U.O.Anestesia e Rianimazione

INFERMIERI E MEDICI DI FRONTE AL FINE VITA: E' TEMPO DI SINERGIE NUOVE

Davide Mazzon

Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione

Direttore Dipartimento "Discipline Chirurgiche"

Ospedale di Belluno

Vicepresidente Comitato Etico Regione Veneto

- ✓ Diritto del paziente cosciente a rifiutare le cure, anche salvavita, dopo adeguata informazione
- ✓ Dovere del medico e dell'Infermiere, anche in urgenza, a tenere conto di DA eventualmente espresse
- ✓ Divieto di praticare il cosiddetto "Accanimento Terapeutico" e la cosiddetta "Eutanasia"

Suggerimenti cui attingere nelle decisioni di fine vita che tengono conto della riflessione etica, delle norme deontologiche e dei riferimenti giuridici, si ispirano ad analoghi documenti internazionali e si fondano sul consenso di un gruppo multidisciplinare ed interprofessionale di esperti.

U.O.Anestesia e Rian

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

Il Processo Decisionale

L'Ammissione in TI

La Limitazione dei trattamenti intensivi

Le cure palliative

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

Limitazione dei trattamenti intensivi

Decisione di “non intraprendere” determinati trattamenti (“Withholding”)

Decisione di “sospendere” trattamenti già avviati (“Withdrawing”)

“Non Intraprendere” o “Sospendere” sono opzioni eticamente identiche

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

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 eutanasico,*** teso cioè a sopprimere intenzionalmente una vita umana.

La limitazione dei trattamenti intensivi deve essere accompagnata da un piano di cure palliative

MODELLO CURATIVO: orientato alla risoluzione della patologia >>> Cure/Monitoraggi intensivi

MODELLO PALLIATIVO: orientato alla qualità di vita della persona malata e al sostegno dei familiari

La limitazione dei trattamenti intensivi è praticata diffusamente nelle TI

Sprung CL: Worldwide similarities and differences in the FLST: Int Care Med 1996 "In tutto il mondo, la maggior parte dei decessi in TI avviene dopo avere posto una LT"

Truog RD: Excellence in EOL care: a new goal for intensivists. Editorial, Int Care Med 2003. "¼ dei cittadini USA decede in una TI e nel 50-90% dei casi il decesso è preceduto da una LT"

EOL practices in European ICUs: The Ethicus Study. JAMA 13/8/2003
37 TI in 17 stati; 31417 pz con 4248 (13.5%) D o WD/WH 72.6 % (10% di tutti i pz ammessi in TI) praticata LT (86%N; 68%C; 56%S)

GiViTI

Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva

Intensive Care Med. 2010 May 13. [Epub ahead of print]

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

Bertolini G, Boffelli S, Malacarne P, Peta M, Marchesi M, Barbisan C, Tomelleri S, Spada S, Satolli R, Gridelli B, Lizzola I, Mazzon D.

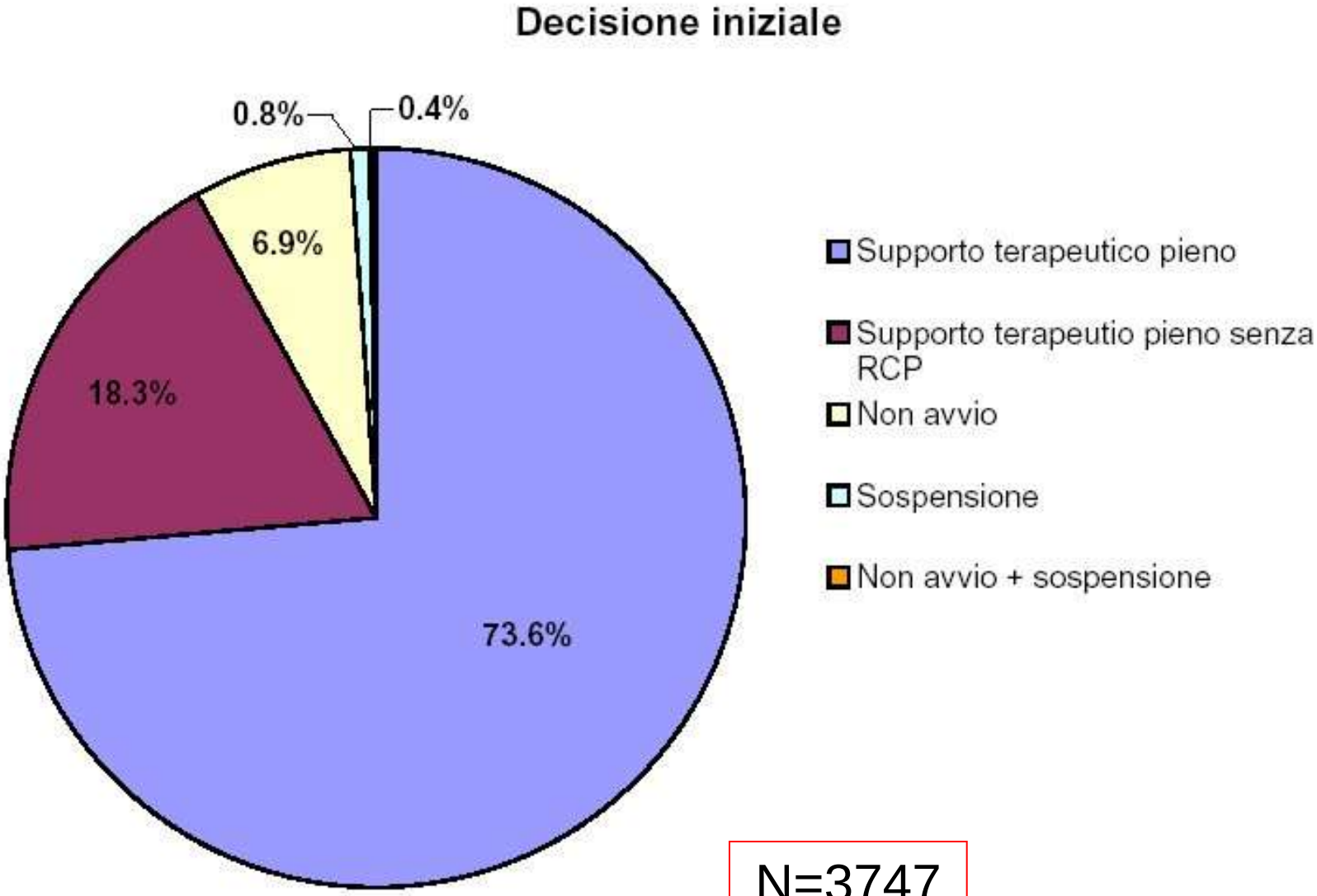
Laboratorio di Epidemiologia Clinica, Centro di Ricerche Cliniche per le Malattie Rare Aldo e Cele Daccò, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, 24020, Ranica, BG, Italy, bertolini@marionegri.it.

Abstract

PURPOSE: To appraise the end-of-life decision-making in several intensive care units (ICUs) and to evaluate the association between the average inclination to limit treatment and overall survival at ICU level. DESIGN: Prospective, multicenter, observational study, lasting 12 months. SETTING: Eighty-four Italian, adult ICUs. PATIENTS: Consecutive patients (3,793) who died in ICU or were discharged in terminal condition, in 2005. MEASUREMENTS: Data collection included patient description, treatment limitation and decision-makers, involvement of patients and relatives in the decision, and organ donation. A logistic regression model was used to identify predictors of treatment limitation and develop a measure of the inclination to limit treatment for each ICU. This was compared with the standardized mortality ratio, an index of the overall performance of the unit. RESULTS: Treatment limitation preceded 62% of deaths. In 25% of cases, nurses were involved in the decision. Half the limitations were do-not-resuscitate orders, with the remaining half almost equally split between withholding and withdrawing treatment. Units less inclined to limit treatments (odds ratio <0.77) showed higher overall standardized mortality ratio (1.08; 95% confidence interval: 1.04-1.12). LIMITATIONS: The voluntary nature of participation, with self-selected ICUs from a self-selected independent network. CONCLUSIONS: Treatment limitation is common in ICU and still principally a physician's responsibility. Units with below-average inclination to limit treatments have worse performance in terms of overall mortality, showing that limitation is not against the patient's interests. On the contrary, the inclination to limit treatments at the end of life can be taken as an indication of quality in the unit.

Dom. 4

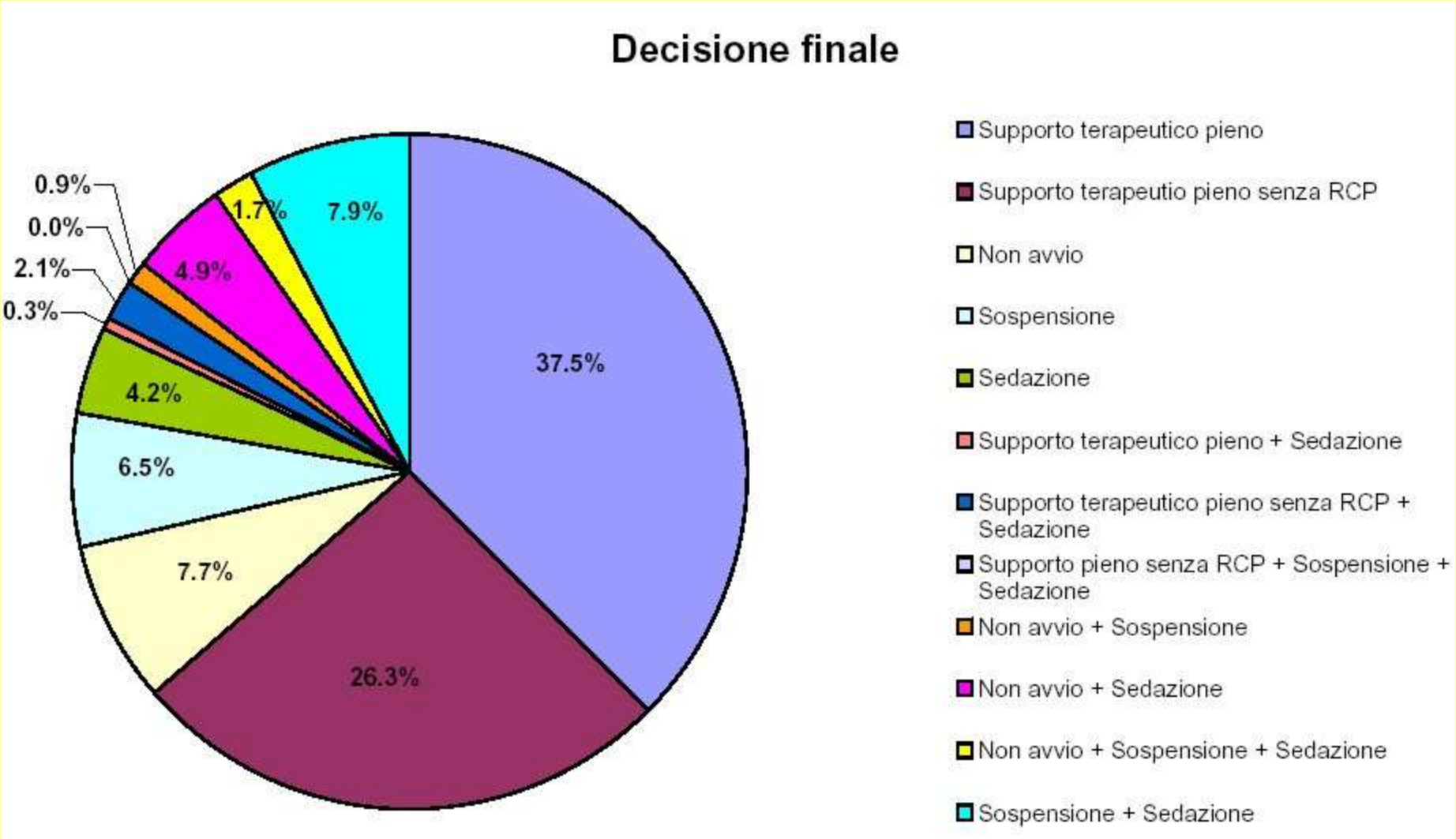
Quale piano di cure è stato inizialmente scelto per questo paziente (alla sua presa in carico)?



N=3747

Dom. 7

Quali scelte terapeutiche sono state adottate al momento del decesso o della dimissione?



N=3747

Intensive Care Med (2010) 36:1495–1504
DOI 10.1007/s00134-010-1910-9

ORIGINAL

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

Da chi sono state prese le decisioni al momento del decesso o della dimissione?

8) Da chi sono state prese le decisioni al momento del decesso o della dimissione?	*(N = 3747)*	
Ad un solo medico della TI	**696**	**18.6**
A me stesso	*251*	*36.1*
Ad un altro medico		
Responsabile della TI	*76*	*10.9*
Non responsabile della TI	*369*	*53.0*
Ad un gruppo di soli medici della TI	**2132**	**56.9**
In cui ero coinvolto	*1620*	*76.0*
In cui non ero coinvolto	*512*	*24.0*
Ad un gruppo di medici ed infermieri	**919**	**24.5**
In cui ero coinvolto	*672*	*73.1*
In cui non ero coinvolto	*247*	*26.9*

Intensive Care Med (2010) 36:1495–1504
DOI 10.1007/s00134-010-1910-9

ORIGINAL

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

Quali fattori hanno favorito il coinvolgimento degli infermieri?

- TI a rapido turnover (< 4 ore) vs. TI a lento turnover (> 36 ore): 34% vs. 17%
- TI con pochi P-L (</= 5) vs. TI con molti P-L (> 10): 35% vs. 7%
- TI del Sud (33%) vs. Centro (29%) vs. Nord (20%)

LO STUDIO QUALITATIVO (6 TI, 15 Focus Groups, 18 Interviste Strutturate)

6 aree tematiche principali

1. le volontà in gioco (quali e come vengono accertate)
2. le storie della famiglia e le reti di prossimità
3. l'équipe (condivisione delle scelte, biografie e ruolo degli operatori)
4. di fronte alla morte (il tempo e i luoghi del morire)
5. la tecnologia
6. gli aspetti organizzativi e medico-legali

La Condivisione delle scelte

- ***Il peso esistenziale della scelta***

Medico

«Quello che manca, forse, è il grado di condivisione delle scelte… Non si arriva comunque necessariamente alla verità, però si riesce a fare meno errori e lasciare il singolo meno solo nelle scelte. Dobbiamo imparare a confrontarci un po' di più. Magari non si prende la soluzione più giusta, ma ci si avvicina»

Infermiere

«Noi come infermieri diciamo come decideremmo… solo perché alla fine non dobbiamo decidere noi. Alla fine, la decisione, la coscienza, non ce la mettiamo noi»

La Condivisione delle scelte

- ***La richiesta di una medicina di equipe***

Infermiere

«Questo manca…Io sono 13 anni che sono qui e mai mi è successo di sedermi intorno a un tavolo e parlare -Con questo paziente si è deciso di comune accordo di dire basta, dopo queste 24 ore sappiate tutti che lo lasceremo morire- Ecco, questo…»

«Ci scontriamo parecchie volte, ma proprio perché non abbiamo uno spazio da dedicare a tutti noi… Non c'è un momento, perché ognuno è preso da fatti suoi»

La Condivisione delle scelte

- *La ridefinizione dei ruoli*

Medico: *«Dobbiamo ridefinire il rapporto M-I, anche perché l'Infermiere sta più vicino al paziente… riconoscere questa diversità di ruolo è un arricchimento per tutti i M e fa in modo che la scelta sia più condivisa»*

Infermiere: *«Non pretendo di arrivare a prendere con voi la scelta del tipo –questo paziente va trattato oppure no-, non voglio questo. Però sicuramente un coinvolgimento, un ascolto per quello che so io sul malato. E poi una consapevolezza chiara di quello che si fa. Perché il problema successivo poi qual è? L'entrata dei parenti…»*

Infermiere: ***«Mi rendo conto che dall'altra parte c'è uno sguardo che mi chiama: il parente che chiama con lo sguardo. Però io scappo»***

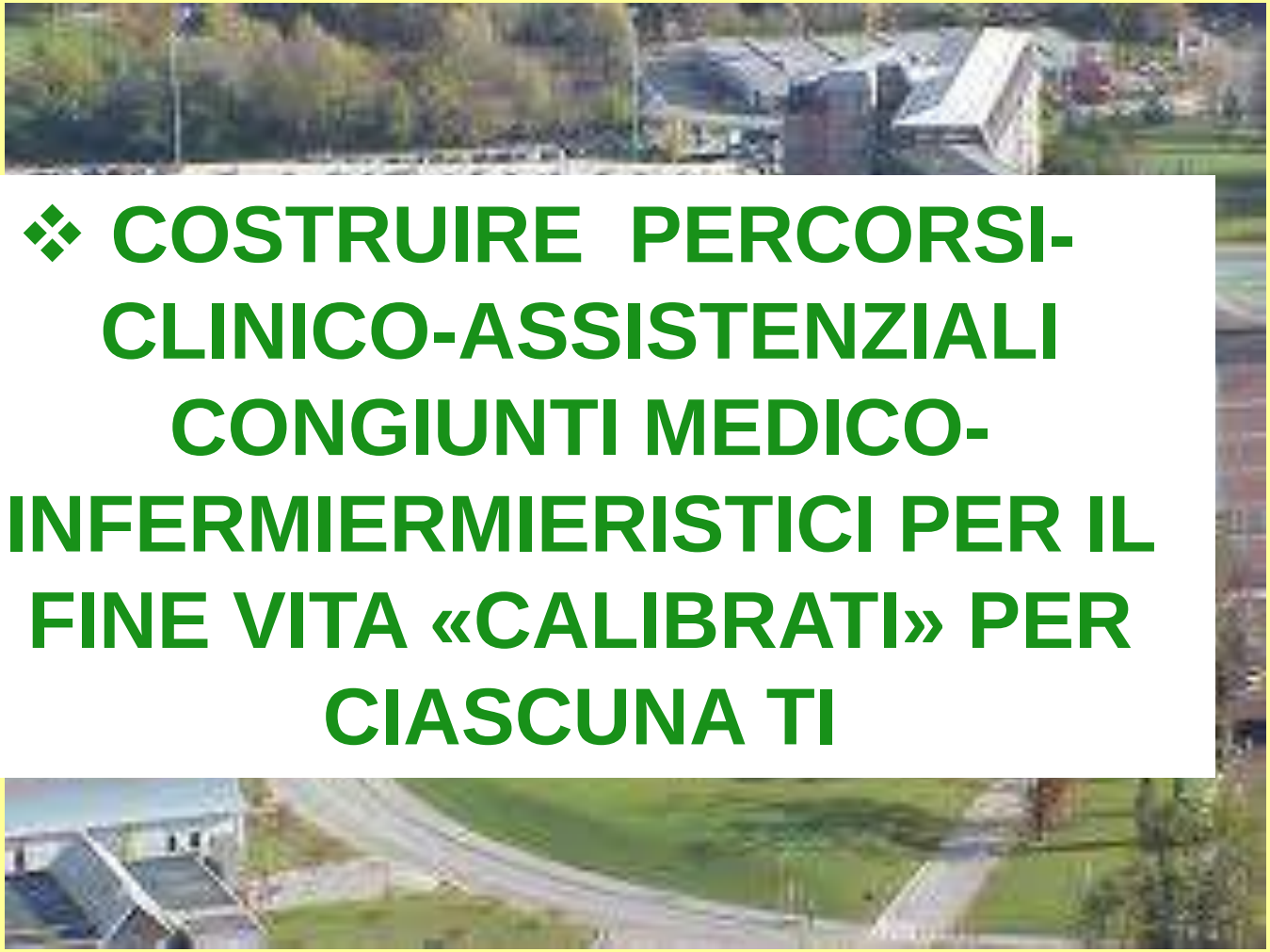
U.O.Anestesia e Rianimazione

INFERMIERI E MEDICI DI FRONTE AL FINE VITA: E' TEMPO DI SINERGIE NUOVE

CONDIVIDERE SIGNIFICA …?

- **SPARTIRE IL PESO DI UNA RESPONSABILITA' ?**
- **SPARTIRE IL PESO ESISTENZIALE DI UNA DECISIONE ?**
- **COMUNICARE A POSTERIORI LE MOTIVAZIONI A QUANTI SONO STATI ESCLUSI ?**

U.O.Anestesia e Rianimazione



❖ COSTRUIRE PERCORSI-CLINICO-ASSISTENZIALI CONGIUNTI MEDICO-INFERMIERMIERISTICI PER IL FINE VITA «CALIBRATI» PER CIASCUNA TI

INFERMIERI E MEDICI DI FRONTE AL FINE VITA: E' TEMPO DI SINERGIE NUOVE

U.O.Anestesia e Rianimazione

APPROVATO CE ULSS 1 13/9/2006

Raccomandazioni per la limitazione di cure intensive e la gestione della fine della vita in TI

Parte prima: l'aspetto decisionale

1. In TI, ogni paziente è potenzialmente candidato ad un supporto terapeutico pieno, finché non venga collegialmente deciso il contrario.
2. Una decisione di limitare le cure intensive in un degente in TI in presenza di un evento improvviso può essere presa dal medico di guardia, dopo avere chiarito adeguatamente diagnosi e prognosi, discusso il caso con eventuali consulenti, con gli infermieri presenti e con i familiari (cui la decisione va comunicata), e dopo aver eventualmente sentito il medico referente della TI.
3. In tutti gli altri casi, l'appropriatezza dell'intensità del piano di cure in corso e l'opzione di limitare le cure intensive possono essere discusse su richiesta del paziente, di un familiare o di un operatore sanitario della TI (medico o infermiere). A tale richiesta farà seguito una valutazione cui parteciperanno tutti gli operatori che lo desiderano, compreso il direttore della UO e/o il medico referente della TI, nonchè eventuali consulenti (NCH, CH, cardiologo, ecc.) coinvolti nel piano di cure.

In tutti i casi, la discussione verterà sui tre aspetti seguenti:

U.O.Anestesia e Rianimazione

Raccomandazioni per la limitazione di cure intensive e la gestione della fine della vita in TI

In tutti i casi, la discussione verterà sui tre aspetti seguenti

a) la clinica

- quali sono i dati clinici in nostro possesso?
- sono sufficienti a definire diagnosi e prognosi con ragionevole certezza?
- nel caso particolare, sono indicati ed attuabili degli approfondimenti per arrivare ad una diagnosi e ad una prognosi significativamente più certe

b) i soggetti coinvolti

- quali sono i soggetti che devono/possono essere coinvolti nella discussione?
- diagnosi e prognosi del malato sono sufficientemente chiare ad ognuno di essi?
- sono note dichiarazioni del paziente circa il grado di intensità dei trattamenti cui è sottoposto? La sua volontà è ricostruibile sulla base di quanto riferito dai familiari?

c) la possibile soluzione

- qual è, alla luce delle prospettive terapeutiche e prognostiche e, per quanto possibile, della conoscenza del punto di vista del paziente, la soluzione che più si avvicina alla realizzazione del migliore interesse del paziente stesso?
  a) trattamento massimale senza limitazioni
  b) trattamento massimale con rivalutazione:
     - a … gg (*time limit*)
     - in caso di comparsa di… (*event limit*).
  c) limitazione di cure intensive riguardante … (specificazione dei trattamenti limitati)

U.O.Anestesia e Rianimazione

Raccomandazioni per la limitazione di cure intensive e la gestione della fine della vita in TI

c) limitazione di cure intensive riguardante … (specificazione dei trattamenti limitati)

- vi sono ostacoli per la sua applicazione?
- in caso di pareri divergenti, vi sono interventi esterni (consulenza specialistica, introduzione di figure di supporto, coinvolgimento del comitato di bioetica per la pratica clinica, ecc.) che possano allargare il consenso per tale opzione?

4. La decisione medica finale diventa operativa quando comunicata, compresa e condivisa da tutte le figure coinvolte della decisione (paziente, quando possibile, medici, infermieri, familiari).
5. Tale decisione e l'avvenuta informazione al paziente ed ai familiari va riportata, motivandola, in cartella clinica.

U.O.Anestesia e Rianimazione

Raccomandazioni per la limitazione di cure intensive e la gestione della fine della vita in TI

Parte seconda: l'aspetto operativo

6. La decisione presa va comunicata al paziente, quando possibile, ed ai familiari dal medico referente della TI, assieme all'infermiere che segue il caso.
7. Quando possibile, è opportuno trasferire il malato morente in una stanza singola.
8. In generale, e quando possibile, alla decisione di limitare le cure intensive può far seguito il trasferimento in un reparto di degenza. Ciò dovrà avvenire solo dopo aver pianificato il trattamento palliativo, specie per quanto riguarda sedazione ed analgesia.
9. L'eventuale richiesta da parte dei familiari di una gestione della fase terminale a domicilio va sempre presa in considerazione: in tale caso è indispensabile la collaborazione del MMG.
10. In ogni caso, vanno mantenute le cure mediche ed infermieristiche che hanno lo scopo di permettere una morte priva di sofferenze; altrettanto vanno sospesi i farmaci e rimosse le strumentazioni che non hanno tale finalità o peggio possono arrecare disturbi e disagi al morente ed ai familiari. Ogni volta sia necessario, devono essere fornite sedazione ed analgesia adeguate; per nessun motivo un malato dovrà morire con dolore e sofferenza. La gestione del tubo endotracheale va decisa caso per caso; peraltro, non vi sono controindicazioni assolute ad una estubazione del malato terminale.

U.O.Anestesia e Rianimazione

Raccomandazioni per la limitazione di cure intensive e la gestione della fine della vita in TI

11. I familiari devono essere adeguatamente e costantemente informati di quanto viene fatto.
12. Salvo situazioni particolari, si deve disporre una maggiore libertà di accesso dei familiari al malato morente, sia in merito agli orari di accesso sia al numero delle persone cui esso è consentito.
13. Per quanto possibile, vanno tenute in considerazione le seguenti esigenze dei familiari:
    - essere vicini al morente
    - non sentirsi inutili
    - essere informati sulle sue condizioni
    - capire cosa viene fatto e perché
    - essere rassicurati sull'appropriatezza delle decisioni prese
    - essere rassicurati che il proprio caro non soffre
    - poter esprimere emozioni, sentimenti, dubbi
    - avere - se richiesto - un supporto religioso
    - poter disporre di un luogo dove riunirsi, riposarsi e rifocillarsi.
14. Tempi e modi della presenza dei familiari al letto del malato vanno gestiti dall'infermiere responsabile del caso. Se possibile, ai familiari dovrebbe essere data l'opportunità di essere presenti al momento del decesso.
15. E' opportuno che anche l'infermiere ed il medico siano presenti al momento del decesso.

Se curi una malattia puoi vincere o perdere, ma se curi una persona vinci sempre…