

DIRET- TIVE MEDICO- ETICHE

Provvedimenti di
medicina intensiva



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Editore

Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche (ASSM)
Casa delle accademie
Laupenstrasse 7, CH-3001 Berna
T +41 (0)31 306 92 70
mail@samw.ch
www.assm.ch

Realizzazione

Howald Fosco Biberstein, Basilea

Tutte le direttive medico-etiche dell'ASSM
sono disponibili sul www.samw.ch/direttive
in italiano, francese, tedesco e inglese.

© ASSM 2017

Direttive medico-etiche e raccomandazioni

Provvedimenti di medicina intensiva

Approvate dal Senato dell'ASSM in data 28 maggio 2013.
La versione originale è quella tedesca.



Queste direttive fanno parte del codice deontologico della FMH.



L'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) raccomanda a tutti i suoi membri e a tutto il personale infermieristico di metterle in atto e di rispettarle.

I. PREAMBOLO	5
II. DIRETTIVE	7
1. Campo di applicazione	7
2. Principi etici fondamentali	7
3. Basi giuridiche	9
4. Scopi della terapia intensiva	11
5. Concetti fondamentali	12
5.1. Prognosi	12
5.2. Qualità della vita	14
5.3. Dipendenza	14
5.4. Inefficacia e assenza di prospettive	15
6. Entità della terapia intensiva	16
6.1. Terapia intensiva completa	17
6.2. Terapia intensiva a tempo determinato	17
6.3. Terapia intensiva a contenuto limitato	18
6.4. Omissione e interruzione di provvedimenti e potenziamento delle cure palliative	19
7. Provvedimenti di medicina intensiva in condizioni particolari	20
7.1. In situazione di emergenza preclinica	20
7.2. In pronto soccorso	21
7.3. Dopo un intervento di elezione	22
7.4. Nei bambini e negli adolescenti	23
7.5. In caso di probabile dipendenza grave (emersa al momento o a seguito di una malattia cronica progressiva)	24
7.6. Nei pazienti in età molto avanzata	25
7.7. Nei pazienti con disabilità psichiche o multiple	26
7.8. Nei pazienti dopo un tentato suicidio	27
7.9. Provvedimenti per pazienti in stato di agitazione	28
7.10. Accompagnamento del morente nel reparto di terapia intensiva	28
7.11. Assistenza a potenziali donatori di organi	29



8.	Rapporti con i pazienti e i congiunti	30
8.1.	Colloquio informativo e di accertamento	30
8.2.	Coinvolgimento dei congiunti	31
8.3.	Aspetti particolari in bambini e adolescenti	31
9.	Processi decisionali nel reparto di terapia intensiva	32
9.1.	Criteri per il ricovero	33
9.2.	Criteri per il trasferimento e il ricovero ripetuto	34
9.3.	Scarsità delle risorse e triage	35
10.	Situazioni conflittuali	37
11.	Sostegno al team incaricato della cura e dell'assistenza	38
III.	RACCOMANDAZIONI	39
IV.	APPENDICE	41
	Sistemi di scoring	41
	Letteratura	41
	Note sull'elaborazione delle presenti direttive	44

Dopo la pubblicazione delle prime direttive dell'ASSM «Grenzfragen der Intensivmedizin» (non disponibili in italiano), nel 1999, le possibilità di mantenere in vita i pazienti con mezzi tecnici e medicamentosi si sono notevolmente sviluppate. Parallelamente, anche nella popolazione sono aumentate le aspettative riguardo alle possibilità di successo dei trattamenti medici, fino in età molto avanzata. I provvedimenti di medicina intensiva, però, sono solitamente molto gravosi da sopportare, sia per i pazienti¹ che per i loro congiunti, e non sempre portano allo sperato recupero della salute. Il quesito fondamentale è pertanto: quali obiettivi si possono raggiungere con un trattamento intensivo, e in quali situazioni cliniche? Negli ultimi anni, si è occupata di rispondere a questa domanda la ricerca sugli outcome² in medicina intensiva. Per definire obiettivi terapeutici differenziati, essa si è allontanata dai puri studi sulla mortalità per concentrarsi sempre di più sulla qualità della vita, sul decorso a lungo termine dopo le dimissioni dal reparto di terapia intensiva e dall'ospedale, nonché sull'analisi costo-efficacia. Ne è emerso che molti ex pazienti dei ricoverati in terapia intensiva, dopo le dimissioni dall'ospedale, evidenziano una mortalità aumentata e un peggioramento delle condizioni di salute. Ciò nonostante, la maggior parte dei pazienti sopravvissuti intervistati dopo la permanenza in un reparto di terapia intensiva afferma di volersi nuovamente sottoporre a un trattamento di quel tipo, nel caso se ne ripresentasse la necessità.

Oltre ai fattori medici e sociali, anche i cambiamenti giuridici e politici influiscono sulla prassi della medicina intensiva. Il 1° gennaio 2013 è entrato in vigore l'aggiornamento del diritto di protezione degli adulti e dei minori,³ che rinforza l'autodeterminazione dei pazienti mediante strumenti individuali e regola la rappresentanza, nelle decisioni mediche, dei pazienti incapaci di discernimento. Con i nuovi sistemi di finanziamento, l'impiego di misure di medicina intensiva influisce notevolmente non solo sui costi ma anche sugli utili degli ospedali.

1 Benché nei testi i gruppi di persone menzionati vengano citati solo nella forma maschile, si fa riferimento sempre a entrambi i sessi.

2 Nelle direttive viene utilizzato il termine inglese «outcome», di uso comune in letteratura. La traduzione più vicina in lingua italiana è «esito, risultato», ma anche in italiano è diffuso il termine inglese.

3 Codice civile svizzero (Protezione degli adulti, diritto delle persone e diritto della filiazione). Modifica del 19 dicembre 2008. www.admin.ch/opc/ft/official-compilation/2011/725.pdf

La medicina intensiva si trova oggi al centro di crescenti tensioni fra le esigenze di pazienti, congiunti e medici invianti, le questioni etiche relative alla ragionevolezza di determinati interventi, nonché le condizioni quadro finanziarie stabilite da politici, assicuratori e amministrazione. Si profila inoltre una carenza di personale, sempre più marcata man mano che la medicina intensiva si trova a confrontarsi con compiti estranei al suo campo d'azione primario, come ad esempio l'assistenza di pazienti senza speranza di ripresa, che non possono essere seguiti nei reparti normali a causa della carenza di risorse. Il carico di mansioni che non rientrano nell'ambito vero e proprio della medicina intensiva aumenta la pressione sul personale già esiguo. Quando il personale curante resta assente o cambia lavoro a causa del sovraccarico, la situazione per chi resta peggiora ulteriormente.

In un contesto così conflittuale, per l'applicazione delle misure di medicina intensiva sono necessarie basi e raccomandazioni chiare. Le presenti direttive⁴ intendono offrire un aiuto concreto e sostenere i singoli processi decisionali nell'ambito della medicina intensiva sulla base delle conoscenze attuali.

⁴ Le direttive dell'ASSM riguardano i professionisti della salute (medici, personale curante e terapisti). Con l'introduzione nel Codice deontologico della FMH, le direttive diventano vincolanti per i membri della FMH.

1. Campo di applicazione

Nel seguente testo vengono denominate «provvedimenti di medicina intensiva» tutte le misure adottate per la diagnosi, la prevenzione e il trattamento di tutte le forme di deterioramento delle funzioni vitali in pazienti in pericolo di vita. L'applicazione di tali misure avviene generalmente in un reparto di terapia intensiva, dotato di personale opportunamente formato e mezzi tecnici appropriati. I provvedimenti di medicina intensiva possono però essere applicati anche in altri luoghi, in particolare nella medicina d'urgenza.

Le seguenti direttive si rivolgono a tutti i medici, al personale curante e ad altri specialisti del settore sanitario che trattano e curano con misure di medicina intensiva i pazienti nei reparti di terapia intensiva, ma anche prima o dopo la permanenza in tali reparti.

2. Principi etici fondamentali

I principi etici fondamentali della «beneficenza», della «non maleficenza», del «rispetto dell'autonomia» e della «giustizia» costituiscono un orientamento per giungere a una decisione ponderata e fondata.

Ciò che vale per la medicina in generale è valido anche per la medicina intensiva: i principi etici fondamentali che la riguardano non sono attribuiti dall'esterno, bensì sono intrinseci alla medicina intensiva. Ciò significa che il compito della medicina intensiva non può essere definito senza fare riferimento a tali principi. Una buona attività in medicina intensiva è, più o meno consapevolmente, sempre orientata ai suddetti fondamenti. Si tratta pertanto di rendersi consapevoli dei principi etici intrinseci di questa disciplina e di formularli in modo che possano fungere da base per decisioni e trattamenti ponderati e giustificabili in situazioni difficili e casi di conflitto.

Il principio della «*beneficenza*», nella medicina intensiva, assume la forma concreta del salvataggio e del mantenimento in vita. Tale principio assume un'importanza prioritaria in particolare nelle situazioni di emergenza, quando la prima necessità è mantenere in vita o superare le condizioni potenzialmente fatali in modo da guadagnare tempo per ulteriori accertamenti. Dalla norma che impone di impegnarsi per il bene del paziente deriva però anche il fatto che il mantenimento in vita non può essere un principio assoluto per la medicina intensiva: i provvedimenti di terapia intensiva devono tenere conto anche delle limitazioni della *non maleficenza*. Per stabilire se una misura di medicina intensiva tesa a mantenere in vita serve al bene del paziente o gli procuri un danno occorre valutare da un lato la prognosi delle future condizioni di salute del soggetto, e dall'altro le sue idee sulle condizioni in cui desidera ancora vivere o essere mantenuto in

vita. Ciò significa che il *rispetto dell'autonomia* del paziente deve fungere da criterio guida nell'agire in medicina intensiva. In concreto, proprio questo principio (a causa delle difficoltà nell'individuare la volontà del paziente riguardo a determinate prognosi) può sollevare notevoli problemi, che spesso sono ulteriormente aggravati dalla grande fretta con cui occorre prendere le decisioni. Infine, come altri rami della medicina, anche quella intensiva deve rispettare il principio della giustizia in considerazione delle esigue risorse mediche disponibili: in caso di risorse esigue o carenti, per il triage dei pazienti che vengono trattati in un reparto di terapia intensiva occorre compiere riflessioni relative non solo alla ragionevolezza del trattamento in questione, ma anche alla giustizia verso i pazienti che non vengono trattati. Per risparmiare le scarse risorse a disposizione occorre in primo luogo evitare che in terapia intensiva vengano assistiti pazienti che non richiedono in realtà un trattamento intensivo. In situazioni di risorse insufficienti, i pazienti il cui ricovero in altri reparti non comporta un rischio sproporzionato non devono essere trattati nel reparto di terapia intensiva. Se la situazione peggiora fino alla carenza estrema di risorse, come in caso di catastrofi o pandemie, il triage va effettuato attuando un razionamento a favore dei pazienti per i quali la prognosi è relativamente favorevole in terapia intensiva e invece sfavorevole senza di essa.

Questi quattro classici principi medico-etici tengono conto del singolo paziente, del suo trattamento medico e della sua assistenza. Quando però è necessario considerare tutto ciò da cui dipende il bene del paziente, diventa importante anche considerare il suo ambiente sociale.

I principi citati sono linee guida generali, di cui occorre prendere coscienza perché possono essere utili per prendere decisioni ponderate e fondate nei singoli casi. Sarebbe tuttavia un equivoco pensare che le decisioni in medicina intensiva possano derivare direttamente da questi principi, che invece diventano davvero orientativi solo nella concreta situazione in cui occorre prendere la decisione. L'applicazione nella pratica richiede pertanto il know-how e soprattutto l'esperienza del team curante in medicina intensiva.⁵

In situazioni decisionali concrete, fra i principi citati possono crearsi tensioni e conflitti, la cui soluzione non può essere definita a livello teorico generale, bensì dipende dal singolo caso.

⁵ Per «team curante in medicina intensiva» si intende, in questo ambito e nel resto del testo, l'equipe di medici, personale curante e altro personale eventuale del reparto di terapia intensiva, coinvolta direttamente e sotto la propria responsabilità nella cura quotidiana del paziente.

3. Basi giuridiche

Il diritto di protezione degli adulti stabilisce le linee guida giuridiche da seguire per il trattamento medico di pazienti incapaci di discernimento.

Il rispetto del diritto all'autodeterminazione è centrale per il trattamento e l'assistenza medica. Spesso i pazienti curati in medicina intensiva non sono capaci di discernimento. Per tali situazioni il diritto di protezione degli adulti rende disponibili due strumenti a tutela dell'autodeterminazione. Con un mandato precauzionale⁶ una persona può definire la propria volontà in materia di assistenza e rappresentanza giuridica. Nelle direttive anticipate⁷ può designare i provvedimenti medici ai quali accetta o rifiuta di essere sottoposta in caso di incapacità di discernimento; può inoltre nominare una persona che la rappresenti nelle decisioni mediche. Nelle situazioni in cui un paziente non è in grado di acconsentire personalmente a un trattamento e non ha lasciato indicazioni in direttive anticipate, la persona con diritto di rappresentanza fornisce il consenso al provvedimento medico in questione (art. 377 CC).

Qualora una persona incapace di discernimento non abbia lasciato disposizioni circa il trattamento medico, il diritto di protezione degli adulti stabilisce chi ha il diritto di rappresentanza e può fornire il consenso a una procedura medica (art. 378 cpv. 1 CC). Le seguenti persone hanno diritto, nell'ordine, di rappresentare la persona incapace di discernimento:

- la persona designata nelle direttive anticipate o nel mandato precauzionale;
- il curatore con diritto di rappresentanza in caso di provvedimenti medici;
- il coniuge o partner registrato che vive in comunione domestica con la persona incapace di discernimento o le presta di persona regolare assistenza;
- la persona che vive in comunione domestica con la persona incapace di discernimento e le presta di persona regolare assistenza;
- i discendenti, se prestano di persona regolare assistenza alla persona incapace di discernimento;
- i genitori, se prestano di persona regolare assistenza alla persona incapace di discernimento;
- i fratelli e le sorelle, se prestano di persona regolare assistenza alla persona incapace di discernimento.

6 Con un mandato precauzionale ai sensi dell'art. 360 segg. CC un soggetto può incaricare una persona fisica o giuridica di fare le sue veci in caso di incapacità di discernimento. Gli ambiti del mandato precauzionale possono essere la cura della persona, la cura degli interessi patrimoniali e/o le relazioni giuridiche. Nella cura della persona rientrano anche le disposizioni relative a eventuali procedure mediche. Al momento di costituire il mandato precauzionale, il mandante deve poter esercitare i suoi diritti civili, cioè essere maggiorenne e capace di discernimento.

7 Cfr. «Direttive anticipate». Direttive medico-etiche dell'ASSM.

Se più persone hanno diritto di rappresentanza, il medico di buona fede può presumere che ciascuna agisca di comune accordo con le altre (art. 378 cpv. 2). Se non vi è una persona con diritto di rappresentanza, se è incerto a chi spetti la rappresentanza o se i pareri delle persone con diritto di rappresentanza divergono o sussiste il rischio che gli interessi della persona incapace di discernimento siano esposti a pericolo o non più salvaguardati, il caso rientra nelle competenze dell'autorità di protezione degli adulti (art. 381 CC).

Come per tutti i trattamenti medici, il presupposto per il consenso informato è una spiegazione completa e comprensibile al paziente o (qualora quest'ultimo sia incapace di discernimento) alla persona con diritto di rappresentanza. In caso di trattamento di pazienti incapaci di discernimento, il medico ha l'obbligo di elaborare un piano terapeutico e di aggiornarlo regolarmente e discuterne con la persona con diritto di rappresentanza, di modo che quest'ultima sia nelle condizioni di fornire il proprio consenso informato al trattamento (art. 377 CC). Per quanto possibile, anche il paziente incapace di discernimento va coinvolto nel processo decisionale. Occorre tenere presente che la capacità di discernimento può risultare altalenante.

La persona con diritto di rappresentanza, nelle proprie decisioni, deve basarsi sulla volontà formulata in eventuali direttive anticipate; non può tuttavia esigere trattamenti non indicati dal punto di vista medico. Se nelle direttive anticipate mancano riferimenti alla situazione concreta, o in assenza di direttive anticipate, la persona con diritto di rappresentanza decide secondo la volontà presumibile e conformemente agli interessi del paziente.

Nelle situazioni d'urgenza il medico prende provvedimenti conformi alla volontà presumibile e agli interessi del paziente incapace di discernimento (art. 379 CC). Se possibile, anche in questa situazione occorre chiedere il parere del paziente e verificare se siano state redatte direttive anticipate. In seguito è necessario informare adeguatamente il paziente o la persona con diritto di rappresentanza, coinvolgendoli nel successivo processo decisionale.

4. Scopi della terapia intensiva

I provvedimenti di medicina intensiva servono primariamente a salvare e mantenere in vita il paziente e dovrebbero consentirgli di tornare in un ambiente di vita adeguato. Nel caso dei bambini occorre inoltre preservare il potenziale per lo sviluppo futuro.

I provvedimenti di medicina intensiva servono a superare una condizione acuta pericolosa per la sopravvivenza. Il loro obiettivo è trattare la causa che determina la sofferenza del paziente o consentire una guarigione spontanea e permettergli di tornare in un ambiente di vita adeguato. Le terapie tese a mantenere in vita perdono il loro senso se questo obiettivo si rivela irraggiungibile secondo il parere medico. In tali situazioni è necessario applicare e potenziare le cure palliative.

La terapia intensiva può essere considerata opportuna se esiste la fondata probabilità che il paziente, dopo una fase di riabilitazione, possa tornare a vivere in un ambiente qualitativamente conciliabile con le sue posizioni e preferenze. La soglia di ciò che viene definito come adeguato può quindi variare notevolmente da paziente a paziente; è decisiva la (presumibile) volontà del soggetto. La terapia intensiva, invece, non risulta più indicata dal punto di vista medico se non è più possibile attendersi che il paziente possa almeno lasciare l'ospedale ed essere integrato in un ambiente di vita adeguato.

Nel caso dei bambini, la terapia intensiva non deve limitarsi a cercare di ripristinare il precedente stato di salute, ma deve contemporaneamente preservare il potenziale di sviluppo del paziente: in caso di ricovero prolungato, lo sviluppo deve essere favorito anche durante la terapia intensiva. Ciò è tanto più importante quanto più il bambino è piccolo.

5. Concetti fondamentali

5.1. Prognosi

Per la prognosi, svolgono un ruolo centrale le probabilità di sopravvivenza, il recupero dopo la malattia e la qualità di vita prevista a lungo termine. Nel singolo caso, tuttavia, la prognosi può essere valutata solo integrando singoli fattori. Le stime della prognosi mediante l'applicazione di sistemi di scoring sono inoltre attendibili solo per gruppi di pazienti, ma non per singoli individui. Nel caso dei bambini, la stima della prognosi assume una notevole rilevanza, mentre al contempo la prognosi è particolarmente incerta.

La valutazione della prognosi è uno dei compiti centrali, sebbene molto difficili, della medicina intensiva. I sistemi di scoring oggi in uso (APACHE II e III, SAPS II e III, MPM ecc.)⁸ forniscono sì dati statistici su un campione di pazienti, ma non permettono di formulare previsioni precise per il caso singolo. Le decisioni sul potenziamento, sulla riduzione o addirittura sull'interruzione delle terapie devono quindi essere prese in base a criteri probabilistici. I sistemi di scoring descrivono in pratica esclusivamente la probabilità di sopravvivenza, ma non forniscono alcuna informazione sulla qualità della vita, che può essere valutata solo in base alla letteratura e all'esperienza. Diversi parametri forniscono indicazioni attendibili per stabilire le probabilità di sopravvivenza dopo un trattamento intensivo.⁹

La sopravvivenza fino alle dimissioni dal reparto di terapia intensiva è un criterio misurabile in modo oggettivo, ma non può certo essere un obiettivo rilevante per il singolo paziente, in quanto la mortalità in ospedale una volta lasciato il reparto e la mortalità a lungo termine sono decisamente più alte in confronto con un campione di pazienti non in trattamento intensivo. Le probabilità individuali di sopravvivenza dopo la dimissione dal reparto di terapia intensiva sono tuttavia ancora più difficili da prevedere. Un ulteriore fattore di cui tenere conto è dato dalle prospettive di riabilitazione e assistenza post-ricovero.

8 Una descrizione dei diversi sistemi di scoring oggi in uso si trova nell'appendice, accessibile su www.samw.ch → Ethique (in francese e tedesco).

9 Si citano ad esempio i seguenti parametri:

- Scoring (APACHE, SAPS e altri);
- polmonite o altri fattori di rischio (multimorbilità) nei pazienti in età molto avanzata (cfr. ad es. Sligl WI, Eurich DT, Marrie TJ, Majumdar SR. Age still matters: prognosticating short- and long-term mortality for critically ill patients with pneumonia. *Crit Care Med.* 2010; 38: 2126–32;
- malattie concomitanti e insufficienza d'organo cronica;
- il numero di organi in insufficienza acuta;
- la concentrazione iniziale del lattato nel siero (cfr. ad es. Soliman HM, Vincent JL. Prognostic value of admission serum lactate concentrations in intensive care unit patients. *Acta Clin Belg.* 2010; 65: 176–81);
- la clearance del lattato nelle prime 24 ore;
- la risposta al trattamento nelle prime 24–48 ore.

Se si deve giudicare il valore o l'opportunità di un trattamento intensivo, oltre alla mortalità in terapia intensiva, in ospedale e a 1–5 anni, svolgono un ruolo notevole anche le limitazioni della qualità della vita dopo la fine del trattamento, a seconda del quadro patologico. Anche a questo riguardo esiste molta letteratura,¹⁰ secondo la quale i malati che sono stati in condizioni critiche hanno una qualità di vita inferiore a quella della popolazione normale standardizzata per età e genere; la qualità, tuttavia, migliora con il passare degli anni. Le limitazioni maggiori si presentano dopo insufficienza respiratoria acuta grave (ARDS), dopo ventilazione artificiale prolungata, grave trauma e sepsi grave.

Determinanti per le decisioni in medicina intensiva sono comunque in primo luogo la prognosi relativa alla sopravvivenza alle condizioni acute potenzialmente fatali e la qualità di vita da attendersi successivamente, non l'aspettativa di vita a medio o più lungo termine.

Riassumendo, la prognosi relativa a sopravvivenza e qualità della vita può essere valutata solo integrando singoli fattori. Pertanto, la sua definizione è sempre associata a un certo margine di incertezza. Know-how ed esperienza del team curante sono importanti per l'affidabilità della prognosi.

Nel caso dei bambini, la valutazione prognostica assume una notevole rilevanza, in quanto il numero di anni di vita resi possibili da un'uscita favorevole dalla terapia intensiva può essere molto alto. Al contempo, però, la prognosi in pediatria è particolarmente incerta. Grazie alla plasticità del cervello, che si sta sviluppando, le possibilità di ripresa sono alte anche dopo danni gravi, ma d'altro canto le probabilità di realizzazione di questo potenziale di ripresa dipendono da molti fattori interni ed esterni, la cui futura interazione è quasi impossibile da prevedere durante la fase acuta. Questi aspetti hanno un peso particolare nel processo decisionale.

10 Cfr. Oeyen SG, Vandijck DM, Benoit DD, Annemans L, Decruyenaere JM. Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. *Crit Care Med.* 2010; 38: 2386–400.

5.2. Qualità della vita

Per la valutazione della qualità di vita sono rilevanti da un lato la funzionalità attesa e dall'altro il vissuto soggettivo del paziente.

La valutazione della qualità della vita è doppiamente difficile: oltre al fatto che la prognosi circa la funzionalità da attendersi nella quotidianità è incerta, anche la valutazione soggettiva delle limitazioni e delle disabilità dipende da fattori molto personali che riguardano il paziente. La funzionalità da attendersi non può essere equiparata direttamente alla qualità della vita: è infatti determinante il vissuto soggettivo del paziente, e in particolare il grado di soddisfazione per la sua situazione di vita. Occorre inoltre tenere conto delle diverse dimensioni della qualità di vita (fisica, emotiva, intellettuale, spirituale, sociale ed economica) e il peso a esse attribuito dal paziente. Poiché nella fase critica il paziente non è in genere in grado di dialogare in modo approfondito e spesso non sono disponibili direttive anticipate, il colloquio con le persone a lui vicine (persona con diritto di rappresentanza, congiunti, medico di famiglia, persone che forniscono assistenza) è non di rado l'unico modo per ottenere indicazioni sulle sue valutazioni e preferenze.

Se già prima della malattia critica erano presenti limitazioni della funzionalità, è necessario – se possibile – conoscere la qualità di vita a esse collegata e stimare il possibile effetto su di essa di ulteriori limitazioni.

5.3. Dipendenza

L'entità della dipendenza di un paziente viene giudicata in base al suo bisogno di prestazioni di cura e assistenza. Oltre ai fattori relativi alla salute, svolge un ruolo centrale anche l'ambiente sociale.

Con il termine dipendenza si definisce la condizione in cui una persona, in seguito a malattia o incidente, necessita dell'aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita, a lungo termine o talvolta per sempre. Per l'accertamento e la determinazione operativa della dipendenza e del bisogno di aiuto vengono utilizzati ad esempio i criteri ADL (ADL: activities of daily living),¹¹ che descrivono i deficit e le risorse esistenti in rapporto alle varie attività della vita quotidiana.

11 I deficit o le risorse mancanti nelle attività di base della vita quotidiana (BADL, basic activities of daily living, dipendenza in senso stretto) richiedono interventi di assistenza (ad es. aiuto per lavarsi, andare in bagno, muoversi o mangiare); se i deficit riguardano le attività strumentali della vita quotidiana (IADL, instrumental activities of daily living, bisogno di aiuto), è necessario un aiuto domestico (aiuto per fare la spesa, cucinare ecc.) o un sostegno di curatela (per lo svolgimento delle mansioni finanziarie come la dichiarazione d'imposta, la contabilità, ecc.). I deficit nelle AADL (advanced activities of daily living) richiedono sostegno nella tutela della gestione della vita personale e della competenza sociale (partecipazione alla vita sociale, hobby, ecc.).

Il bisogno di cura e assistenza professionale da coprire è enormemente variegato e varia molto da caso a caso. Da un lato, dipende dalle limitazioni individuali alla salute, e dall'altro anche dall'ambiente che circonda il paziente (infrastrutture, rete familiare ecc.). Nel processo decisionale in medicina intensiva va incluso come variabile il bisogno duraturo di cure da attendersi in base alla prognosi (determinato a livello operativo tramite i criteri ADL). Proprio nella fase acuta di una malattia o di una lesione, tuttavia, le prognosi al riguardo sono estremamente incerte e, soprattutto, vanno poi bilanciate con la volontà espressa o presumibile del paziente, con la sua storia e con la qualità di vita finora mantenuta e da attendersi.

5.4. Inefficacia e assenza di prospettive¹²

L'inefficacia e l'assenza di prospettive di una terapia vanno distinte l'una dall'altra. L'inefficacia si evidenzia in un peggioramento delle condizioni del paziente in regime di terapia intensiva completa. Si parla invece di assenza di prospettive quando non vi sono speranze fondate che il paziente possa tornare a un ambiente di vita adeguato.

Una terapia è inefficace quando l'obiettivo terapeutico che ci si prefigge non viene raggiunto, anche se si riesce a ottenere un temporaneo miglioramento di singoli parametri fisiologici. Successivamente si ha di solito una stasi o un peggioramento delle condizioni del paziente in trattamento intensivo completo, senza che si individui una causa potenzialmente eliminabile.¹³ Quando ne viene riconosciuta l'inefficacia, le terapie vanno interrotte.

Una terapia viene definita senza prospettive quando ci si rende conto, fin dall'inizio o nel corso del trattamento, che il paziente non sarà più in grado di tornare a un ambiente di vita adeguato. Il significato dell'espressione «ambiente di vita adeguato» dipende dalla volontà e dalle preferenze del paziente, ma deve prevedere per lo meno un'assistenza a lungo termine concretamente attuabile al di fuori del reparto di terapia intensiva (cfr. cap. 4). Le terapie inefficaci comportano sempre anche una perdita di prospettive, mentre una terapia intensiva può senz'altro essere efficace e, ciò nonostante, comportare un'assenza di prospettive: un esempio estremo è il mantenimento delle funzioni vitali dopo la morte cerebrale.

12 Queste situazioni sono talvolta definite con il termine inglese «futility». In letteratura, però, il concetto di «futility» viene utilizzato con accezioni diverse e contestate; per questo motivo si eviterà di usarlo nelle presenti direttive.

13 Una situazione di questo tipo è caratterizzata ad esempio dal bisogno sempre crescente di farmaci a che favoriscano la circolazione sanguigna e da un continuo peggioramento dello scambio dei gas nonostante la terapia ventilatoria completa, da segni di infiammazione/infezione che aumentano nonostante un'adeguata terapia antibiotica o da insufficienza cardiaca refrattaria al trattamento (low output). Anche un catabolismo persistente con corrispondenti perdite di proteine, una anergia con ripetute complicanze infettive e mancata cicatrizzazione e l'inefficacia di una terapia antibiotica basata sui test della resistenza dei batteri portano, a lungo termine, a una situazione («point of no return») in cui le speranze di guarigione sono ridotte al minimo.

I motivi di questa situazione possono essere i seguenti:

- non si riesce a determinare il fattore scatenante la condizione potenzialmente fatale, il che impedisce la somministrazione di una terapia causale; non ha luogo alcun miglioramento spontaneo delle condizioni.
- si riesce a determinare la causa della condizione potenzialmente fatale, ma non è possibile avviare una terapia di tale causa (ad es. insufficienza terminale d'organo senza ragionevole possibilità di trattamento).

In queste situazioni, le terapie intensive possono essere efficaci nel mantenere in vita il paziente per giorni o settimane, senza che quest'ultimo si riprenda. Il trattamento in questi casi può protrarsi finché, a causa del decorso spontaneo della malattia sottostante o della perdita della capacità di riabilitazione (ad es. in pazienti con carcinoma, o geriatrici affetti da patologie plurime), l'obiettivo definito inizialmente non può più essere raggiunto.

Le terapie senza prospettive risultano gravose per il paziente, i congiunti e il team curante, senza che vi sia una ragionevole possibilità di raggiungere un obiettivo desiderabile; la semplice sopravvivenza in terapia intensiva continua non può essere considerata un obiettivo desiderabile. Il paziente o la persona con diritto di rappresentanza non possono quindi esigere la somministrazione di terapie che non offrano prospettive.

È possibile determinare se una terapia sostanzialmente indicata può raggiungere il proprio obiettivo una volta che sia stata efficacemente avviata e adeguatamente eseguita per un periodo di tempo preciso, da definirsi in base alle circostanze. Tuttavia, non sempre il risultato di questi tentativi è chiaro, e il riconoscimento dell'inefficacia o dell'assenza di prospettive può avvenire solo dopo un periodo piuttosto prolungato, gradualmente o dopo un susseguirsi di quadri clinici allarmanti. Non è però possibile raggiungere la certezza assoluta.

6. Entità della terapia intensiva

Prima di poter stabilire l'entità della terapia intensiva per un paziente, è necessario definirne gli obiettivi.

La definizione degli obiettivi deve avvenire attraverso il dialogo fra il paziente o la persona con diritto di rappresentanza e il team curante, in cui il paziente comunica i propri valori e le proprie preferenze, e il personale la valutazione delle possibilità terapeutiche. La responsabilità di decidere se e in che misura una terapia intensiva è adatta a raggiungere gli obiettivi così fissati spetta al medico intensivista competente. Il paziente o la persona con diritto di rappresentanza decide invece sul consenso alla terapia.

Idealmente, il processo decisionale dovrebbe seguire una griglia definita nella quale si tiene conto di tutti gli aspetti disponibili (cfr. cap. 9.). Se le decisioni hanno una portata particolare, occorre considerare che il ricorso precipitoso a provvedimenti di medicina intensiva può portare a un risultato indesiderato (ad es. limitazioni molto gravi senza speranza di ritorno a un ambiente di vita adeguato, sofferenze persistenti).

6.1. Terapia intensiva completa

La terapia intensiva completa prevede l'impiego di tutti i provvedimenti di medicina intensiva ritenuti idonei per salvare e preservare la vita.

Il successo della terapia intensiva dipende da una procedura ponderata e mirante a rimuovere con coerenza le cause trattabili e a ripristinare l'integrità e la qualità della vita a lungo termine. Ciò presuppone una ripetuta analisi delle cause della malattia e degli effetti positivi ma anche negativi dell'attuale terapia, e richiede un giudizio sulle riserve e sulle risorse di cui dispone il paziente e sul suo potenziale riabilitativo.

6.2. Terapia intensiva a tempo determinato

La terapia intensiva a tempo determinato si applica in caso di prognosi a lungo termine sfavorevole o incerta; l'entità dei provvedimenti adottati non è però limitata.

Nei pazienti con prognosi a breve termine sostanzialmente favorevole (dimissione dall'ospedale) ma con prognosi a lungo termine sfavorevole (ad es. età avanzata soprattutto con comorbidità, malattia maligna, intervento chirurgico palliativo), la terapia intensiva a tempo determinato può essere indicata per superare le disfunzioni o l'insufficienza d'organo transitorie. Per aumentarne le probabilità di successo, tutte le necessarie modalità terapeutiche vanno avviate al più presto e in modo completo. Se in queste condizioni si evidenzia un sostanziale miglioramento, è possibile proseguire la terapia, finché non subentrano danni rilevanti agli organi o finché la disfunzione migliora, mantenendo in essere la speranza che il paziente possa lasciare il reparto di terapia intensiva e infine anche l'ospedale entro un arco di tempo da definire in precedenza. In caso di bisogno prolungato di sostegno o se compaiono altre disfunzioni d'organo, è necessario rivalutare l'indicazione terapeutica entro un lasso di tempo definito in precedenza, ed eventualmente passare a una terapia intensiva dal contenuto limitato e potenziare le cure palliative. Una terapia intensiva a tempo determinato può risultare ragionevole anche in situazioni in cui occorre altro tempo per concludere il processo decisionale.

Nel caso dei neonati, di frequente la decisione sul trattamento intensivo va presa in sala parto, in gran fretta e sulla base di informazioni incomplete, se l'adattamento alla vita extrauterina è gravemente disturbato da una estrema prematurità¹⁴, ipossia prima o durante la nascita o malformazioni congenite. In tale situazione si decide spesso di attuare una terapia intensiva completa, per poter analizzare la situazione in maniera più approfondita dopo uno o due giorni, discuterne e prendere quindi una decisione circa la continuazione o l'interruzione della terapia. Lo stesso vale anche per i bambini più grandi che a causa di un incidente o una malattia si trovano all'improvviso in una situazione potenzialmente fatale. In questi casi si ricorre fondamentalmente a una terapia intensiva completa; le prospettive a lungo termine vanno tuttavia verificate dopo una iniziale fase di stabilizzazione.

6.3. Terapia intensiva a contenuto limitato

La terapia intensiva a contenuto limitato viene utilizzata solo in casi particolari, ad esempio se si suppone che la prognosi a medio e lungo termine sia sfavorevole.

Gravi comorbidità, una limitazione dello stato di salute dovuta all'età e altri motivi di prognosi a medio e lungo termine sfavorevole possono indurre a optare a priori per una terapia intensiva a contenuto limitato (ad es. rinuncia alle manovre di rianimazione, rinuncia alla ventilazione, alle terapie sostitutive renali, ecc.). In questi casi è importante che, se ve ne è il tempo, tali misure siano discusse, stabilite e documentate in anticipo. La terapia può essere potenziata oltre l'entità stabilita solo a seguito di fatti significativi e non ancora noti al momento della decisione iniziale.

La terapia intensiva a contenuto limitato è indicata anche quando il paziente (ad es. in direttive anticipate) o la persona con diritto di rappresentanza non acconsente al trattamento intensivo completo, a meno che ciò non comporti l'inefficacia della terapia.

Occorre invece evitare di limitare la terapia o di porre un tetto all'entità di singole cure a causa di dubbi circa l'efficacia o il successo delle misure intensive. In questo caso vi è il rischio che le cure insufficienti facciano venir meno i presupposti per una ripresa del paziente. In tale situazione, la terapia intensiva deve essere attuata nella sua interezza per un periodo limitato, e la limitazione del contenuto o l'intensificazione delle cure palliative devono essere disposte solo nel momento in cui è possibile sopporre con un sufficiente grado di certezza l'assenza di prospettive.

14 Cfr. le raccomandazioni «Perinatale Betreuung an der Grenze der Lebensfähigkeit zwischen 22 und 26 vollendeten Schwangerschaftswochen». Schweiz Ärztezeitung. 2012; 93(4): 97–100.

In casi particolari è possibile che, dopo la riduzione dell'intensità della terapia, il paziente si riprenda («guarigione spontanea»). Ciò può indicare che la terapia intensiva stessa contribuiva al decorso sfavorevole della malattia. È opportuno ridurre l'intensità dei provvedimenti di medicina intensiva tanto più lentamente quanto meno sono chiari i motivi del mancato successo della terapia, dato che l'interruzione improvvisa di misure quali ad es. il sostegno alla circolazione arteriosa o la ventilazione può portare alla morte pazienti che sarebbero sopravvissuti con una riduzione più lenta.

6.4. Omissione e interruzione di provvedimenti e potenziamento delle cure palliative¹⁵

Se, dopo un'analisi attenta, si stabilisce l'assenza di prospettive in relazione alla terapia intensiva, occorre rinunciare o interrompere l'impiego di provvedimenti di medicina intensiva. In tali situazioni è necessario potenziare le cure palliative.

La decisione di rinunciare o di interrompere un provvedimento terapeutico che mantiene in vita si basa su un'analisi attenta della situazione attuale del paziente. È indicata in presenza di una malattia grave senza possibilità di ripresa, se la situazione è senza speranza (cfr. cap. 5.4.), e comprende la decisione consapevole di consentire la morte.

La volontà del paziente è importante per valutare quale prevedibile risultato della terapia intensiva sia ancora compatibile con le sue preferenze. Tale volontà si evince dalle sue dichiarazioni dirette, finché è capace di discernimento, oppure dalle direttive anticipate o tramite la persona con diritto di rappresentanza (cfr. cap. 3.). La decisione ultima circa il fatto che provvedimenti di medicina intensiva siano o meno adeguati a raggiungere l'obiettivo terapeutico che ci si prefigge spetta invece al medico intensivista responsabile.

La decisione di interrompere i trattamenti necessari a mantenere in vita il paziente deve essere attuata subito dopo essere stata presa, in quanto la prosecuzione di una terapia intensiva riconosciuta come senza prospettive lede il principio etico della non maleficenza. Un ritardo nell'attuazione si giustifica solo in presenza di particolare motivi, ad esempio quando i congiunti necessitano di più tempo per accettare che il paziente morirà o quando alcuni parenti prossimi devono mettersi in viaggio per prendere commiato dal paziente. Anche in queste situazioni, però, occorre definire e comunicare un orizzonte temporale chiaro. Un altro motivo di ritardo può essere la preparazione del prelievo di organi nell'ambito di un programma Non Heart Beating Donor. L'interruzione delle misure necessarie a mantenere in vita il paziente è di competenza del medico curante. Il

15 Cfr. «Cure palliative». Direttive medico-etiche dell'ASSM.

procedimento pratico da attuare deve essere scelto in modo da garantire un controllo ottimale del dolore e dei sintomi, possibilmente nel quadro di cure palliative complete. Il dosaggio dei farmaci analgesici e sedativi dipende dai sintomi riscontrabili nel paziente. I miorilassanti riducono la riconoscibilità dei sintomi, e la loro somministrazione nel quadro di un'interruzione della ventilazione può essere interpretata come tentativo di eutanasia attiva.

7. Provvedimenti di medicina intensiva in condizioni particolari

7.1. In situazione di emergenza preclinica

In situazione di emergenza preclinica sussiste l'obbligo fondamentale di avviare il più rapidamente possibile i provvedimenti atti a mantenere in vita il paziente, a meno che non vi siano indicazioni chiare che facciano dubitare della desiderabilità o della ragionevolezza di tali misure.

La grande maggioranza delle emergenze precliniche in Svizzera è gestita da laici, samaritani, soccorritori e tecnici di anestesia. In una percentuale di casi nettamente inferiore sono coinvolti il medico di famiglia o un medico d'urgenza o di pronto intervento. Pertanto, spesso è necessario prendere decisioni su misure precliniche in assenza di un medico. Queste misure si basano su direttive interne dei servizi di salvataggio, algoritmi basati sull'evidenza e standard internazionali.

Le decisioni in medicina d'urgenza sono solitamente difficili se, come spesso accade, devono essere prese disponendo di informazioni insufficienti o carenti sul paziente, in tutta fretta e talvolta in condizioni di difficoltà. Il fatto che i provvedimenti preclinici possano pregiudicare il successivo trattamento (ad es. l'intubazione, che implica una successiva ventilazione) rende ancora più difficoltoso il processo decisionale. La gamma di decisioni terapeutiche consentite agli operatori non medici dei servizi di salvataggio è tuttavia limitata e, dal punto di vista giuridico, più ristretta rispetto alle possibilità di intervento dei medici d'urgenza. Per questi motivi, di regola, in caso di emergenza al di fuori dell'ospedale si inizia il trattamento dei sintomi e si lascia ai medici ospedalieri che intervengono successivamente la decisione sull'eventuale terapia intensiva.

Ciò significa che sostanzialmente sussiste l'obbligo di avviare al più presto i provvedimenti atti a mantenere in vita il paziente, ma parallelamente occorre tenere conto di eventuali indicazioni che pongono dubbi circa la desiderabilità o l'opportunità di tali provvedimenti.¹⁶ Sulla base di tali indicazioni, in alcuni casi, già nel corso dell'emergenza preclinica è possibile decidere di rinunciare a misure di medicina intensiva, in particolare a terapie invasive o medicamentose, o al trasporto in ospedale. Le misure terapeutiche non vanno attuate se il paziente non le desidera o se la prognosi è talmente sfavorevole che esse possono solo danneggiarlo. La volontà del paziente può essere desunta da eventuali direttive anticipate, ma anche le dichiarazioni dei congiunti possono fornire indicazioni importanti, soprattutto se appare evidente che la chiamata di emergenza fosse finalizzata più a ricevere un sostegno nell'accompagnamento del morente che non a impedirne la morte. Se il tempo lo consente, è necessario coinvolgere la persona con diritto di rappresentanza.

7.2. In pronto soccorso

In situazione di emergenza, il medico agisce secondo la volontà presumibile e nell'interesse del paziente incapace di discernimento. Il medico ha l'obbligo primario di preservare la vita. I provvedimenti avviati in pronto soccorso non devono però essere considerati pregiudiziali per le successive decisioni.

Un gran numero di pazienti accolti in pronto soccorso presenta una limitazione della capacità di discernimento a causa delle lesioni riportate o della patologia che hanno contratto (ad es. ferite alla testa, stato di shock, intossicazioni e così via) o di malattie croniche già in atto in precedenza (ad es. demenze). A ciò si aggiunge il fatto che in parecchie situazioni di emergenza occorre agire molto in fretta, a causa della riduzione delle funzioni vitali e del rischio di danni agli organi, cosicché il medico curante deve prendere la decisione sull'uso di farmaci, apparecchiature e monitoraggio invasivo in tempi brevissimi.

Spesso non è possibile informare a priori in maniera esaustiva il paziente o la persona con diritto di rappresentanza in merito alle misure programmate e ottenerne il consenso. In questa situazione, il medico agisce secondo la volontà presumibile e nell'interesse del paziente incapace di discernimento. Per quanto consentito dalle condizioni e dal tempo disponibile, però, quest'ultimo andrebbe coinvolto nel processo decisionale ed è necessario accertarsi dell'esistenza di direttive anticipate. Una volta stabilizzato, il paziente (o la persona con diritto di rappresentanza) deve assolutamente essere informato e occorre ottenerne il consenso al trattamento.

¹⁶ Cfr. «Decisioni in merito alla rianimazione». Direttive medico-etiche dell'ASSM, cap. 3. Procedure in caso di arresto cardiocircolatorio.

I compiti primari del medico in pronto soccorso restano la caratterizzazione precisa e l'eliminazione del pericolo per la vita. Oltre a trattare i sintomi, il medico curante (anche in situazioni di fretta) deve chiarire le cause o almeno stabilire se si può ritenere che la malattia o la lesione sia potenzialmente reversibile. Deve soppesare la beneficenza e la non maleficenza e impedire, per quanto possibile, che il trattamento avviato in pronto soccorso possa costituire un pregiudizio involontario per le successive decisioni. L'obiettivo della terapia tesa a mantenere in vita il paziente deve essere il ritorno a un ambiente di vita adeguato (cfr. cap. 4.). Se tale obiettivo risulta essere senza prospettive, o se il paziente o la persona con diritto di rappresentanza rifiuta i provvedimenti atti al mantenimento in vita, occorre potenziare le cure palliative.

Nelle situazioni incerte è possibile avviare una terapia intensiva a tempo determinato che dovrà eventualmente essere interrotta non appena saranno disponibili informazioni più precise circa la prognosi e la volontà del paziente (cfr. cap. 6.2.). La maggiore difficoltà a interrompere una terapia intensiva una volta iniziata, rispetto al non avviarla del tutto, è senz'altro un ostacolo psicologico, ma dal punto di vista etico è decisamente preferibile alla rinuncia senza motivi sufficienti a provvedimenti tesi a mantenere in vita il paziente.

I provvedimenti di medicina intensiva possono essere proseguiti, anche se sono senza prospettive per il paziente coinvolto, qualora siano in corso accertamenti relativi alla donazione degli organi.

7.3. Dopo un intervento di elezione

Se durante un intervento chirurgico di elezione si verifica una complicanza con pericolo o disturbo delle funzioni vitali, vengono attuati tutti i provvedimenti di medicina intensiva appropriati. In una situazione senza prospettive, tuttavia, il fatto che le cause siano iatrogene non può giustificare l'impiego di provvedimenti di medicina intensiva.

Nel caso degli interventi di elezione, i medici curanti hanno tempo a sufficienza per discutere dell'indicazione terapeutica con il paziente e spiegargli in cosa consisterà l'intervento. Il colloquio riguarderà anche benefici, rischi e possibili complicanze, nonché le opzioni terapeutiche da applicare eventualmente per contrastarli. Le complicanze possono manifestarsi in qualsiasi intervento e pertanto costituiscono rischi intrinseci di tutte le operazioni chirurgiche. Se hanno come conseguenza la minaccia o il disturbo delle funzioni vitali, si applicano tutte le misure di medicina intensiva opportune (cfr. cap. 4.).

In generale è importante parlarne con tutte le persone coinvolte nel trattamento del paziente. Nel caso di interventi complessi e/o se sono probabili complicanze o un outcome negativo, l'indicazione per l'intervento e l'entità delle eventuali misure di medicina intensiva che potrebbero rendersi necessarie devono essere discusse in anticipo con tutti i medici (chirurghi, anestesisti, altri medici che si occupano di procedure invasive nonché intensivisti) coinvolti e con il paziente. A quest'ultimo va raccomandato di stilare direttive anticipate o designare una persona con diritto di rappresentanza. Se possibile, vanno coinvolti anche i congiunti, tranne in caso di rifiuto da parte del paziente capace di discernimento.

Poiché il trattamento si concentra esclusivamente sul bene del paziente e sulla sua volontà, se si verifica una complicanza non interessa individuarne la causa ma solo capire se è sostanzialmente risolvibile o meno. Il fatto che una complicanza iatrogena costituisca un problema per il medico che ha eseguito l'intervento, non ha alcun influsso sull'obiettivo terapeutico e non giustifica il ricorso a misure che non sarebbero state attuate anche se si fosse presentata la stessa complicanza, ma senza causa iatrogena.

7.4. Nei bambini e negli adolescenti

Nei bambini e negli adolescenti in situazioni pericolose per la sopravvivenza si applica sostanzialmente sempre la terapia intensiva completa. Per i neonati con problemi di adattamento e bambini affetti da malattie croniche o disabilità plurime vanno compiute riflessioni particolari.

I bambini hanno il diritto di ricevere cure mediche in strutture che offrano un ambiente adatto ai pazienti della loro età e il cui personale sia competente per quanto concerne le loro specifiche esigenze fisiche, psichiche e sociali. I pazienti pediatrici di medicina intensiva si possono distinguere in tre grandi categorie:

- neonati con adattamento postnatale disturbato da prematurità¹⁷, complicazioni durante il parto (ipossia, lesioni, infezioni) o malformazioni o malattie congenite;
- bambini sani con rischio acuto per la sopravvivenza a causa di incidente o malattia;
- bambini affetti da malattie croniche e/o disabilità che si trovano in una situazione potenzialmente fatale a causa di una complicanza della loro malattia di base.

17 Cfr. le raccomandazioni «Perinatale Betreuung an der Grenze der Lebensfähigkeit zwischen 22 und 26 vollendeten Schwangerschaftswochen». Schweiz Ärztezeitung. 2012; 93(4): 97–100.

Sostanzialmente, nei bambini in situazione pericolosa per la sopravvivenza la terapia intensiva è sempre indicata, e comunque lo è una terapia completa a tempo determinato (cfr. 6.2). Nei neonati nei quali i problemi di adattamento possono essere previsti già qualche tempo prima della nascita è necessario però che il team interdisciplinare valuti per tempo la situazione prognostica e discuta con i genitori le opzioni terapeutiche postnatali, stabilendo, se possibile un piano. Lo stesso vale per i bambini affetti da malattie croniche e con disabilità plurime nei quali è possibile anticipare le complicanze pericolose per la vita. Spesso è il primo ricovero in ospedale nel reparto di terapia intensiva ad aprire la strada alla pianificazione dell'uso di misure tese a mantenere in vita il paziente e di cure palliative per gli episodi futuri.

7.5. In caso di probabile dipendenza grave (emersa al momento o a seguito di una malattia cronica progressiva)

Nel caso di pazienti che sono già dipendenti a causa di una precedente malattia cronica, se possibile la situazione va discussa prima dell'avvio della terapia intensiva e può essere il caso di stabilire una limitazione dei provvedimenti tesi a mantenere in vita.

Se nel corso di un trattamento di medicina intensiva si rileva che il paziente presenta una elevata probabilità di incorrere una nuova situazione di grave dipendenza, e quindi diventa improbabile che possa ritornare nell'ambiente di vita precedente, è necessario decidere circa l'ulteriore terapia in base alla volontà espressa o presumibile del paziente, alla sua storia e alla qualità di vita finora mantenuta. L'interruzione delle misure tese a mantenere in vita il paziente può essere indicata in caso di attesa dipendenza grave e persistente, se risulta chiaro che tale situazione di dipendenza non corrisponde alla volontà (espressa o presumibile) del paziente. Se non vi sono speranze che quest'ultimo possa lasciare il reparto di terapia intensiva e, dopo una fase di riabilitazione, possa passare a un'assistenza a lungo termine per un tempo illimitato, la terapia intensiva è senza prospettive e la sua interruzione è indicata dal punto di vista medico (cfr. capp. 5.4 e 6.4).

Diversa è la situazione dei pazienti che sono già dipendenti a causa di una malattia cronica e che necessitano di una terapia di medicina intensiva.¹⁸ In base all'esperienza, nel migliore dei casi dopo la terapia intensiva questi pazienti raggiungeranno di nuovo le condizioni precedenti. Se possibile, quindi, già prima dell'avvio dei provvedimenti di medicina intensiva è necessario appurare se vi è una buona probabilità che il soggetto ritornare alla situazione antecedente l'episodio che ha reso necessario il trattamento. Prima dell'avvio della terapia occorre inoltre chiarire se il paziente, di fronte a questa prospettiva, è disposto a

¹⁸ Si pensi, a questo proposito, ai pazienti affetti da BPCO, da SLA, da cardiopatia coronarica grave, da demenza diagnosticata di recente, ai pazienti dipendenti a causa di ictus, ecc.

sopportare il trattamento intensivo. In tali situazioni è necessario discutere anche le opzioni di una terapia intensiva a contenuto limitato o a tempo determinato e, se possibile, inserirle in un piano di trattamento insieme al paziente. In nessun caso è possibile escludere il paziente da una terapia intensiva solo sulla base di una dipendenza esistente, senza conoscere la sua volontà espressa o presumibile. Nel caso dei pazienti ai quali viene diagnosticata una malattia cronica progressiva che in un prossimo futuro comporterà il problema di un trattamento di medicina intensiva, i medici dovrebbero accennare alla possibilità delle direttive anticipate o di un piano di trattamento da stabilirsi in anticipo, prima che le condizioni peggiorino rendendo difficile o addirittura impossibile il colloquio.

7.6. Nei pazienti in età molto avanzata

Non è chiaro se l'età costituisca di per sé un fattore prognostico, ma in ogni caso fra le persone più anziane è maggiore il rischio di comorbidità che influenzano la prognosi, ed è necessario tenerne conto nell'analisi del rapporto rischi-benefici e parlarne con il paziente.

Alcuni studi hanno dimostrato che l'età non è un buon fattore predittivo per quanto riguarda la mortalità perioperatoria e che un numero notevole dei pazienti che lasciano l'ospedale può ritornare a un ambiente paragonabile a condizioni di vita paragonabili a quelle precedenti.¹⁹ Altri studi mostrano invece che la mortalità fra i pazienti molto avanti con l'età è più elevata soprattutto nella fase post-intensiva.²⁰ È certo che a partire dai 30 anni di età in tutti gli organi con ridotta o assente capacità di divisione cellulare (cervello, cuore, polmone, rene) si verifica una lenta perdita di massa tissutale e funzionalità. In condizioni normali sono sufficienti le riserve per garantire fino alla vecchiaia avanzata una funzionalità degli organi adeguata all'età. In caso di malattia e interventi grandi o complessi, però, la capacità di compensazione degli organi può essere notevolmente ridotta, cosicché un paziente apparentemente sano prima dell'operazione può non sopravvivere anche a un intervento primariamente ben riuscito, a causa di uno scompenso d'organo. Ad aggravare la situazione si aggiunge il fatto che in ben oltre il 50% dei casi le persone anziane presentano comorbidità di rilievo che influiscono negativamente sulla prognosi, ed è necessario tenerne conto nell'analisi del rapporto rischi-benefici e parlarne con il paziente.

19 Cfr. Minne L, Ludikhuizen J, de Jonge E, de Rooij S, Abu-Hanna A. Prognostic models for predicting mortality in elderly ICU patients: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2011; 37: 1258–68.

20 Cfr. Wunsch H, Guerra C, Barnato AE, Angus DC, Li G, Linde-Zwirble WT. Three-Year Outcomes for Medicare Beneficiaries Who Survive Intensive Care *JAMA* 2010; 303: 849–856.

Particolarmente importante è la valutazione soggettiva della prognosi. Le persone in età molto avanzata valutano in modi molto diversi la qualità della propria vita, e non solo in funzione delle loro oggettive condizioni di salute. Non tutti i pazienti desiderano ritornare all'ambiente di vita precedente. È necessario evitare da un lato di discriminare a causa della loro età i pazienti che hanno voglia di vivere e dall'altro di impedire di morire a quelli che sono stanchi di vivere.

In caso di pazienti senza congiunti e incapaci di discernimento a causa della loro malattia, che non hanno stilato direttive anticipate, l'accertamento della volontà è particolarmente difficile. Questo riguarda in particolare i pazienti in età molto avanzata e isolati socialmente, e le persone appartenenti a gruppi marginali della società. In alcune situazioni possono fornire informazioni sulle preferenze del paziente il medico di famiglia o i vicini o il personale curante, ecc. Se non è disponibile una persona con diritto di rappresentanza, è necessario coinvolgere l'autorità di protezione degli adulti.

7.7. Nei pazienti con disabilità psichiche o multiple²¹

La presenza di una disabilità non giustifica alcuna deroga ai principi fondamentali che valgono per tutti i pazienti. In particolare non si possono trarre conclusioni sulla qualità della vita in base alla prima impressione.

In caso di pazienti con disabilità psichica o multipla, non si possono trarre conclusioni sulla qualità della vita in base all'impressione generata dal paziente, ma la sua volontà presumibile deve essere accertata coinvolgendo i congiunti e le persone di riferimento.

I pazienti con disabilità complessa o multipla presentano spesso particolarità legate al quadro patologico preesistente che già di per sé complicano o impediscono determinati interventi. Occorre appurare in particolare che il ricorso a provvedimenti di medicina intensiva non provochi ulteriori danni prevedibili.

21 Cfr. «Trattamento medico e assistenza delle persone con disabilità». Direttive medico-etiche dell'ASSM.

7.8. Nei pazienti dopo un tentato suicidio

Nei pazienti che hanno cercato di togliersi la vita è necessario verificare se il tentato suicidio è espressione di un disturbo psichico o di una condizione eccezionale acuta. Se il soggetto aveva già compiuto un atto simile in passato o se, come conseguenza, ci si attendono danni duraturi, è necessario tenerne conto nella valutazione prognostica.

I tentati suicidi possono rendere necessario un trattamento e l'assistenza in medicina intensiva (ad es. trauma da caduta o conseguenze di un avvelenamento da farmaci). Dal punto di vista etico e giuridico è importante appurare se il desiderio di togliersi la vita è sintomo di una malattia psichica o di una situazione eccezionale acuta, oppure se si tratta di un desiderio di morire ben ponderato e duraturo. In genere le cause sono di natura transitoria e il tentato suicidio va considerato un grido di aiuto o il sintomo di una malattia psichica trattabile. In altri casi invece la sofferenza psichica è persistente e tanto grande che la persona colpita perde completamente la voglia di vivere. Nel caso di pazienti con una diagnosi psichiatrica, il tentato suicidio può essere sia espressione della malattia stessa, sia la conseguenza ben ponderata tratta dal soffrirne.

Nella maggior parte delle situazioni è tuttavia difficile comprendere se al momento del tentato suicidio il paziente era capace di discernimento e il desiderio di morire era ben ponderato e permanente, o se si trovava sotto l'influsso di una malattia psichica o in una condizione psichica eccezionale. Un'eventuale lettera di addio può essere considerata alla stregua di direttive anticipate solo in presenza di indicazioni chiare e convincenti del fatto che sia stata scritta in condizioni di capacità di discernimento. Se si è di fronte a un tentativo ripetuto di suicidio o se ci si attendono conseguenze con danni duraturi, è necessario tenerne conto nella valutazione prognostica. Tali fatti non giustificano però di per sé la rinuncia alle misure tese a mantenere in vita il paziente. Per valutare questo tipo di situazioni occorre coinvolgere uno psichiatra; lo stesso vale nel caso dei pazienti con nota o probabile diagnosi psichiatrica. Se possibile, occorre contattare anche gli psichiatri che hanno avuto in cura il paziente in precedenza.

7.9. Provvedimenti per pazienti in stato di agitazione

È legittimo adottare provvedimenti tesi a evitare un immediato pericolo per il paziente e per gli altri, anche se il paziente in questione, incapace di discernimento, li rifiuta verbalmente o fisicamente.

In assenza di alternative, è lecito adottare i provvedimenti che vengono rifiutati, verbalmente o fisicamente, dal paziente in stato di agitazione, ma che sono indicati dal punto di vista medico e necessari per evitare un immediato pericolo per il paziente stesso e/o per gli altri. Ulteriori presupposti sono che il paziente sia incapace di discernimento relativamente a questa concreta decisione, e che non sia stato possibile convincerlo della necessità del provvedimento o ottenerne l'accettazione passiva. L'impiego del provvedimento e la sua motivazione devono essere scritti nella cartella clinica. La persona con diritto di rappresentanza deve successivamente essere informata, non appena possibile, dell'esecuzione del provvedimento.

7.10. Accompagnamento del morente nel reparto di terapia intensiva

Sebbene il reparto di terapia intensiva non sia il luogo più adatto, oggi l'accompagnamento del paziente in fin di vita rientra nella quotidianità dei servizi di cure intensive. In primo piano sono posti l'alleviamento di dolori e sofferenze e il sostegno al paziente e ai congiunti nella preparazione dell'ultima fase della vita e del congedo.

L'accompagnamento del paziente in fin di vita non fa parte dei compiti veri e propri della medicina intensiva, data la sua impostazione curativa, ma è ormai diventato parte della quotidianità in molti reparti di terapia intensiva. Se, nonostante tutti i provvedimenti attuati, le condizioni del paziente peggiorano sensibilmente, se si rinuncia all'uso di misure di medicina intensiva o si decide di interromperle, la morte del paziente diviene prevedibile. In tale situazione, per alleviare in modo ottimale dolori e sofferenze si potenziano le cure palliative²². Oltre ai sintomi fisici si tengono in considerazione anche e soprattutto gli aspetti psichici, sociali e spirituali. Per adeguare il trattamento in modo ottimale è necessario effettuare a intervalli regolari una stima dei dolori e del malessere. Vanno omesse le misure gravose. Il dosaggio dei farmaci può essere aumentato solo in presenza di segni clinici o paraclinici di dolore, difficoltà respiratoria o malessere. L'apporto di liquidi e ossigeno richiede che venga soppesato accuratamente l'effetto atteso rispetto agli effetti collaterali indesiderati e alle sofferenze per il

22 Cfr. «Cure palliative». Direttive medico-etiche dell'ASSM.

paziente. Di regola non è indicato nell'ultima fase. In caso di sintomi gravosi refrattari alla terapia può rendersi necessaria una sedazione continuata.²³ Occorre prestare particolare attenzione anche ai congiunti, ai quali può essere utile offrire sostegno psicologico o spirituale. Anche dopo la morte del paziente i congiunti dovrebbero avere la possibilità di un colloquio sul defunto con il personale incaricato della cura e dell'assistenza.

Durante tutta l'ultima fase della vita, il paziente deve essere circondato da un'atmosfera empatica e tranquilla e godere della massima riservatezza. Questo non è sempre facile da tradurre in pratica negli ambienti delle unità di terapia intensiva. Se possibile, va resa disponibile una camera singola, e va sempre accertata la possibilità di trasferimento in un altro reparto.

7.11. Assistenza a potenziali donatori di organi

L'assistenza a potenziali donatori di organi è uno dei compiti della medicina intensiva.

In caso di pazienti con prognosi infausta, la possibilità di espianto degli organi può costituire un motivo per avviare o proseguire misure di medicina intensiva. In tali casi occorre seguire le norme giuridiche pertinenti e le corrispondenti direttive dell'ASSM.²⁴ La decisione di interrompere la terapia tesa a mantenere in vita il paziente non deve essere influenzata dalla possibilità di una donazione di organi.

Se le risorse in termini di personale e materiali sono esigue, è possibile che il ricovero o la prosecuzione del trattamento dei potenziali donatori di organi nel reparto di terapia intensiva sia in contrasto con le esigenze di pazienti che potrebbero anch'essi trarre giovamento dai servizi di cure intensive. In considerazione delle lunghe liste d'attesa per i trapianti, i potenziali donatori non devono andare perduti. Se i letti non sono sufficienti è necessario appurare se è possibile trasferire il potenziale donatore o un altro paziente intensivo.

²³ Cfr. «Cure palliative». Direttive medico-etiche dell'ASSM, cap. 9.1. (Sedazione)

²⁴ Cfr. Legge federale sul trapianto di organi, tessuti e cellule dell'8 ottobre 2004, nonché «Accertamento della morte nel contesto del trapianto di organi». Direttive medico-etiche dell'ASSM.

8. Rapporti con i pazienti e i congiunti

8.1. Colloquio informativo e di accertamento

Il colloquio con i pazienti, le persone con diritto di rappresentanza e i congiunti è uno dei compiti centrali del medico intensivista. Ciò richiede tempo sufficiente, ascolto empatico e informazioni comprensibili e sincere. È importante che, per quanto possibile, gli stessi interlocutori siano disponibili per colloqui ripetuti.

Spesso, nei pazienti di medicina intensiva, decorso della malattia ed effetti dei farmaci causano una notevole riduzione delle funzioni cognitive (ad es. disturbi della memoria a breve termine con l'assunzione di benzodiazepine, e così via), disturbi della percezione e stati d'ansia. Anche fra i congiunti, però, la capacità di comprendere quanto viene detto è spesso fortemente ridotta, e per questo motivo non è raro che si rilevino lamentele sull'insufficienza delle informazioni fornite. È consigliabile informare in modo empatico, comprensibile e, per quanto possibile, senza espressioni specialistiche mediche, riservare tempo sufficiente per le domande e offrire sostegno. Secondo la letteratura, la soddisfazione dei congiunti è correlata anche al tempo loro concesso per prendere la parola durante il colloquio.²⁵ Nei casi in cui la comunicazione risulta difficoltosa, prima di congedarsi può essere opportuno chiedere un breve riassunto di quanto è stato compreso. Va evitato per quanto possibile di citare i parametri medici (dati del monitoraggio, valori di laboratorio e così via), in quanto vi è il rischio che i congiunti si concentrino su queste istantanee e le interpretino come surrogato del decorso medico. Inoltre, è senz'altro consigliabile documentare per iscritto il colloquio e, se il contenuto è delicato, chiedere all'interlocutore di apporre la propria firma.

L'incontro con i congiunti deve avvenire in un ambiente tranquillo, senza persone estranee che possano ascoltare. Occorre programmare un arco di tempo realistico. Il colloquio va condotto con franchezza e senza eufemismi e deve contenere solo dichiarazioni sufficientemente certe per quanto concerne la prognosi; deve inoltre informare apertamente anche su aspetti riguardo ai quali non si possono fornire dati conclusivi. È importante che al paziente e ai congiunti vengano assegnati, per quanto possibile, interlocutori fissi, che siano disponibili a rispondere alle domande e per altri colloqui.²⁶

25 Cfr. McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA, Treece PD, Shannon SE, Rubenfeld GD et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: Increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction *Crit Care Med.* 2004; 32: 1484–88; cfr. Dullenkopf A, Rothen H. What patients and relatives expect from an intensivists – the Swiss side of a European survey. *Swiss Med Weekly.* 2009; 139: 47–51.

26 Per questi colloqui sono previsti specifici addestramenti, come ad es. il Competency based training in intensive care medicine in Europe (CoBaTrICE): www.cobatrice.org/en/index.asp

8.2. Coinvolgimento dei congiunti

I congiunti di un paziente ricoverato in medicina intensiva sono sottoposti a grande stress e si sentono spesso sopraffatti. Dovrebbero essere per quanto possibile coinvolti nel processo decisionale.

Anche i congiunti di un paziente in terapia intensiva, ovviamente, sono turbati dalla sua situazione potenzialmente fatale. In molti casi sono persone che svolgono un ruolo fondamentale, sia per la formazione della volontà del paziente o la sua rappresentanza legale, sia per il suo accompagnamento nella fase di terapia intensiva e, non da ultimo, per l'assistenza nella futura situazione di vita. Per questi motivi, oltre alle persone con diritto di rappresentanza, che vanno tassativamente interpellate, è opportuno coinvolgere nel processo decisionale, a seconda delle possibilità, anche altre persone vicine al paziente, sempre che ciò non sia in contrasto con l'espressa volontà di quest'ultimo.

8.3. Aspetti particolari in bambini e adolescenti²⁷

Nel processo decisionale che vede come interlocutori i genitori con diritto di rappresentanza, occorre tenere in considerazione che hanno diritto di parola anche i piccoli pazienti, se si tratta di bambini abbastanza grandi e adolescenti con crescente capacità di crearsi un giudizio proprio. I genitori hanno maggior margine decisionale nelle situazioni in cui la terapia intensiva non è né inequivocabilmente nel miglior interesse del bambino, né inequivocabilmente contraria.

Nel caso dei bambini e degli adolescenti (sotto i 18 anni), i genitori condividono la rappresentanza legale. A seconda dell'età del bambino, tuttavia, le implicazioni etiche e psicologiche del triangolo «team curante – paziente – genitori» sono molto diverse. Nel caso dei neonati non è possibile venire a conoscenza di una presumibile volontà o delle preferenze del paziente e i genitori non hanno ancora una conoscenza profonda del loro bambino. Nel caso dei bambini che non hanno ancora raggiunto la capacità di discernimento, invece, i genitori possono essere considerati esperti per quanto attiene al bene e all'interesse dei loro figli, grazie all'intima familiarità con loro. Man mano che cresce la capacità di formarsi un giudizio personale, volontà e preferenze del bambino più grande e dell'adolescente assumono un certo peso. Nonostante dal punto di vista giuridico la volontà di un adolescente capace di discernimento, riguardo al suo trattamento medico, abbia ovviamente la precedenza su quella dei genitori, nella pratica può essere molto difficile per gli adolescenti malati cronici e le loro famiglie portare alla luce ed elaborare conflitti a tale riguardo.

27 Per i neonati cfr. le raccomandazioni «Perinatale Betreuung an der Grenze der Lebensfähigkeit zwischen 22 und 26 vollendeten Schwangerschaftswochen». Schweiz Ärztezeitung. 2012; 93(4): 97–100.

Oltre ai fattori relativi al minore, per arrivare a una decisione condivisa sono rilevanti anche le condizioni personali dei genitori. Da un lato, svolge un ruolo notevole l'origine culturale: mentre per alcuni genitori è naturale voler disporre di ampie possibilità decisionali in merito al trattamento da somministrare al loro figlio, per altri non è concepibile essere coinvolti nella decisione sulla vita e la morte. Dall'altro lato, sono importanti le speranze e le paure, che vanno prese sul serio e tematizzate. Le idee sulla vita futura del figlio possono portare alla pretesa disperata di terapie inutili o, al contrario, il grande timore dei problemi legati a un figlio disabile può generare atteggiamenti negativi verso una terapia intensiva promettente dal punto di vista medico.

In queste situazioni complesse è opportuno adottare una strategia decisionale condivisa. Le opzioni terapeutiche devono essere discusse con franchezza e sincerità fra il team curante e i genitori, oltre che eventualmente con l'adolescente capace di discernimento. Il potere decisionale dei genitori assume qui un significato tanto maggiore quanto più ci si trova in una zona grigia nella quale la terapia intensiva non è né inequivocabilmente nel miglior interesse del bambino, né inequivocabilmente contraria.

9. Processi decisionali nel reparto di terapia intensiva

Le indicazioni in medicina intensiva vanno elaborate in un continuo dialogo fra tutte le parti coinvolte. La responsabilità ultima della decisione circa l'indicazione medica al trattamento ricade sul medico competente.

Le decisioni relative agli obiettivi e all'entità della terapia intensiva devono essere sostenute congiuntamente dal team curante di medicina intensiva (medici, infermieri e specialisti in fisioterapia). Nel caso delle decisioni di ampia portata, e in particolare della decisione medica di rinunciare alle misure tese a mantenere in vita il paziente o di interromperle, occorre coinvolgere nel processo decisionale i medici precedenti – nonché, a seconda della situazione, quelli che seguiranno il paziente nella fase successiva. La responsabilità finale in merito all'indicazione resta del medico competente, che deve assumersela anche dal punto di vista legale. Nel reparto di terapia intensiva tale ruolo è svolto da un medico intensivista.²⁸ Nelle situazioni incerte è consigliabile procedere a intervalli regolari a una valutazione etica. In ciò, l'ideale è che il team curante sia sostenuto da una persona o da un gruppo di persone non direttamente coinvolte nel trattamento e formate ad hoc.²⁹ A seconda del quesito, può essere utile richiedere l'aiuto di un giurista.

28 Nei reparti di terapia intensiva che assistono esclusivamente neonati, tale funzione è affidata a un pediatra specializzato in neonatologia.

29 Esistono varie forme e modelli di supporto etico, cfr. «Supporto etico in medicina». Raccomandazioni dell'ASSM.

Nel processo decisionale vanno discussi in particolare i seguenti punti:

- Benefici: quali probabilità ha il paziente, se vengono applicati i provvedimenti di medicina intensiva? Sussiste la prospettiva dell'attuazione per lo meno di un'assistenza a lungo termine al di fuori dell'ospedale?
- Danni: quanto sono gravosi e dolorosi per il paziente i provvedimenti di medicina intensiva? Quali danni irreversibili o a lungo termine ci si deve aspettare?
- Prognosi: qual è l'obiettivo del trattamento? Può diventare raggiungibile? Quando terminerà la dipendenza del paziente dai provvedimenti medici? Qual è l'entità del potenziale riabilitativo del paziente? Sussiste la speranza che il paziente torni a un ambiente di vita adeguato? Se il paziente sopravvive con disturbi cronici, quali sono le sue risorse, le risorse della sua famiglia e della società da impiegare al fine di ridurre le conseguenze di questi disturbi?
- Volontà del paziente: esistono delle direttive anticipate? Qual è la presumibile volontà del paziente? Che posizione ha la persona con diritto di rappresentanza? Quale posizione rappresentano i congiunti?

La decisione va messa per iscritto e firmata dal medico responsabile. Se non si raggiunge un consenso vi è la possibilità di richiedere un secondo parere (cfr. cap. 10.).

9.1. Criteri per il ricovero

Al momento del ricovero nel reparto di terapia intensiva, l'intensivista responsabile assume il ruolo di gatekeeper. I pazienti in fin di vita e i pazienti che non hanno alcuna prospettiva reale di tornare a essere indipendenti dai provvedimenti di medicina intensiva vanno ricoverati nel reparto di terapia intensiva solo in situazioni eccezionali motivate. Per i pazienti affetti da una malattia psichica, da alcolismo grave e di lunga data o politossicomania, che in acuto sono pericolosi per sé e per gli altri ma non sono in pericolo di vita, il reparto di terapia intensiva non è il luogo di cura adatto. Il ricovero in terapia intensiva può infatti causare un'ulteriore traumatizzazione.

Nel reparto di terapia intensiva sono ricoverati pazienti in condizioni di pericolo di vita o a rischio di sviluppare tale pericolo. Quest'ultimo caso riguarda in particolare i pazienti reduci da un intervento chirurgico o comunque invasivo che potrebbe risultare potenzialmente fatale a causa della sua entità o per le comorbilità presenti. In questi pazienti, tuttavia, la terapia intensiva è indicata solo quando sussiste la prospettiva del ritorno a un ambiente di vita adeguato. In situazioni normali, pertanto, i pazienti in fin di vita e i pazienti senza speranza di tornare a essere indipendenti dalle misure di medicina intensiva non vanno ricoverati in un reparto di terapia intensiva. È possibile derogare da tale norma in situazioni

in cui il paziente non può ricevere adeguate cure palliative in nessun altro reparto e il centro di cure intensive dispone delle necessarie risorse. In tutte le decisioni relative ai ricoveri, il medico responsabile del reparto di terapia intensiva assume il ruolo di gatekeeper, nonché la responsabilità della decisione medica.

Lo stesso problema si pone nel caso di pazienti che costituiscono un pericolo per sé e che vengono inviati per il monitoraggio al reparto di terapia intensiva, in quanto non è disponibile un pronto soccorso psichiatrico. Una situazione simile è quella dei pazienti affetti da alcolismo grave e di lunga data e da politossicomania, se diventano pericolosi per sé e per gli altri in acuto. Se non sussiste motivo somatico per il trattamento e questi pazienti non sono in pericolo di vita per le loro condizioni, bensì devono essere ricoverati in ospedale a causa del loro comportamento, il reparto di terapia intensiva non è il luogo adatto per assisterli. Nell'ambiente frenetico di un simile reparto, teso a praticare provvedimenti rapidamente efficaci, misure coercitive come sedazione e contenzione si rendono necessarie molto più spesso che in un reparto psichiatrico con adeguate stanze di isolamento e personale formato ad hoc. Il ricovero di questi pazienti nel reparto di terapia intensiva può da un lato causarne un'ulteriore traumatizzazione e dall'altro sollecitare in modo eccessivo le risorse della medicina intensiva, e pertanto va evitato nei limiti del possibile.

9.2. Criteri per il trasferimento e il ricovero ripetuto

Il trasferimento di un paziente è indicato quando le condizioni per il ricovero non sussistono più o è possibile garantire un'assistenza adeguata altrove. Per il ricovero ripetuto dei pazienti valgono gli stessi criteri applicati per il primo ricovero.

Fondamentalmente, si pongono le premesse per un trasferimento dal reparto di terapia intensiva quando non sussistono più i criteri per il ricovero (cfr. cap. 9.1.). La verifica di tali condizioni è soggetta a una certa discrezionalità.

Se è presente un reparto di Intermediate Care (IMC), è possibile trasferirvi anche un paziente ancora in pericolo di vita, se è garantito che, in caso di necessità, potrà essere immediatamente riammesso in terapia intensiva. In caso di scarsità delle risorse, il trasferimento di un paziente non più in pericolo di vita diretto, ma potenzialmente ancora a rischio, è giustificato se viene garantito il monitoraggio necessario anche nel nuovo reparto (ad es. telemetria, presenza di personale abbastanza numeroso con elevata competenza).

Per il ricovero ripetuto di pazienti provenienti da reparti IMC, reparti ospedalieri o pronto soccorso valgono gli stessi criteri applicati per il soggiorno primario in terapia intensiva. Il fatto che il paziente sia già stato trattato in terapia intensiva non significa a priori che debba esservi nuovamente ricoverato.

In caso di pazienti per i quali, al momento del trasferimento dal reparto di terapia intensiva a un altro reparto ospedaliero, si può prevedere che non potranno più trarre vantaggio da una nuova terapia intensiva (ad es. BPCO molto grave, insufficienza d'organo irreversibile, multimorbilità grave, severi danni neurologici, demenza avanzata e così via) è opportuno escludere una riammissione nel reparto di terapia intensiva già all'atto del trasferimento. Se dovessero manifestarsi nuovi elementi, occorre riverificare questa decisione e confrontarsi sulla possibilità di un nuovo ricovero del paziente.

9.3. Scarsità delle risorse e triage

Quando le risorse non sono più sufficienti per garantire un trattamento ottimale a tutti i pazienti, diventa indispensabile razionarle. Tali decisioni devono essere prese sulla base di principi etici e i criteri applicati devono essere motivati e resi trasparenti. In caso di scarsità assoluta di risorse, come può avvenire nel corso di una pandemia, hanno la massima priorità i pazienti la cui prognosi è buona con il trattamento intensivo e sfavorevole senza di esso.

Complicanze e mortalità nei reparti di terapia intensiva calano di pari passo con il numero dei pazienti ricoverati (numero di casi) e aumentano in parallelo allo sfruttamento medio dei letti. Se quest'ultimo supera l'80% della capacità massima, non è più possibile garantire ininterrottamente l'accoglienza in reparto o il trasferimento sicuro dei pazienti, il che conduce a un aumento del tasso di ricoveri ripetuti e a una mortalità più elevata.³⁰ In considerazione del fatto che molti reparti di terapia intensiva lavorano prevalentemente a pieno regime, con un grado di utilizzo delle risorse disponibili frequentemente vicino al limite massimo, è necessario verificare tutte le possibilità (rinvio di interventi chirurgici di elezione, trasferimento in un altro reparto di terapia intensiva o trasferimento anticipato in un altro reparto dell'ospedale). Il trasferimento anticipato può comportare complicanze per il paziente se, al di fuori del reparto di terapia intensiva, le necessarie misure di sostegno sono assicurate in maniera insufficiente,

30 Cfr. Bagust A, Place M, Posnet JW. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *BMJ*. 1999; 319: 155–158; cfr. Iapichino G, Gattinoni L, Radrizzani D, Simini B, Bertolini G, Ferla L et al. Volume of activity and occupancy rate in intensive care units. Association with mortality. *Intensive Care Med*. 2004; 30: 290–297.

sia dal punto di vista del personale che dei materiali. Per evitare rischi di questo tipo, è necessario in primo luogo cercare di impiegare personale supplementare, in modo da garantire almeno un'assistenza che copra tutti i posti letto disponibili. Occorre inoltre cercare un letto in reparti di terapia intensiva diversi/esterni, trasferendo in prima istanza i pazienti con buone prospettive di ripresa e, al contempo, offrire la possibilità di riammetterli in reparto qualora il decorso dovesse protrarsi. Se questi provvedimenti non risolvono il problema e la scarsità di risorse si aggrava, diventa indispensabile razionare i trattamenti tesi a mantenere in vita i pazienti. A tale scopo occorre cercare in primo luogo di ridurre le risorse di personale e materiali fino allo standard qualitativo minimo accettabile per tutti i pazienti. Solo se nemmeno questa misura risulta sufficiente si procederà a un razionamento delle cure intensive in senso stretto. Per far ciò, è necessario un triage³¹ equo.

Se in situazioni di catastrofe, come ad es. in caso di pandemia, non è più possibile trattare in medicina intensiva tutti i pazienti, occorre accertarsi che il triage avvenga secondo principi etici.³² I criteri applicati devono essere motivati in modo oggettivo ed essere trasparenti. Vanno adottati senza discriminazioni (ad es. in base a età, sesso, Cantone di residenza, nazionalità, confessione religiosa, condizioni sociali e assicurative o disabilità cronica) con una procedura imparziale, che deve avvenire sotto la direzione di persone affidabili ed esperte, tenute a rendere conto del proprio operato, in grado di adeguare la procedura di triage alle esigenze poste dalla situazione di emergenza.

In una situazione di catastrofe, hanno priorità assoluta i pazienti la cui prognosi è buona con trattamento intensivo, ma sfavorevole senza di esso. I pazienti che in circostanze normali sono monitorati nel reparto di terapia intensiva, ma che possono essere trattati anche in un altro reparto senza che la loro prognosi peggiori seriamente, non vengono ammessi in reparto in caso di razionamento. I pazienti con prognosi sfavorevole, per i quali normalmente sarebbe indicata una terapia intensiva a tempo determinato, nelle situazioni di catastrofe vengono trattati al di fuori del reparto di terapia intensiva. Per la valutazione della prognosi in questo contesto sono determinanti le probabilità di sopravvivenza a breve termine al trattamento intensivo come tale e l'eventuale presenza di comorbidità con prognosi infausta a breve termine, ma non l'aspettativa di vita a medio o più lungo termine.

31 Triage, nel linguaggio della moderna medicina d'urgenza, significa in primo luogo semplicemente lo smistamento dei nuovi pazienti nei percorsi terapeutici che garantiscono al contempo le migliori possibilità di cura al singolo e uno sfruttamento ottimale delle risorse complessivamente disponibili. Se tali risorse non sono più sufficienti per offrire le possibilità di recupero ai singoli pazienti, il triage serve a gestire il razionamento. In tali casi le decisioni prese nel triage possono riguardare direttamente la vita e la morte, nel senso originario della medicina di guerra.

32 Cfr. Frey B, Berger C, Kind C, Vaudaux B. Triageempfehlungen für Aufnahme und Verbleib von Kindern auf der Intensivstation bei Influenza-Pandemie. Schweiz. Ärztezeitung. 2010; 91: 18.

Particolarmente difficoltose in queste situazioni di estrema scarsità di risorse sono le decisioni circa l'interruzione di una terapia intensiva. La sospensione dei provvedimenti tesi a mantenere in vita il paziente non può essere motivata con una generale scarsità di risorse, neppure in caso di catastrofe.

Durante e dopo queste fasi di sovraccarico estremo rivestono molta importanza la supervisione e l'assistenza al personale curante (cfr. cap. 11.).

10. Situazioni conflittuali

In situazioni conflittuali con i congiunti di un paziente è bene svolgere colloqui ripetuti; può essere opportuno indicare loro la possibilità di richiedere un secondo parere o di far trasferire il paziente in un altro ospedale. In caso di divergenze di opinione circa l'indicazione di un provvedimento di medicina intensiva fra il team incaricato della cura e dell'assistenza, o con i medici invianti, il medico intensivista competente è responsabile della decisione finale; un supporto etico può facilitare la condivisione della decisione da parte di tutte le figure coinvolte.

Le situazioni in cui i congiunti o anche i medici richiedono provvedimenti di terapia intensiva non compatibili con gli obiettivi della medicina intensiva (cfr. cap. 4.) rappresentano un problema di non facile soluzione per il team incaricato della cura e dell'assistenza. Non esiste alcun diritto di pretendere la somministrazione di terapie non indicate in quanto inefficaci o senza prospettive (cfr. cap. 5.4.).

Se non si riesce a convincere le persone con diritto di rappresentanza e i congiunti del fatto che il provvedimento di medicina intensiva da essi richiesto non può consentire di raggiungere l'obiettivo di un ritorno a un ambiente di vita adeguato, è necessario lasciar loro del tempo. La decisione deve essere motivata nel corso di colloqui ripetuti. Può essere utile anche menzionare la possibilità di richiedere un secondo parere e proporre il trasferimento del paziente in un altro ospedale. Se alla difficoltà di accettare la decisione medica contribuiscono le convinzioni religiose della persona con diritto di rappresentanza o dei congiunti, può essere utile coinvolgere un ministro della loro comunità religiosa che li sostenga.

Se il conflitto si presenta perché le persone con diritto di rappresentanza hanno pareri diversi, occorre coinvolgere l'autorità di protezione degli adulti. Ciò vale anche nelle situazioni in cui si evidenzia che gli interessi del paziente sono in pericolo o non più garantiti, ad esempio quando il medico non rispetta le direttive anticipate o quando la persona con diritto di rappresentanza difende i propri interessi e non tiene conto della volontà del paziente incapace di discernimento.

In caso il medico inviante e il medico intensivista responsabile non concordino sull'indicazione di un provvedimento di medicina intensiva, è necessario cercare un chiarimento o un accordo attraverso il contatto diretto. Se ciò non è possibile, il medico competente del reparto di medicina intensiva deve fungere da «gatekeeper» e assumersi la responsabilità.

Se il personale incaricato della cura e dell'assistenza non trova un accordo sull'indicazione di provvedimenti di medicina intensiva, occorre fare di tutto per raggiungere una condivisione della decisione. Le persone direttamente coinvolte nell'assistenza al paziente vanno interpellate e ascoltate nell'ambito di questo processo. Può essere utile richiedere un sostegno etico.³³ È inoltre importante che gli interessati non risolvano il conflitto in presenza dei congiunti.

11. Sostegno al team incaricato della cura e dell'assistenza

Il team incaricato della cura e dell'assistenza deve avere la possibilità di elaborare le situazioni gravose nell'ambito di incontri retrospettivi di debriefing.

Infermieri e medici dei reparti di terapia intensiva sono esposti quotidianamente a situazioni gravose dal punto di vista psichico, quali in particolare l'interruzione dei provvedimenti tesi a mantenere in vita il paziente nelle situazioni senza prospettive, o l'assistenza ai potenziali donatori di organi. Il vissuto personale, il modo di gestire queste situazioni e la capacità di superarle sono diversi da persona a persona. Alcuni studi dimostrano che fra i medici e gli infermieri che lavorano in medicina intensiva non sono rari i sintomi di esaurimento psichico.³⁴ La fatica è ulteriormente aggravata dalla carenza di personale qualificato. Per questi motivi devono essere disponibili misure di supporto, quali ad es. incontri retrospettivi di debriefing, supervisione o misure per superare lo stress.

33 Cfr. «Supporto etico in medicina». Raccomandazioni dell'ASSM.

34 Cfr. Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B; STRESI+ Group. Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011; 184: 1140–6.

III. RACCOMANDAZIONI

Le seguenti raccomandazioni sono rivolte a destinatari diversi e hanno lo scopo di sostenere l'attuazione delle presenti direttive.

Ai medici che trattano pazienti fragili e affetti da varie patologie nonché pazienti in grave pericolo in attesa di un intervento

- Occorre discutere in anticipo con il paziente circa la procedura che può essere adottata in caso di futuro aggravamento acuto delle condizioni e indicare espressamente quanto concordato in un piano di trattamento e/o in direttive anticipate, specificando non solo i desideri del paziente per quanto attiene alla rianimazione, ma anche l'entità di una eventuale terapia intensiva.
- Nel colloquio informativo sugli interventi chirurgici e sui trattamenti interventistici o farmacologici programmati che comportano rischi elevati, occorre illustrare anche i benefici, i rischi e i disagi connessi a un (eventuale) successivo trattamento di medicina intensiva, cosicché il paziente, se lo desidera, si possa esprimere già in questo momento circa l'entità della terapia auspicata.

Ai responsabili dei reparti di terapia intensiva

- Garantire l'assistenza al personale durante e dopo le situazioni particolarmente gravose, e in particolare offrire supervisione.
- Promuovere la formazione di base, postgraduata e continua in etica medica e conduzione del colloquio.
- Formare reti fra reparti di terapia intensiva vicini per facilitare il trasferimento dei pazienti (compresi i potenziali donatori di organi) in caso di scarsità di posti letto.
- Elaborare uno scenario di incremento e riduzione delle risorse per le situazioni di estrema scarsità di posti letto. Lo scenario deve descrivere anche come procedere qualora si renda necessario attivare un triage di razionamento.

Alle direzioni degli ospedali

- Creare un'offerta sufficiente nell'ambito delle cure palliative in conformità agli standard nazionali, cosicché non risulti necessario ricoverare nel reparto di terapia intensiva i pazienti in fin di vita.
- Creare risorse sufficienti per poter trattare secondo gli standard previsti i pazienti che necessitano di una terapia intensiva e poter reagire in modo appropriato anche in situazioni di catastrofe.
- Garantire un trattamento intensivo adeguato dal punto di vista medico indipendentemente dagli incentivi tariffari.

Ai servizi di salvataggio

- Collaborare con i medici di famiglia o i servizi di emergenza dei medici di famiglia, in particolare coinvolgendoli quando i congiunti necessitano di sostegno perché il paziente è già deceduto, si prevede che una rianimazione risulterà inutile o, se efficace, saranno necessarie cure palliative in quanto il paziente è ormai terminale.
- Insegnare al personale non medico di salvataggio a prestare attenzione alle indicazioni da cui potrebbe risultare che la rianimazione non corrisponde alla volontà o all'interesse del paziente.

Alle direzioni sanitarie cantonali

- Garantire un'offerta di trattamento psichiatrico ospedaliero sufficiente con possibilità di ricovero in pronto soccorso, cosicché i pazienti pericolosi per sé o per gli altri, che non necessitano di trattamenti somatici, non debbano essere monitorati nel reparto di medicina intensiva.
- Misure per eliminare lo stato di emergenza sanitario attualmente sempre più grave nell'ambito delle cure intensive: rendere attraenti le condizioni di assunzione e di lavoro, numero sufficiente di posti di formazione e di lavoro.
- Creare e potenziare le cure palliative ambulatoriali integrandole nel sistema delle chiamate di emergenza.

Alle istituzioni di promozione della ricerca

- Sostenere la ricerca sui servizi sanitari e gli outcome in medicina intensiva.

Sistemi di scoring

L'appendice sui sistemi di scoring presenta esempi di punteggi oggi ampiamente diffusi nella medicina degli adulti, nonché punteggi pediatrici. È accessibile in tedesco sul sito www.samw.ch → Ethik e in francese su www.samw.ch/fr → Ethique.

Letteratura

American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion (ASCO).
The integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol.* 2012;30:880–7.

American Thoracic Society.
Fair allocation of intensive care unit resources. *Am J Resp Crit Care Med.* 1997;156:1282–301.

Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinová, Lafabrie A et al.
Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study.
Am J Resp Crit Care Med. 2009;180:853–60.

Bagust A, Place M, Posnet JW.
Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model.
BMJ. 1999;319:155–8.

Berger TM, Bernet V, El Alama S, Fauchère J-C, Hösli I, Irion O et al.
Perinatale Betreuung an der Grenze der Lebensfähigkeit zwischen 22 und 26 vollendeten Schwangerschaftswochen. *Schweiz Ärztzeitung.* 2012;93(4):97–100.

Bertolini G, Ripamont D, Cattaneo A, Sci C, Apolone G.
Pediatric risk of mortality: an assessment of its performance in a sample of 26 Italian intensive care units. *Crit Care Med.* 1998;26:1427–32.

Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD.
The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Crit Care Med.* 2001;29(2 suppl):N26–N33.

Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W.
The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;340:c1345.

Dullenkopf A, Rothen H.
What patients and relatives expect from an intensivist – the Swiss side of a European survey. *Swiss Med Weekly.* 2009;139:47–51.

Ferreira FL, Bora DP, Bross A, Mélot C, Vincent JL.
Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA.* 2001;286:1754–8.

Frey B, Berger C, Kind C, Vaudaux B.
Triageempfehlungen für Aufnahme und Verbleib von Kindern auf der Intensivstation bei Influenza-Pandemie. *Schweiz Ärztzeitung.* 2010;91:715–8.

Gemke RJ, Vught J.
Scoring systems in pediatric intensive care: PRISM III versus PIM. *Intensive Care Med.* 2002;28(2):204–7.

Iapichino G, Gattinoni L, Radrizzani D, Simini B, Bertolini G, Ferla L et al.
Volume of activity and occupancy rate in intensive care units. Association with mortality. *Intensive Care Med.* 2004;30:290–7.

Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, Zimmerman JE, Bergner M, Bastos PG et al.
The APACHE III prognostic system. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest.* 1991;100:1619–36.

Krones T, Biller Andorno N.
Ethik der Intensivmedizin. In: Stöcker R, Neuhäuser C, Raters ML. *Handbuch der angewandten Ethik.* Stuttgart: Metzler; 2011:453–8.

Krones T, Monteverde S.
Medical Futility from the Swiss perspective. In: Bagheri A (Hrsg.). *Medical Futility: A cross-national study.* London: Imperial College Press; forthcoming 2013.

Lacroix J, Cotting J for the Pediatric Acute Lung Injury and Sepsis Investigators (PALISI) Network.
Severity of illness and organ dysfunction scoring in children. *Pediatr Crit Care Med.* 2005;6(3 suppl):S126–34.

Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C et al.
A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 2007;356:469–78.

Le Gall JL, Lemeshow S, Saulnier F.
A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA.* 1993;270:2957–63.

McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA, Treece PD, Shannon SE, Rubenfeld GD et al.
Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: Increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Crit Care Med.* 2004;32:1484–8.

Mealer ML, Berg B, Rothbaum B, Moss M.
Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175:693–7.

Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B; STRESI+ Group.
Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;184:1140–6.

Minne L, Ludikhuize J, de Jonge E, de Rooij S, Abu-Hanna A.
Prognostic models for predicting mortality in elderly ICU patients: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2011;37:1258–68.

Nguyen YL, Angus DC, Boumendil A, Guidet B.
The challenge of admitting the very elderly to intensive care. *Ann Intensive Care.* 2011;1:29.

Oeyen SG, Vandijck DM, Benoit DD, Annemans L, Decruyenaere JM.
Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. *Crit Care Med.* 2010;38:2386–400.

Parry G, Tucker J, Tarnow-Mordi W.
CRIB II: an update of the clinical risk index for babies score. *Lancet.* 2003;361:1789–91.

Pollack MM, Patel KM, Ruttimann UE.
PRISM III: an updated pediatric risk of mortality score. *Crit Care Med.* 1996;24:743–52.

Schneidermann LJ.
Effect of ethics consultation on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting. *JAMA.* 2003;290:1166–72.

Slater A, Shann F, Pearson G.

PIM2: a revised version of the Paediatric Index of Mortality. *Intensive Care Med.* 2003;29:278–85.

Sligl WI, Eurich DT, Marrie TJ, Majumdar SR.

Age still matters: prognosticating short- and long-term mortality for critically ill patients with pneumonia. *Crit Care Med.* 2010;38:2126–32.

Soliman HM, Vincent JL.

Prognostic value of admission serum lactate concentrations in intensive care unit patients. *Acta Clin Belg.* 2010;65:176–81.

Sprung CL, Ledoux D, Bulow HH, Lippert A, Wennberg E, Baras M et al.

Relieving suffering or intentionally hastening death. Where do you draw the line? *Crit Care Med.* 2008;36:8–13.

Sprung CL, Woodcock T, Sjøkvist P, Ricou B, Bulow HH, Lippert A et al.

Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS Study. *Intensive Care Med.* 2008;34:271–7.

Staudinger T, Stoiser B, Müllner M, Locker GJ, Laczika K, Knapp S et al.

Outcome and prognostic factors in critically ill cancer patients admitted to the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2000;28:1322–8.

Strech D, Hurst S, Danis M.

The role of ethics committees and ethics consultation in allocation decisions: a 4 stage process. *Med Care.* 2010;48:821–6.

Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA et al.

Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010;363:733–42.

Tibby SM, Holton F, Durward A, Murdoch IA.

Is paediatric index of mortality 2 already out of date? *Crit Care.* 2004;8(suppl 1):P329.

Truog RD.

Is it always wrong to perform futile CPR? *N Engl J Med.* 2010;362:477–9.

Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H et al.

The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* 1996;22:707–10.

Wunsch H, Guerra C, Barnato AE, Angus DC, Li G, Linde-Zwirble WT.

Three-year outcomes for medicare beneficiaries who survive intensive care. *JAMA.* 2010;303:849–56.

Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC et al.

Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. *Arch Intern Med.* 2009;169:480–8.

Note sull'elaborazione delle presenti direttive

Mandato

In data 12 febbraio 2010 la Commissione centrale di etica dell'ASSM ha incaricato una sottocommissione di elaborare una revisione delle direttive «Grenzfragen der Intensivmedizin» dell'anno 1999.

Sottocommissione responsabile

Prof. Reto Stocker, Zurigo, Presidente
Prof. Michel Berner, Ginevra
Dr. Isabelle Binet, San Gallo
Dr. Ulrich Bürgi, Aarau
Prof. Johannes Fischer, Zurigo
Valérie Gardaz, Ginevra
Dr. Daniel Grob, Zurigo
Ursula Hager, MAE, Zurigo
Dr. Christian Kätterer, Basilea
Prof. Christian Kind, Presidente CCE, San Gallo
Prof. Bara Ricou, Ginevra
lic. iur. Michelle Salathé, MAE, ASSM, Basilea
PD Dr. Stefan Wildi, Zurigo

Esperti interpellati

Prof. Bernhard Frey, Zurigo
Prof. Paul Hoff, Zurigo
PD Dr. Tanja Krones, Zurigo
Prof. Daniel Scheidegger, Basilea
PD Dr. Martin Siegemund, Baden
Prof. Andreas Stuck, Berna
Dr. Philipp Weiss, Basilea
Dr. Regula Zürcher-Zenklusen, Neuenburg

Consultazione

In data 29 novembre 2012 il Senato dell'ASSM ha posto in consultazione una prima versione delle presenti direttive.

Approvazione

La versione definitiva delle presenti direttive è stata approvata dal Senato dell'ASSM in data 28 maggio 2013.

