirsi al paziente nel prestare o meno il consenso ai trattamenti sanitari tranne nel caso di tutore di soggetto interdetto o di chi esercita la potestà genitoriale. Essi possono però rappresentare un importante riferimento per ricostruire le volontà del paziente e facilitare il processo decisionale gestito dai curanti.

ciario non deve comunque inficiare una pregressa volontà chiaramente espressa.

In situazioni molto particolari è possibile non rispettare le volontà del paziente; ad esempio qualora non sia possibile decidere se le volontà attualmente espresse corrispondono alle sue presunte volontà a lungo termine (vedi *Tentato suicidio*). Il principio di autonomia riguarda, il linea generale, i trattamenti indicati sul piano clinico; le terapie che non trovano indicazione clinica o che appaiono chiaramente sproporzionate alle condizioni del paziente non devono essere proposte dai sanitari né possono essere richieste dal paziente o dai suoi rappresentanti (vedi *Il processo decisionale etico-clinico*). Ogni decisione in tal senso va comunque opportunamente mediata; infatti, i sanitari rappresentano comunque l'ultima salvaguardia del paziente e sono tenuti a proteggerlo da ogni decisione che è contro il suo migliore interesse.

### Beneficialità

Il principio di beneficialità si riferisce all'obbligo morale di agire per il bene degli altri. Il bene altrui comprende la prevenzione del male o del danno, la rimozione del male o del danno e la promozione del bene o la sua effettuazione. Le forme di beneficialità prevedono quindi l'agire per aiutare, per prevenire o rimuovere il male e per realizzare il bene. La realizzazione del miglior bene per il paziente deve essere conseguita nel rispetto della sua autonomia. Il dialogo con il paziente o con i suoi cari può aiutare a definire meglio il principio di beneficialità nella prospettiva propria del paziente stesso. A tal fine è necessario instaurare, per quanto attuabile nell'ambiente intensivo, una relazione con il paziente e/o i suoi familiari al fine di migliorare il processo decisionale.

### Non maleficialità

Il principio di non maleficialità si riferisce all'obbligo morale di non infliggere intenzionalmente male o danno ad altri. Esso è generalmente associato alla tradizionale massima *Primum non nocere*. Il principio di non maleficialità richiede di non commettere intenzionalmente azioni che causano male o danno ad altre persone.

### Giustizia distributiva/risorse

Il principio di giustizia impone che tutti i pazienti siano trattati in modo equo. L'ammissione, la dimissione del paziente dalla TI e la limitazione dei trattamenti non devono essere influenzati dall'età, dal sesso, dal valore sociale, dal credo religioso, dalle inclinazioni sessuali, dal censo. Gli unici criteri da utilizzare per decidere l'ammissione, la dimissione del paziente dalla TI e la limitazione dei trattamenti sono quelli dell'appropriatezza clinica (definita dalla curabilità della patologia e dall'effettiva utilità del trattamento intensivo per quel paziente) e dalla liceità eti-

ca (definita dal consenso del paziente e/o dal rispetto del criterio di proporzionalità). I sanitari cui competono le decisioni di ammissione/dimissione dalla TI e di limitazione dei trattamenti sono moralmente responsabili dell'equa allocazione delle risorse loro assegnate. Questa responsabilità non deve comunque essere considerata, nella pratica clinica quotidiana, come il fattore decisivo per la limitazione dei trattamenti nei singoli pazienti. In caso di conflitto fra un trattamento potenzialmente benefico per un singolo paziente e il principio di giustizia distributiva, il sanitario deve prioritariamente salvaguardare il paziente. Se le risorse disponibili sono limitate è però eticamente giustificabile una restrizione nell'uso dei trattamenti intensivi in base ai criteri di appropriatezza clinica.

#### *Fattori clinici (correlati al paziente)*

Nel processo decisionale si devono tenere in considerazione anche i fattori correlati al paziente poiché la loro analisi può migliorare la qualità della valutazione clinica e meglio evidenziare i pro e i contro delle decisioni.

I principali fattori clinici da valutare sono:

- età biologica (pazienti pediatrici o geriatrici);
- biografia personale;
- patologie concomitanti;
- gravità e prognosi dello stato critico attuale;
- qualità di vita pregressa e prevedibile.

#### *Età biologica (pazienti pediatrici o geriatrici)*

In linea generale, l'attuazione di trattamenti intensivi va sempre valutata con molta attenzione, soprattutto negli estremi dell'arco vitale e, quindi, nei prematuri, nei neonati, nei bambini e negli individui molto anziani.

*Neonatologia/pediatria.* — In generale, il ricovero in TI è tanto più raccomandato quanto minore è l'età del paziente. Comunque, l'appropriatezza dei trattamenti deve essere rivalutata periodicamente dal punto di vista del migliore interesse del paziente. Questo è particolarmente importante nei neonati e nei prematuri poiché essi possono essere mantenuti in vita dai trattamenti intensivi nonostante estesi danni cerebrali. Nei pazienti pediatrici e, soprattutto, nei neonati e nei prematuri, la valutazione della prevedibile qualità di vita è particolarmente importante e deve essere tenuta in conto nel processo decisionale. Nei neonati con gravi malformazioni congenite o con danni perinatali o postnatali, la prognosi riveste una particolare importanza. Se un bambino può sopravvivere solamente con supporti artificiali delle funzioni vitali e se è presente un grave, diffuso e intrattabile danno cerebrale, è eticamente lecito non iniziare o sospendere trattamenti intensivi con il coinvolgimento dei genitori nel processo decisionale. Nei casi più controversi il raggiungimento di un consenso su un

livello diagnostico-terapeutico adeguato può essere più facilmente raggiunto ricorrendo al parere di un consulente e/o del Comitato Etico ospedaliero.

Nei pazienti pediatrici le volontà dei genitori o del tutore devono essere tenute in conto nel processo decisionale anche nel contesto della medicina intensiva. Questo soprattutto in quei non infrequenti casi, in cui l'effettivo interesse del minore sia di non facile definizione, a causa della incertezza della prognosi e della particolare gravosità del trattamento proposto. Nei pazienti pediatrici non ancora adulti ma capaci di valutare e giudicare specifiche situazioni, occorre tenere conto delle loro opinioni all'interno del processo decisionale. Qualora le volontà dei genitori o del tutore non corrispondano a quelle del paziente pediatrico, occorre cercare di raggiungere un consenso fra tutte le figure interessate al processo decisionale.

*Geriatrics.* — Nei pazienti geriatrici va attribuita una notevole importanza alla presenza di malattie concomitanti, alla riduzione delle riserve delle funzioni vitali e alle limitate prospettive di cura. L'età cronologica di per sé non è un criterio per decidere l'appropriatezza dei trattamenti intensivi poiché non sempre è correlata con l'età biologica. Ai pazienti geriatrici che sono in condizioni di capacità mentale si applicano, nel processo decisionale, gli stessi principi etici che si usano nei pazienti più giovani. Nei pazienti geriatrici che sono in condizioni di incapacità mentale totale o parziale, si devono prendere in considerazione le volontà precedentemente espresse dal paziente. La valutazione di appropriatezza clinica dei trattamenti intensivi non deve comunque essere influenzata dalla immagine negativa che la società ha della vecchiaia.

#### *Biografia personale*

Il processo decisionale deve tener conto delle preferenze e dei valori che hanno caratterizzato la storia della vita del paziente. Le opinioni e i sentimenti del paziente circa la salute globalmente intesa, l'indipendenza o la dipendenza fisica, il dolore, la malattia, il processo del morire e la morte, nonché i suoi progetti futuri, rappresentano un'importante base decisionale per la famiglia, le persone care e i sanitari. L'esplicitazione e la discussione anticipata di questi elementi fra il paziente, le persone a lui care ed i sanitari possono facilitare notevolmente il raggiungimento del consenso, agevolare il processo decisionale e prevenire futuri conflitti fra le figure coinvolte.

#### *Patologie concomitanti*

In tutti i pazienti è importante valutare le patologie concomitanti, soprattutto se cronico-degenerative, poiché queste riducono le riserve delle funzioni vitali. I pazienti di età molto avanzata, affetti da patolo-

gie croniche ingravescenti e altamente invalidanti, raramente possono essere presi in considerazione per l'accesso ai trattamenti intensivi.

Queste considerazioni valgono anche, se non soprattutto, per i medici di famiglia e gli altri specialisti ospedalieri che conoscono più approfonditamente la storia clinica e personale del loro assistito. Questi curanti dovrebbero valutare a priori (prima dell'insorgenza di condizioni critiche) l'opportunità di richiedere un intervento intensivo in base a una precoce valutazione di appropriatezza clinica e ad una pianificazione anticipata delle cure concordata con il paziente e i suoi cari.

Nel momento in cui saranno disponibili dati validi sulla individuazione precoce di quei malati che, pur potendo sopravvivere alla terapia intensiva, non sopravvivono fino alla dimissione ospedaliera e sono destinati comunque a morire in reparto di degenza, tali dati dovranno essere tenuti in attenta considerazione.

La demenza avanzata<sup>d</sup> va considerata come una grave e invalidante patologia concomitante che ha un'influenza sfavorevole sulla prognosi.

#### *Gravità e prognosi dello stato critico attuale*

È eticamente appropriato non ricoverare in TI i pazienti in cui si prevede, con ragionevole certezza, che il trattamento intensivo non produca alcun apprezzabile beneficio in termini di sopravvivenza o di qualità di vita residua o in cui i rischi e le sofferenze legate al trattamento siano maggiori dei benefici dello stesso.

Analogamente, è eticamente appropriato limitare il trattamento intensivo quando non sia prevedibile un beneficio apprezzabile o i rischi e le sofferenze legate al trattamento siano maggiori dei benefici dello stesso. I pazienti in fase terminale per una patologia irreversibile non devono essere trattati in modo intensivo né devono essere ricoverati in TI. Esempi di pazienti terminali che non devono ricevere cure intensive sono quelli affetti da lesioni cerebrali devastanti o non suscettibili di trattamento o prossimi alla morte cerebrale che non siano donatori d'organo, da insufficienze multiorgano irreversibili, da neoplasie non rispondenti ai trattamenti specifici. I malati in stato vegetativo permanente, quando ne sia stata definita la prognosi secondo gli attuali standard, pur non essendo pazienti terminali in senso stretto, sono malati per i quali — data l'estrema invalidità residua — il ricovero in TI deve essere considerato come inappropriato e, di fatto, controindicato (vedi *Qualità di vita pregressa e prevedibile*). Tale decisione non va peraltro lasciata

<sup>d</sup>) Fase della malattia contraddistinta dalla perdita di elementi personologici fondamentali dovuta al grave deterioramento delle funzioni cognitive con conseguente impossibilità di partecipazione attiva ad un programma terapeutico e riabilitativo.

all'intensivista nel momento dell'urgenza, ma deve essere assunta anticipatamente dai familiari e dall'equipe curante a livello istituzionale o domiciliare.

Analogamente non devono essere ricoverati in TI o ricevere trattamenti di sostegno vitale i pazienti che sono in condizioni di capacità e che rifiutano tali trattamenti o ne richiedono la sospensione.

I punteggi di gravità, ideati per confrontare diverse popolazioni di pazienti, non possono essere utilizzati nel decidere l'appropriatezza del trattamento intensivo in singoli pazienti. I dati derivati dai punteggi di gravità possono fornire informazioni importanti ma non determinanti per il processo decisionale nei singoli casi. L'uso degli attuali punteggi di gravità come unico elemento valutativo nel decidere se iniziare o continuare un trattamento intensivo è pertanto scientificamente ed eticamente scorretto.

#### *Qualità di vita pregressa e prevedibile*

È eticamente giustificato non iniziare o sospendere un trattamento intensivo, sproporzionato per eccesso, nei pazienti la cui qualità di vita, pregressa o prevedibile, è molto bassa, poiché tale trattamento produrrebbe più danno che beneficio. La qualità di vita, pregressa e prevedibile, di un paziente deve essere valutata esclusivamente dal suo punto di vista e non da quello dei sanitari o dei parenti.

### **Ricovero e dimissione dalla TI**

L'appropriatezza clinica del ricovero e della dimissione dalla TI è fondata sui seguenti elementi:

- 1) reversibilità dello stato patologico acuto;
- 2) ragionevole probabilità di benefici attesi dal trattamento intensivo, anche in rapporto agli oneri del trattamento stesso;
- 3) ragionevoli aspettative di risoluzione dello stato critico.

Pertanto, il trattamento intensivo deve essere, in linea generale, riservato ai pazienti con patologie acute reversibili o patologie croniche riacutizzate in cui è ragionevole attendersi una risoluzione o un buon recupero. A ciò fanno logica eccezione i donatori di organi<sup>e</sup>. I pazienti, i parenti o altre persone non possono, pertanto, costringere un sanitario a praticare un trattamento intensivo che egli ritenga clinicamente inappropriato o controindicato. Per quanto possibile in ambito intensivo, l'appropriatezza clinica va sempre valutata alla luce del consenso al trattamento espresso dal paziente dopo adeguata informazione.

<sup>e</sup>) In questi pazienti, nonostante le condizioni di morte cerebrale, il trattamento intensivo è clinicamente ed eticamente giustificato fino al momento del prelievo degli organi.

### Ricovero in TI

Le indicazioni al ricovero in TI sono rappresentate dallo stato critico attuale per insufficienza di una o più delle funzioni vitali (trattamento intensivo) o dal rischio elevato di sviluppare uno stato critico per il sopraggiungere di complicanze gravi e prevenibili; questi ultimi pazienti richiedono, pertanto, il monitoraggio delle funzioni vitali (monitoraggio intensivo).

I pazienti che necessitano di trattamento intensivo hanno (per la presenza di uno stato critico in atto) la priorità sui pazienti che richiedono un monitoraggio intensivo, oltre che sui pazienti in stato critico con una peggiore prognosi. Non dovrebbero essere ammessi in TI i pazienti che non hanno alcuna possibilità di recupero di un'accettabile qualità di vita, come ad esempio, i pazienti in stato vegetativo permanente.

Fatta salva l'appropriatezza clinica (curabilità della patologia ed effettiva utilità del trattamento intensivo), il ricovero e la dimissione dalla TI possono essere guidati da una scala di priorità che classifica i pazienti in base al potenziale beneficio atteso dal trattamento intensivo; la scala ha un andamento decrescente, dalla priorità 1 (massimo beneficio atteso) alla priorità 4 (minimo o nessun beneficio atteso).

**Priorità 1.** — Pazienti in condizioni critiche in atto, potenzialmente regredibili con il trattamento e il monitoraggio intensivo non praticabile fuori dalla TI. Questi pazienti non sono generalmente soggetti a limitazione terapeutica. Esempi di tali pazienti sono rappresentati da insufficienze di funzioni vitali postoperatorie, post-traumatiche o per riacutizzazione di patologie croniche, da insufficienze respiratorie o cardiocircolatorie che richiedono la ventilazione artificiale, le terapie di supporto cardiocircolatorio, renale, ecc., oltre che un monitoraggio invasivo.

**Priorità 2.** — Pazienti in condizioni critiche potenziali che richiedono un monitoraggio intensivo e un potenziale trattamento invasivo immediato. In questi pazienti non vengono generalmente poste limitazioni terapeutiche. Questi pazienti sono, ad esempio, quelli affetti da patologie croniche riacutizzate per complicanze di tipo medico o chirurgico.

**Priorità 3.** — Pazienti in condizioni critiche per una patologia acuta in cui si deve definire la risposta al trattamento intensivo, ed eventualmente, porre limiti terapeutici relativi a terapie complesse ed invasive (ad esempio alla ventilazione meccanica, alla rianimazione cardiopolmonare, al supporto cardiocircolatorio, alla depurazione extrarenale, ecc.). In questo livello di priorità sono compresi, ad esempio, i pazienti molto anziani, i pazienti con malattia neoplastica complicata e i pazienti con insufficienze parenchimali croniche avanzate.

**Priorità 4.** — Pazienti per i quali il ricovero in T.I. non è appropriato se non in casi individuali per particolari circostanze. Questi pazienti possono essere suddivisi nelle 3 seguenti categorie:

A) condizioni cliniche non gravi tali per cui il ricovero in TI non offre che un beneficio minimo o anche nullo. Questi pazienti sono in condizioni troppo poco gravi per beneficiare di un trattamento intensivo e possono essere trattati e/o monitorizzati in altri reparti. Esempi di queste condizioni cliniche sono: insufficienze cardiorespiratorie di lieve o moderata entità, intossicazioni farmacologiche con minima insufficienza cerebrale, trauma cranico lieve, ecc.;

B) fase terminale di malattie irreversibili con morte imminente o aggravamenti di patologie croniche molto avanzate con elevata disabilità. Questi pazienti sono in condizioni cliniche troppo gravi per beneficiare di un trattamento intensivo e possono essere assistiti in altri reparti o a domicilio. Esempi di queste situazioni cliniche sono: lesioni cerebrali estese e non trattabili, condizioni prossime alla morte cerebrale cui non è prevista la donazione di organi<sup>f</sup>, insufficienza multiorgano irreversibile, neoplasie avanzate non rispondenti alle terapie specifiche, stato vegetativo permanente, ecc.;

C) rifiuto del trattamento intensivo da parte di pazienti capaci. Il rispetto di tale rifiuto terapeutico è imperativo in tutti quei casi in cui la prognosi sia comunque dubbia o ragionevolmente infausta e non sia certa l'efficacia del trattamento proposto. Esso va tenuto in estrema considerazione anche quando l'approccio terapeutico appaia offrire una ragionevole possibilità di successo, soprattutto se formulato anticipatamente e fondato su una scala di valori e una visione della vita chiaramente professata dal paziente. Nei casi dubbi, i familiari e i congiunti possono offrire un valido supporto per definire l'autentica volontà del paziente; questo non per limitare il diritto del malato all'autodeterminazione ma per decidere più accuratamente una condotta terapeutica che rispetti la visione valoriale del paziente.

Nel caso in cui pazienti in condizioni riferibili alle priorità 1, 2, 3 non possano trovare collocazione in TI per mancanza di posto letto, è doveroso ricercare un posto-letto presso altre TI e nel frattempo garantire comunque le cure più appropriate.

Quando sono incerte le possibilità di raggiungere gli obiettivi terapeutici o non sono note le volontà del paziente, è preferibile decidere di iniziare il trattamento intensivo allo scopo di valutare la risposta clinica e di guadagnare tempo per raccogliere le informazioni necessarie. Dopo un certo periodo di tempo di trattamento la situazione clinica sarà rivalutata e il trattamento potrà essere limitato se è emersa l'evidenza di una mancata risposta al trattamento o di volontà contrarie del paziente. In sintesi, finché sussistono un ragionevole dubbio o un'incertezza circa l'irreversibilità delle condizioni cliniche, è appropriato iniziare o proseguire il trattamento intensivo.

<sup>f</sup> Se non è previsto il prelievo di organi, la condizione di morte cerebrale toglie ogni giustificazione clinica ed etica al mantenimento del trattamento di supporto delle funzioni vitali.

Viceversa, se vi è una ragionevole certezza sulla irreversibilità del quadro clinico, è appropriato non iniziare o sospendere il trattamento intensivo al fine di non prolungare indebitamente il processo del morire.

### *Dimissione dalla TI*

I criteri da adottare nella dimissione dei pazienti dalla TI devono essere simili a quelli utilizzati per deciderne il ricovero. Le condizioni cliniche nei pazienti ricoverati in TI devono essere periodicamente rivalutate per individuare quei pazienti che non necessitano più di trattamento e di monitoraggio intensivo. In sintesi la dimissione dalla TI si basa sui seguenti criteri:

A) venir meno della necessità di monitoraggio e trattamento intensivo per risoluzione dello stato critico e miglioramento della patologia che ha determinato il ricovero;

B) opportunità di sospendere il monitoraggio e il trattamento intensivo ormai diventati inappropriati per eccesso a causa della irreversibilità del quadro clinico e della mancata risposta al trattamento;

C) revoca esplicita da parte del paziente di un consenso precedentemente espresso, o raggiungimento di un limite terapeutico precedentemente concordato.

### **Limitazione di trattamenti**

Ogni paziente ricoverato in TI deve ricevere un livello appropriato di trattamento. È eticamente appropriato porre dei limiti alle cure se, nel corso della degenza, diventa evidente che la loro prosecuzione non conduce a un esito favorevole e prolunga il processo del morire comportando un aggravio di sofferenze per il paziente. Quando la prosecuzione dei trattamenti rappresenta un'ostinata rincorsa verso risultati parziali senza un'utilità effettiva per la prognosi e la qualità della sopravvivenza del paziente, essa si configura come «trattamento inappropriato per eccesso» (comunemente definito «accanimento terapeutico»<sup>8</sup>). Il trattamento in eccesso è eticamente riprovevole e unanimemente condannato poiché determina un utilizzo inappropriato dei mezzi di cura, è inutilmente doloroso per il paziente arrecandogli danni fisici e psichici e non ne rispetta la dignità nel morire. L'eccesso di trattamenti è, inoltre, moralmente illecito perché aumenta la sofferenza dei familiari, risulta frustrante per i curanti e genera un'iniqua distribuzione delle risorse sottraendole ad altri pazienti. Pertanto i sanitari non sono moralmente obbligati a

<sup>8</sup>) Preferiamo la definizione di «trattamento inappropriato per eccesso» a quella di «accanimento terapeutico» poiché essa è priva di connotazione morale negativa e richiama in modo più concreto i criteri di appropriatezza clinica e di appropriatezza etica.

iniziare o proseguire trattamenti che mantengono una mera vita biologica e prolungano il processo del morire. Il trattamento intensivo va iniziato o proseguito solo quando sussiste una ragionevole probabilità di successo con un esito accettabile per il paziente. I trattamenti inappropriati per eccesso sono suscettibili di limitazione nel senso di un non inizio o di una loro sospensione. La limitazione dei trattamenti giudicati inappropriati deve avvenire dopo un'accurata valutazione di tutti i fattori clinici e etici è condotta insieme al paziente mentalmente capace o ai suoi familiari.

In caso di prognosi sfavorevole, i trattamenti di sostegno vitale devono essere limitati anche sulla base delle volontà precedentemente espresse dal paziente, poiché la prosecuzione di tali trattamenti comporterebbe un prolungamento del processo del morire contrario alle volontà del paziente e lesivo per la sua dignità.

La limitazione dei trattamenti di sostegno vitale ha l'unico scopo di non prolungare il processo agonico, permettendo al paziente di morire a causa della sua malattia; pertanto non si configura come un atto eutanasi, teso cioè intenzionalmente a sopprimere la vita umana. Al contrario, nelle fasi terminali della malattia, è clinicamente appropriato ed eticamente doveroso non prolungare il processo del morire<sup>h</sup>.

Quando ritenuta appropriata, la limitazione terapeutica va attuata con modalità tali da non generare sofferenze o disagi al paziente (in particolare con un adeguato livello di sedazione). In ogni caso, va assicurata al paziente un'assistenza adeguata e, per quanto possibile, la presenza dei familiari.

La decisione di sospendere o limitare alcune terapie di supporto vitale è compatibile con il mantenimento di altre terapie che, per ogni singolo paziente, appaiano eventualmente accettate e indicate per ridurre le sofferenze psicofisiche (vedi *Le cure palliative*).

Sotto il profilo etico esiste un consenso nel negare una differenza morale fra il non inizio del trattamento e una sua sospensione; pertanto, l'astensione e la sospensione terapeutica sono considerate eticamente equivalenti<sup>2</sup>.

In questo senso, la sospensione di una terapia intensiva precedentemente iniziata perché indicata e accettata o perché non erano al momento definiti con sufficiente chiarezza lo stato clinico e la relativa prognosi, va presa in considerazione ogni qualvolta la situazione clinica controindichi il suo mantenimento, venga meno il consenso del paziente o si sia raggiunto un limite terapeutico precedentemente definito.

<sup>h</sup>) La limitazione dei trattamenti non più clinicamente indicati, non è intesa a portare a morte il paziente per il quale viene attuata; è invece la conseguenza ovvia del riconoscimento dell'inutilità di tali trattamenti e della loro incapacità di modificare in maniera effettiva la prognosi e/o la qualità della vita di quel paziente, unita alla volontà di rispettarne la vita fino alla fine, evitando ogni eccesso di trattamento inutile ed irrispettoso.

### Il processo decisionale etico-clinico

In linea generale, i sanitari non sono moralmente obbligati a offrire, iniziare o proseguire trattamenti che giudicano inappropriati poiché impossibilitati a raggiungere i relativi obiettivi clinici. Quando vi è il consenso fra i curanti circa l'inappropriatezza dei trattamenti, è possibile procedere alla limitazione di tali trattamenti. Nel determinare l'appropriatezza etica delle cure, si devono prendere in rilevante considerazione i desideri e le opinioni del paziente circa la qualità della sua vita. In assenza di attendibili informazioni circa i desideri e le opinioni del paziente, si deve tener conto delle informazioni fornite dalla famiglia o dalle persone a lui care.

Se le valutazioni dei sanitari in merito alla limitazione dei trattamenti divergono da quelle del paziente capace o da quelle dei familiari di un paziente incapace, si raccomanda di ricercare un consenso fra tutte le parti coinvolte.

In caso di limitazione dei trattamenti in un paziente incapace è opportuno, se possibile, coinvolgere tutti i sanitari interessati alla gestione clinica, per ottenere una valutazione più completa e lasciare a ciascuno di loro l'opportunità di esprimere una propria opinione. È importante compiere ogni sforzo possibile per raggiungere un consenso fra tutte le figure professionali coinvolte riguardo alla opportunità di limitare i trattamenti nei singoli casi clinici.

Dopo un'approfondita illustrazione del quadro clinico, le opinioni dei familiari devono essere prese in considerazione. La responsabilità della limitazione dei trattamenti non deve però essere trasferita sui familiari, ma deve rimanere in carico ai curanti.

Il processo decisionale dovrebbe essere documentato nella cartella clinica<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>) È consigliabile documentare in cartella clinica lo svolgimento consensuale del processo decisionale secondo una formula che contempli i seguenti elementi: le caratteristiche principali del quadro clinico, i motivi della limitazione terapeutica, i nomi dei familiari e dei sanitari che hanno direttamente partecipato al processo decisionale.

In caso di disaccordo sull'opportunità di limitare trattamenti, fra i sanitari ed il paziente o i familiari o all'interno della stessa équipe curante, è opportuno compiere ogni sforzo per tentare di raggiungere un consenso. Le fasi consigliate per comporre il disaccordo sono, in ordine di precedenza, le seguenti:

— tentare di superare la divergenza di opinioni migliorando la qualità della relazione e della comunicazione; ciò può comportare la revisione delle informazioni precedentemente fornite alla ricerca di fraintendimenti o errori, oltre che una maggiore partecipazione al processo decisionale del paziente capace, di altri familiari, di altri sanitari o di altre figure di supporto (psicologo, ministro di culto, ecc.);

— ricorrere all'aiuto di altre funzioni istituzionali (comitato etico, consulenza etica, ecc.)<sup>1</sup>.

### Le Cure Palliative

Nell'attuare la limitazione dei trattamenti, i sanitari non devono abbandonare il paziente e devono costantemente alleviare le sue sofferenze. Nel limitare i trattamenti è doveroso praticare le Cure Palliative, anche se queste possono comportare un'accelerazione del processo del morire. In particolare, praticare un'ottimale terapia di controllo del dolore e di ogni altra sofferenza che accompagna tale processo è un dovere etico unanimemente condiviso, anche se ciò può anticipare il momento della morte.

Pertanto, dopo aver preso la decisione di limitare i trattamenti, il paziente rimane in carico ai sanitari curanti che ne gestiscono l'assistenza fino al decesso o all'invio in altra struttura o a domicilio. Il paziente ed i suoi familiari continuano ad avere il diritto di ricevere le necessarie attenzioni e il dovuto rispetto.

<sup>1</sup>) Il Comitato Etico e la consulenza etica, pur non rivestendo un ruolo deliberativo ma solo consultivo, possono essere di ausilio nel corretto inquadramento etico del problema e nel facilitare il processo decisionale.