

Strategie perioperatorie: presa in carico dell'anziano con gravi comorbidità e fase avanzata di malattia con patologia chirurgica acuta

Condivisione SIAARTI-SIC

Autori SIAARTI

Elvio De Blasio, Azienda Ospedaliera G. Rummo, Benevento
Angelo Raffaele De Gaudio, Università degli Studi di Firenze
Flavia Petrini, Università degli Studi G. D'Annunzio Chieti-Pescara
Luigi Riccioni, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma

Autori SIC

Alfredo Anzani, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano
Nicola Carlomagno, Chirurgia Generale - AOU Federico II[^] Napoli
Andrea Renda, Chirurgia Generale -AOU Federico II[^] Napoli
Paolo Rigotti, UOC Chirurgia dei Trapianti di Rene e Pancreas, Azienda Ospedale-Università di Padova
Giorgio Rossi, Università degli Studi di Milano Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico



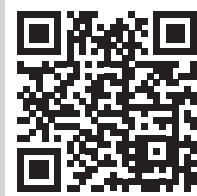
- 1 INTRODUZIONE
- 2 METODOLOGIA
- 3 STATEMENT FINALI
- 4 CRITICITÀ
- 5 CONCLUSIONI
- 6 RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI



SIAARTI
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

**BUONE
PRATICHE
CLINICHE**

Il presente documento è disponibile per il download e la stampa all'indirizzo www.siaarti.it/standardclinici



Versione

Strategie perioperatorie: presa in carico dell'anziano con gravi comorbidità e fase avanzata di malattia con patologia chirurgica acuta - versione 01
Pubblicato il 28.02.2019

I progressi della medicina peri-operatoria e il miglioramento delle tecniche chirurgiche hanno rivoluzionato la storia naturale delle malattie modificandone favorevolmente la prognosi e aumentando la spettanza di vita.

Per ottenere questi risultati tuttavia, la medicina moderna si è dovuta concentrare sulla fisiopatologia dei singoli organi, quindi sulla malattia, pagando un prezzo in termini di attenzione dedicata alla persona malata nella sua interezza.

Di conseguenza anche gli interventi chirurgici e i trattamenti intensivi rischiano di diventare il risultato automatico di una diagnosi invece che l'esito di una decisione consapevole, frutto di una discussione approfondita tra i curanti e il paziente, che tenga conto delle sue convinzioni, preferenze e aspettative in coerenza con il principio etico di libertà-responsabilità.

L'aumento della spettanza di vita ha peraltro comportato un invecchiamento della popolazione e quindi un aumento delle patologie cronico-degenerative.

Così, sempre più spesso vengono sottoposti a trattamenti invasivi pazienti anziani, fragili con ridotta capacità funzionale⁽¹⁾, senza la prospettiva offerta all'individuo nella sua globalità, considerando benefici attesi, rischi e qualità di vita residua offerta, con il risultato paradossale di lasciare in vita il soggetto, ma con un tale deterioramento funzionale che, in ultima analisi, non si differenzia da un prolungamento del processo del morire.

Al riguardo, sulla base di un crescente corpo di evidenze scientifiche, da alcuni anni si è sviluppato tra i professionisti sanitari un dibattito centrato sull'opportunità di considerare la semplice sopravvivenza come unico endpoint primario, senza tener conto di altri endpoint rilevanti come la qualità della vita dopo i trattamenti. Rispondere a questa esigenza è doveroso perché tutelare la vita proponendo trattamenti che di fatto non aggiungono chances di miglioramento alla prognosi *quoad valetudinem*, significa prolungare la sopravvivenza del paziente al prezzo di una qualità di vita che, se a lui nota, egli per primo avrebbe considerato inaccettabile⁽²⁻³⁾.

D'altra parte, in un'era di contenimento della spesa sanitaria, sono i clinici a doversi assumere la responsabilità di allocare le risorse disponibili secondo un criterio di giustizia distributiva, assicurando che i costi dei trattamenti siano proporzionati all'attesa di esiti realmente migliorativi dello stato di salute e della qualità della vita.

Nel mondo occidentale già da alcuni anni sono stati creati dei percorsi clinico-assistenziali per i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative basati sulla consapevolezza che nella fase terminale di queste malattie trattamenti finalizzati al mero prolungamento della vita sono inutili o addirittura dannosi, e debbano pertanto essere sostituiti da una adeguata strategia palliativa, nel rispetto dei principi di **beneficenza e non maleficenza**⁽⁴⁻⁵⁾.

Il percorso chirurgico è stato finora coinvolto marginalmente in questo processo innovativo, probabilmente perché lo specialista chirurgo tende a valutare la potenziale futilità dell'intervento in relazione alle possibilità o meno di successo della tecnica, delegando ad altre figure professionali la gestione delle comorbidità che finiscono per condizionare la prognosi.

La netta demarcazione tra il campo decisionale del chirurgo e quello degli altri medici -anestesista-rianimatore in particolare - rischia di esitare in una valutazione non realistica dei veri bisogni del paziente, che in molte situazioni, come nell'urgenza e nell'età avanzata, non ha il tempo o gli strumenti

per esprimere un consenso consapevole.

La letteratura specialistica è ancora carente nel fornire evidenze sufficienti ad emettere raccomandazioni forti e contestualizzate al Sistema Sanitario Nazionale, sulla condotta che il team chirurgico-anestesiologico può offrire alla persona afflitta da una o più patologie cronico-degenerative in fase avanzata e sui criteri di riferimento per la valutazione della futilità di un eventuale intervento chirurgico, soprattutto quando la patologia intercorrente impone una scelta tempestiva e mette in discussione la necessità di cure intensive ma difficilmente risolutive.

Il presente documento, nato dalla collaborazione di due Società Scientifiche – SIAARTI e SIC – si propone di colmare questa mancanza esprimendo posizioni condivise che potranno guidare gli operatori in situazioni critiche.

Questo documento di consenso sulle opzioni di trattamento dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative in fase end-stage e concomitante patologia suscettibile di trattamento chirurgico in urgenza, è condiviso dalla **Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)** e dalla **Società Italiana di Chirurgia (SIC)**.

Gli estensori del documento, riuniti nell'arco del biennio sociale 2016-2018 su invito del Gruppo di Studio Bioetica della SIAARTI, provengono da diverse realtà ospedaliere e universitarie italiane nel tentativo di garantire la massima omogeneità di approccio culturale e metodologico al tema.

Il Gruppo di Lavoro (GdL) ha individuato i seguenti obiettivi generali da sviluppare nel presente documento:

- > identificare i criteri clinici e di valutazione globale disponibili in letteratura, utili a individuare i pazienti con patologia cronico-degenerativa in fase end-stage suscettibili di trattamento chirurgico in urgenza per una patologia intercorrente e a consentire scelte appropriate di cura
- > fornire un contributo alla rimodulazione dei percorsi clinici e assistenziali per questi pazienti;
- > fornire un supporto agli operatori per coinvolgere i familiari nelle decisioni terapeutiche;
- > fornire una definizione dei criteri etici che ispirano le scelte terapeutiche

La metodologia di lavoro scelta non è quella della revisione sistematica formale, ma quella della **Conferenza di Consenso** in considerazione della difficoltà di tradurre in rigida evidenza scientifica la materia trattata, a causa della scarsissima produzione di studi controllati. Di conseguenza si è ritenuto opportuno classificare il documento non come raccomandazioni o linee-guida ma come documento di consenso che esprime l'opinione degli estensori. Questi, ciascuno per la propria area di attività, hanno raccolto ed esaminato il materiale scientifico, le prove disponibili (Medline, nel periodo 2005-2015) e le personali esperienze, preparando una prima bozza di documento.

Sono stati individuati dei revisori esterni al GdL nell'ambito delle due discipline che hanno concorso alla stesura del documento. I revisori esterni hanno avuto il compito di operare il processo di peer reviewing del testo e i loro commenti sono stati raccolti, discussi dal GdL e inseriti nel documento che è stato successivamente inviato alle singole società scientifiche per la valutazione finale e per la loro approvazione.

Questo testo conclusivo rappresenta, quindi, il comune denominatore condiviso da SIAARTI e SIC per iniziare a condividere strategie con tutti gli attori coinvolti nel percorso terapeutico: è pertanto rivolto in primis a Chirurghi ed Anestesisti Rianimatori che gestiranno le scelte, ma è anche la premessa per coinvolgere tutto il personale sanitario che partecipa attivamente al team di cura, oltre che le associazioni di malati.

Considerazione preliminari

Una mole crescente di osservazioni mostra che nel paziente anziano con plurime comorbidità gli interventi chirurgici anche quando seguiti dal ricovero in Terapia Intensiva (TI) non hanno per lo più una buona prognosi, rivelandosi perciò futili⁽⁶⁾.

Nella pratica medica e chirurgica sono definiti “futili” gli interventi che verosimilmente non sono in grado di portare alcun beneficio significativo al paziente, rivelandosi clinicamente **inappropriati e eticamente sproporzionati**⁽⁷⁾.

In definitiva si possono ritenere futili le procedure che non sono in grado di aumentare il benessere del paziente, come definito dal paziente stesso e dai suoi familiari. **Non sono futili** solo i trattamenti potenzialmente in grado di **aumentare la qualità della vita e prolungarne la durata**⁽⁸⁾, di conseguenza tutti i trattamenti – a maggior ragione quelli chirurgici per la loro invasività – sono eticamente ammissibili solo se appropriati e proporzionati.

La valutazione dell’appropriatezza di un intervento chirurgico, se cioè esso sia indicato per una determinata patologia, richiede competenze tecniche specifiche la cui indicazione e valutazione è pertanto in carico al chirurgo. La proporzionalità della cura offerta tuttavia, deve assolutamente essere valutata con il paziente in quanto legata agli **individuali connotati culturali e psicologici della persona malata**.

È prassi consolidata che il **consenso informato** da parte del paziente venga acquisito separatamente dal chirurgo e dall’anestesista-rianimatore, di solito in due fasi distinte. Questa consuetudine operativa è generalmente considerata accettabile in virtù della eterogeneità delle informazioni che il paziente deve ricevere dai due specialisti, nonché dalla discrepanza, talora rilevante, tra i rischi delle tecniche offerte; il percorso perioperatorio tuttavia non può essere che valutato con una prospettiva che vada al di là delle tecniche e deve considerare anche le alternative.

Nel caso di un paziente fragile con gravi comorbidità, il chirurgo valuta abitualmente la futilità limitatamente alla possibilità di risolvere con l’intervento uno specifico problema mentre il giudizio di inoperabilità è troppo spesso legato alla prognosi della sola patologia chirurgica. All’anestesista-rianimatore è invece demandata totalmente la valutazione del rischio perioperatorio e dell’eventuale inoperabilità in relazione alle patologie sistemiche e allo stato generale del paziente che metta in serio dubbio la capacità di recupero funzionale postoperatorio.

Questo approccio, pur tenendo conto del fatto che le attuali tecniche anestesiológicas, incluse le eventuali cure intensive, sono in grado di garantire la sopravvivenza durante l’intervento e nel post-operatorio anche in caso di fragilità estrema, espone questi pazienti alla prospettiva di essere mantenuti in vita artificialmente, destinandoli o a divenire cronicamente critici⁽⁹⁾ cioè dipendenti da uno o più supporti vitali, o a morire per l’esaurimento delle già esigue riserve funzionali compromesse dallo stress chirurgico.

In questo senso, il concetto tradizionale di inoperabilità dovrebbe essere sostituito da quello di **futilità dell’intervento** in quanto **clinicamente inappropriato e eticamente sproporzionato**, basato quindi su una valutazione della persona malata molto più approfondita che non sulla mera capacità di un corpo umano di sopravvivere ad un trattamento invasivo.

L’antica frase “il paziente non uscirebbe vivo dalla sala operatoria” nel contesto attuale dovrebbe essere rivisitata in chiave moderna in: “Il paziente sopravviverà ma non sarà svezzabile dai supporti vitali”⁽¹⁰⁾.

Nelle insufficienze croniche di organo in fase terminale ⁽¹¹⁾ la intercorrente patologia potenzialmente suscettibile di trattamento chirurgico rappresenta spesso una conseguenza almeno indiretta (p.e. sindrome da allettamento) della terminalità della patologia di base e pertanto non può essere considerata alla stregua di una analoga situazione nel paziente in buona salute. Ne consegue che la patologia chirurgica deve essere valutata alla luce delle condizioni generali e della prognosi quoad valetudinem.

Nei casi in cui l'opzione chirurgica sia perseguibile, non si deve dare per scontato che non si possa comunque preferire una strategia conservativa. Infatti, tenendo conto della prognosi comunque negativa della malattia coesistente e della scarsa qualità di vita correlata, i costi che la persona malata dovrebbe sopportare in termini di sofferenze fisiche e psicologiche legate all'intervento potrebbero apparire sproporzionati alla luce di un'attenta valutazione del rapporto oneri/benefici. Sarebbe pertanto insensato intervenire chirurgicamente per cercare di risolvere uno specifico problema indipendentemente dalla prognosi complessiva.

Quando la particolare fragilità, il numero e/o l'entità delle comorbilità o la criticità pongono il dubbio della futilità dell'intervento chirurgico, **soprattutto in caso di urgenza** è indispensabile che la valutazione del paziente, la sua informazione e la discussione sul percorso da seguire **siano affrontate collegialmente** con l'obiettivo di una decisione condivisa dalla persona malata, insieme al chirurgo ed all'anestesista-rianimatore.

Pur considerando l'universale accordo sui principi etici che devono guidare ogni decisione clinica (**autonomia, beneficenza, non maleficenza, giustizia distributiva**) e sulle fondamentali qualità che devono connotare ogni intervento (**appropriatezza e proporzionalità**), rimane tuttavia spesso complesso trasferire tali principi alla quotidianità clinica.

In assenza di criteri clinici o indici prognostici tali da consentire una decisione automatica, il giudizio di futilità deve essere stabilito individualmente volta per volta attraverso una valutazione del paziente nella sua globalità.

Per un rapido screening dei pazienti con patologia acuta da indirizzare potenzialmente verso un percorso di cure palliative in considerazione di una grave comorbilità cronica coesistente in fase "end-stage", viene proposto un metodo in due step molto semplici ⁽¹²⁾ per individuare i pazienti per i quali sia indicata una **valutazione espressa collegialmente da chirurgo e anestesista-rianimatore**. Tale valutazione sarà effettuata nella prospettiva di una sintesi tra i parametri clinici più significativi in termini prognostici e la disamina delle componenti psicologico-culturali dell'individuo allo scopo di rispettarne l'autonomia decisionale.

Metodo “DUE STEP”

Ogni volta che il chirurgo, chiamato in consulenza (in Pronto Soccorso o in un reparto di degenza) per valutare l'eventuale indicazione a un intervento chirurgico urgente, ravveda nel paziente, oltre alla patologia oggetto di richiesta di valutazione, criticità sistemiche che possano far sospettare una fase end-stage di una o più comorbidità croniche, deve coinvolgere l'anestesista-rianimatore per procedere ad una valutazione collegiale (Commissione collegiale di valutazione) finalizzata a definire se il paziente può essere sottoposto al:

- trattamento chirurgico teoricamente appropriato alla patologia emergente,
- intervento di chirurgia palliativa,
- cure palliative senza intervento,

adoperandosi per realizzare il percorso clinico-organizzativo scelto.

I criteri di allarme, che comportano l'indicazione alla valutazione collegiale sono riportati in tabella 1 e Appendice A e devono essere presenti contemporaneamente:

Tab 1 CRITERI DI ALLARME	
Palliative Performance Scale (PPS - vedi APPENDICE A)	e almeno uno tra i seguenti criteri clinici generali:
Punteggio < 50%	più di un ricovero in ospedale negli ultimi 12 mesi
	ricovero in ospedale da altra istituzione sanitaria
	in attesa di ricovero in residenza sanitaria assistenziale o altra lungo-degenza o hospice
	inserito già in una rete di assistenza palliativa domiciliare
	dialisi
	ossigenoterapia domiciliare
	ventilazione meccanica non invasiva

Esempio: Il chirurgo chiamato in PS o in degenza ordinaria per valutare l'indicazione all'intervento in un paziente con quadro di occlusione intestinale apprende che il paziente è stato ricoverato nell'ultimo anno 3 volte per BPCO riacutizzata e da 3 mesi è in ossigenoterapia domiciliare e presenta un progressivo deterioramento della qualità di vita corrispondente a una PPS pari al 40%. In questo caso il chirurgo convoca l'anestesista-rianimatore, discute il caso con lui e successivamente con il paziente (o con i parenti se il paziente non è in grado di affrontare la discussione o non vuole) per arrivare ad una decisione condivisa sul percorso di cura appropriato da intraprendere (intervenire sì, no – se no, con quale tipo di assistenza medica - se sì con quale tipo di intervento e con quale programmazione di assistenza post-operatoria).

È raccomandabile che la *Commissione collegiale di valutazione* coinvolga anche gli altri sanitari in grado, per le specifiche competenze, di apportare un significativo contributo alla valutazione (medico di PS o di reparto, infermiere, medico specialista nella patologia d'organo cronica in questione, geriatra, MMG).

In figura 1 è riportato sinteticamente lo schema operativo



La decisione sul percorso di cura da seguire deve essere frutto di un'accurata riflessione sulle condizioni del paziente, tenendo conto oltre che dei parametri clinici specifici della patologia cronica, anche dei criteri clinici generali nonché degli aspetti culturali, sociali, psicologici e spirituali propri della persona malata. Non esistendo criteri universali per la valutazione della proporzionalità, il percorso di cura non può essere dedotto automaticamente da un algoritmo o dal valore numerico di uno o più indici prognostici ma deve essere basato su un'approfondita valutazione clinica e personalizzato in base alle convinzioni, le aspettative e le individuali esigenze del singolo paziente. Non si tratta pertanto di decidere solo se trattare o non trattare, ma anche a quale livello di intensità di cure sia opportuno ricorrere. È possibile, per esempio, stabilire di eseguire un intervento chirurgico ma astenersi da ulteriori trattamenti invasivi in caso di complicanze post-operatorie (ventilazione meccanica, tracheotomia, emodialisi o altri supporti vitali). Per effettuare in modo razionale, sistematico e sintetico la valutazione clinica collegiale, può essere utile considerare i criteri clinici specifici e i quesiti integrativi dei criteri clinici specifici e generali derivati da un consolidato corpo di evidenze scientifiche e riportati per comodità in **Appendice B** ⁽¹³⁾. Alla discussione deve ovviamente partecipare il paziente o, se incapace, i suoi familiari. È importante in questa fase far emergere le convinzioni, le aspettative, le preferenze e le volontà della persona malata.

Con particolare attenzione deve essere indagata l'esistenza di una pianificazione anticipata delle cure e/o di disposizioni anticipate di trattamento (Legge 22 dicembre 2017 – GU 16 gennaio 2018 n.12).

Fra i criteri di scelta per le terapie nei pazienti end-stage è importante, più che l'età anagrafica, la valutazione sulla qualità della vita residua stimata in rapporto a quella precedente l'eventuale intervento (es.: l'intervento può rendere più sopportabili i sintomi?) piuttosto che ricercare ad ogni prezzo un minimo prolungamento della vita, anche se spesso le due cose coincidono positivamente. In tale ottica, molte volte, può essere assai utile una stomia per un'occlusione intestinale, un drenaggio per un'ascite intrattabile, pur senza che tali procedure possano modificare sostanzialmente la prognosi *quoad vitam*.

Al termine della valutazione devono essere **rigorosamente registrate nella cartella clinica** le fasi e le modalità dell'attività della Commissione, specificando la collegialità della decisione e il percorso terapeutico stabilito (chirurgia, chirurgia palliativa, cure palliative). In particolare, in caso di limitazione dei trattamenti, devono emergere tutti i motivi che hanno portato a definire le scelte cliniche di trattamento nel rispetto del miglior interesse del paziente e nel rispetto della sua volontà.

È sempre necessario specificare chiaramente al paziente e/o ai familiari che l'astensione dall'intervento chirurgico non comporterà l'abbandono terapeutico.

Il team curante si impegnerà a **garantire la realizzazione del percorso di cure palliative concordato e rimarrà a disposizione (fornendo chiari recapiti di contatto) per fornire ulteriori spiegazioni in caso di dubbi sopraggiunti in fasi successive.**

Il metodo proposto nel presente documento è applicabile anche allorché al momento di giungere un paziente da candidare ad intervento in elezione che presenti i criteri d'allarme. In tal caso la valutazione, seppure procrastinabile e quindi eseguibile in tempi più lenti, avviene con le stesse modalità e finalità descritte per l'intervento chirurgico d'urgenza. In questo caso, data la dilatazione dei tempi del processo decisionale, potranno essere coinvolte ulteriori figure (consulente clinico, bioeticista esperto in etica clinica, palliativista, etc) a seconda delle abitudini e delle risorse del singolo ospedale.

L'intero team curante deve mettere particolare impegno nel cercare di perseguire l'unanimità nella decisione collegiale.

Nei casi in cui si presentino delle divergenze inconciliabili, è inevitabile che la responsabilità ultima della decisione ricada di volta in volta, a seconda della situazione, su uno degli attori coinvolti.

Nei casi in cui il paziente non sia in grado di esprimersi (dato che il paziente vigile e orientato rimane il legittimo detentore del potere decisionale) la figura cui compete la responsabilità ultima della decisione sarà il chirurgo per i pazienti ricoverati nel reparto di degenza e l'anestesista rianimatore per i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva.

La figura 2 riporta l'intero percorso clinico-assistenziale "2 step".

FIG. 2 | PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE "2STEP"

STEP 1

CONSULENZA CHIRURGICA

PUNTEGGIO < 50% DELLA PPS

STEP 2

ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI CLINICI GENERALI:

- > PIÙ DI UN RICOVERO IN OSPEDALE NEGLI ULTIMI 12 MESI
- > RICOVERO IN OSPEDALE DA ALTRA ISTITUZIONE SANITARIA
- > IN ATTESA DI RICOVERO IN RSA O LUOGO - DEGENZA O HOSPICE
- > DIALISI
- > OSSIGENO TERAPIA DOMICILIARE
- > VENTILAZIONE NON INVASIVA

CONSULENZA ANESTESIOLOGICA

COMMISSIONE COLLEGALE DI VALUTAZIONE

(CHIRURGO, ANESTESISTA - RIANIMATORE, SE POSSIBILE MEDICO DI PS O DI REPARTO, INFERMIERE, MEDICO SPECIALISTA NELLA PATOLOGIA)

CRITERI CLINICI SPECIFICI

ASPETTI SOCIALI, PSICOLOGICI, SPIRITUALI

VOLONTÀ DEL PAZIENTE

DECISIONE COLLEGALE

CHIRURGIA

CHIRURGIA PALLIATIVA

CURE PALLIATIVE

Strategie perioperatorie: presa in carico dell'anziano con gravi comorbidità e fase avanzata di malattia con patologia chirurgica acuta



SIAARTI
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER



Statement Finali di Buona Pratica Clinica

1. Il trattamento chirurgico è eticamente giustificato solo quando il bilancio tra benefici e costi umani è favorevole.
2. Mentre la valutazione dell'efficacia è di competenza del medico, la valutazione della futilità deve necessariamente essere condotta in collaborazione col paziente e/o i suoi familiari.
3. Le richieste di trattamenti che ai clinici appaiono futili non devono essere soddisfatte, ad eccezione di quelle compassionevoli (fornire trattamenti temporanei per prolungare la vita di un paziente affinché esigenze personali, religiose o spirituali possano essere soddisfatte) purché:
 - vi sia un'esplicita richiesta da parte del paziente o dei familiari
 - il trattamento non comporti oneri eccessivi
 - sia stabilito un programma con un preciso limite temporale
4. Oltre che sulla futilità dell'intervento, è opportuno che la discussione verta anche sugli obiettivi di cura (*goals of care*), tema che incoraggia la collaborazione e la condivisione del processo decisionale ⁽¹⁴⁾.
5. Al fine di evitare che la discussione sugli obiettivi di cura venga iniziata tardivamente (quando si sono già manifestate delle complicanze o addirittura in occasione di un tracollo delle condizioni del paziente) si suggerisce di discuterli con serenità nei seguenti momenti critici :
 - all'inizio della relazione medico-paziente
 - al momento di una nuova diagnosi
 - prima di iniziare un nuovo trattamento
 - ogni volta che il chirurgo percepisce una divergenza tra quelli che lui ritiene esiti possibili o ragionevoli e le aspettative irrealistiche del paziente e/o dei familiari
6. Qualsiasi decisione clinica ha un senso solo se intesa nel miglior interesse del malato. Se origina da altre motivazioni (paternalismo, conflittualità intra-équipe, difensivismo) non sarà mai la scelta adeguata.
7. Il consenso del paziente è essenziale e va acquisito, con la necessaria delicatezza e sensibilità, all'interno del rapporto medico-paziente. La famiglia va tenuta particolarmente presente nella dinamica decisionale, ricordando tuttavia che non si devono operare delle scelte contro la buona pratica clinica del chirurgo e dell'anestesista-rianimatore.
8. Quando il chirurgo deve prendere decisioni per un paziente che non ha speranza alcuna di guarigione ma che ha ancora una prospettiva di un tempo medio-breve di vita (mesi), deve cercare di offrirgli il trattamento a tre condizioni:
 - a) il trattamento deve fornire, se non una maggiore quantità di vita, almeno una qualità di vita residua più dignitosa rispetto a quella che il paziente avrebbe con la sola terapia del dolore o di supporto
 - b) le possibili complicanze prevedibili per il trattamento indicato devono avere un'incidenza contenuta e la loro conseguenza non deve essere potenzialmente ancora più invalidante del non intervento;
 - c) nella decisione del chirurgo, per una eventuale indicazione all'atto chirurgico, non deve mai entrare in gioco alcuna motivazione di tipo diverso.

9. Quando la morte è prevista a breve o brevissimo termine, l'unico compito deontologicamente ammissibile è quello di fornire tutte le terapie di supporto per lenire il dolore e rendere più tollerabile la morte anche se le terapie scelte dovessero anticipare il decesso (senza ovviamente procurarlo volontariamente).
-
10. Ogni componente la commissione collegiale di valutazione dovrebbe sempre considerare che la differenza non sta nel "fare" (cure attive) o "non fare" ma tra "fare" o "fare altro" (cure palliative).
-
11. L'autonomia del paziente deve essere sempre rispettata, per evitare approcci paternalistici ormai anacronistici non dando per scontato che il paziente accetti anche tutti i trattamenti post-operatori in caso di complicanze (surgical by-in). È importante che prima dell'intervento i chirurghi e i loro pazienti discutano chiaramente su cosa sperano di ottenere con l'intervento e sulla strategia da adottare nel caso in cui gli obiettivi non vengano raggiunti o intervengano complicanze.
-
12. In caso di disposizioni anticipate che includono l'ordine di non rianimare (DNR = do not resuscitate)⁽¹⁷⁾, i pazienti ed i curanti dovrebbero ridiscutere le disposizioni relative al DNR prima della chirurgia quando possibile⁽¹⁸⁾, giungendo ove possibile a una sospensione transitoria del DNR e stabilendo in anticipo in quale situazione o dopo quanto tempo ripristinarlo.

Statement etici che hanno ispirato Il documento

- 1) È doveroso, nel prendersi cura del malato, rispettare la sua volontà.
- 2) Le decisioni si basano sulla prognosi e sulle volontà attuali o pregresse del malato e includono il malato, la famiglia e il team curante in un processo condiviso di pianificazione anticipata delle cure.
- 3) La pianificazione anticipata delle cure dovrà tener conto dei principi di autodeterminazione, beneficenza/non maleficenza e giustizia; quest'ultima va intesa non solo verso il singolo ma anche verso la collettività in termini di una corretta allocazione delle risorse.
- 4) È doveroso non prolungare il processo del morire.
- 5) La limitazione delle cure va motivata e documentata in cartella.
- 6) Un trattamento è futile quando sproporzionato per eccesso. La valutazione di futilità deve essere specifica per ogni singolo malato in un dato contesto clinico, confrontando la qualità di vita presumibilmente raggiungibile dal trattamento e quella ritenuta accettabile dal malato.
- 7) In termini di giustizia distributiva è eticamente doveroso e scientificamente appropriato cercare costantemente la migliore allocazione delle risorse disponibili.

È importante sottolineare che se ancora oggi il medico responsabile della decisione finale è comunque ed inevitabilmente solo nella misura in cui ogni decisione clinica è caratteristica di una ed una sola persona, non lo sarà più se i professionisti sanitari saranno davvero in grado di lavorare in équipe facendo scaturire la decisione finale da una valutazione collegiale.

Sebbene nel documento sia enfatizzata l'importanza della condivisione del percorso tra i curanti, il paziente e i suoi cari, è tuttavia prevedibile che non sempre si possa riuscire a raggiungere un consenso unanime. Naturalmente deve sempre essere rispettata la volontà della persona cosciente e orientata, mentre il problema diventa estremamente rilevante in caso di paziente incapace.

In letteratura si è sviluppato da molti anni un dibattito su questo tema senza che si sia riusciti a raggiungere un consenso sulla figura cui dovrebbe essere affidata la decisione finale sulla procedura chirurgica proposta. L'approccio a questo dilemma deve sempre realizzarsi sulla base dei principi etici di autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia ⁽¹⁹⁾.

In questo genere di conflitti un sistema sovente raccomandato per la riconciliazione è il ricorso ad appropriati consulenti e l'ipotesi di acquisire quando possibile un secondo parere prima di affidare il caso alla revisione istituzionale può rappresentare una soluzione ⁽²⁰⁾.

Il ricorso al consulente esterno può essere particolarmente efficace perché, intervenendo nella discussione senza lo stesso coinvolgimento emozionale dei curanti che può condizionare il processo decisionale, riesce più agevolmente a ricomporre i contenziosi. In aggiunta ad un medico esterno che possa affrontare il caso sotto una nuova prospettiva, possono considerarsi come risorse utili anche l'assistente sociale, il cappellano, i rappresentanti del paziente, i consulenti di bioetica e i comitati etici.

Di fronte alla insistente richiesta di intervento chirurgico futile da parte del paziente e/o i suoi cari, spesso il cambio dell'interlocutore (un altro chirurgo e/o un altro anestesista) rappresenta un aiuto prezioso per migliorare l'efficacia della comunicazione.

In caso di ulteriore insistenza è stata proposta una serie di possibili soluzioni ⁽²¹⁾:

- rifiutare la richiesta come inappropriata
- trasferire la richiesta al comitato etico dell'ospedale
- indirizzare paziente e familiari da un altro chirurgo
- coinvolgere il Risk Management nella discussione con il paziente e la sua famiglia

Nella realtà italiana, il coinvolgimento di consulenti esterni, (bioeticisti, comitati etici) sembra una soluzione applicabile limitatamente ai casi di pazienti candidati ad interventi di elezione.

In urgenza, invece, queste risorse nella maggior parte degli ospedali non sono prontamente e costantemente fruibili per cui è raccomandabile per ogni ente la pianificazione di percorsi per le decisioni in urgenza basati su protocolli contestualizzati in base alle risorse disponibili.

Un gruppo di esperti addizionale che può giocare un ruolo estremamente utile in queste situazioni è il team di cure palliative ⁽²²⁾.

Possono essere considerati come fattori utili per identificare i pazienti che potrebbero beneficiare del servizio di cure palliative:

- 1) la richiesta del paziente e/o dei familiari
- 2) la futilità secondo il giudizio dei curanti
- 3) il disaccordo dei familiari con il team medico, sulle disposizioni anticipate o tra di loro per una durata > 7 giorni
- 4) la morte attesa durante il ricovero
- 5) il ricovero > un mese

Evitare i trattamenti futili costituisce un dovere non solo nei confronti del paziente, ma anche della società.

Non a caso la corretta allocazione delle risorse disponibili rappresenta uno dei 4 principi etici fondamentali (giustizia distributiva). Tuttavia bisogna fare sempre attenzione che questo principio non diventi prevalente sugli altri 3 (autonomia, beneficenza, non maleficenza). Infatti uno dei motivi della diffidenza nei confronti delle discussioni sulla futilità è l'assunto implicito che esse rappresentino uno stratagemma finalizzato al taglio della spesa e al razionamento⁽²³⁾.

I pazienti con patologie cronic-degenerative in fase end stage affetti da patologie chirurgiche intercorrenti e per i quali l'intervento chirurgico appare futile ai clinici, possono beneficiare di un approccio palliativo anziché aggressivo atto a garantire: il controllo della sofferenza, il miglioramento della qualità dell'ultima parte della loro vita e della qualità della loro morte, il sostegno al lutto per i congiunti che sperimentano, nel contesto di una pianificazione delle cure, una significativa riduzione dell'incidenza del disturbo post-traumatico da stress.

Il percorso clinico-assistenziale "due step" proposto nel presente documento prende quindi in considerazione opzioni di cura, maturate nel contesto di un processo di decisioni condivise di limitazione dei trattamenti invasivi futili, offrendo al malato e ai familiari una valida alternativa di trattamento eticamente e clinicamente proporzionato ai loro bisogni in quanto valutato alla luce di una prognosi realistica che tenga conto non solo della clinica ma anche della globalità della persona e delle sue preferenze.

I medici devono essere garanti di una corretta informazione sulle reali possibilità degli interventi proposti. In questo modo sarà anche possibile individuare aree di risparmio di risorse economiche e umane che potranno essere liberate e reindirizzate verso altri pazienti con esiti migliori quando trattati attivamente. L'obiettivo finale del presente documento di consenso è triplice:

1. controllare la sofferenza globale del paziente per permettergli di affrontare la fase finale della vita, sostenuto da cure appropriate e da un nucleo di affetti familiari orientati ad assecondare i suoi bisogni;
2. rispettare i principi etici di autodeterminazione del paziente e di definizione di una sua beneficenza evitando di attivare trattamenti da lui rifiutati o sproporzionati;
3. permettere una razionalizzazione delle risorse disponibili alla luce di un criterio clinico a sua volta rispettoso di un criterio etico di giustizia distributiva.

Quando in un paziente con patologia cronic-degenerativa in fase end stage si evidenzia una patologia chirurgica intercorrente non risolvibile con l'intervento in quanto futile, diviene essenziale un approccio centrato sul malato e sulla sua famiglia, che, attraverso le cure palliative, valorizzi il suo bisogno di autodeterminazione nell'interesse della sua qualità di vita e della sua dignità. Tutto questo sarà possibile solo in un sistema sanitario in grado di soddisfare realisticamente l'intera domanda di salute alla luce di un criterio di proporzionalità delle cure improntato a un corretto rapporto costo-rischio/beneficio.

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE semplificata

%	DEAMBULAZIONE	LIVELLO DI ATTIVITÀ EVIDENZA DI MALATTIA	CURA DI SÈ	INTRODUZIONE LIQUIDI E/O SOLIDI	LIVELLO DI COSCIENZA
100	normale	normale <i>nessuna malattia</i>	completamente autonoma	normale	normale
90	normale	normale <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	normale	normale
80	normale	normale con sforzo <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	normale o ridotta	normale
70	ridotta	non può svolgere un compito o lavoro <i>qualche grado di malattia</i>	completamente autonoma	come sopra	normale
60	ridotta	non può svolgere hobbies o lavori di casa <i>malattia significativa</i>	assistenza occasionale <i>assistenza richiesta</i>	come sopra	normale o confuso/a
50	prevalentemente seduto/a o disteso/a	non può svolgere alcun lavoro <i>malattia estesa</i>	assistenza considerevole <i>assistenza richiesta</i>	come sopra	normale o confuso/a
40	prevalentemente a letto	come sopra	prevalentemente assistito	come sopra	normale o sonnolento/a o confuso/a
30	allettato/a	come sopra	assistenza totale	ridotta	come sopra
20	allettato/a	come sopra	come sopra	minima	come sopra
10	allettato/a	come sopra	come sopra	solo cura della bocca	sonnolento/a o in coma
0	morte	-	-	-	--

CRITERI CLINICI SPECIFICI

Insufficienza cardiaca (in terapia medica ottimale)	Classe NYHA IV >1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi Ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi Necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale Scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata cachessia
Insufficienza respiratoria cronica (BPCO)	Età >70 anni FEV1 < 30% Dipendenza da O2-terapia >1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata Insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità Calo ponderale/cachessia Ridotta autonomia funzionale Aumento dipendenza
Insufficienza respiratoria cronica (IPF)	Età >70 anni Pattern istologico "UIP" (se noto) Dipendenza da O2-terapia Aspetto radiologico di "Honeycomb" all'HRTC del torace Ridotta autonomia funzionale Aumento dipendenza
Insufficienza renale cronica	Età >75 anni Neoplasia in stadio avanzato Grave malnutrizione Patologia cardiaca o polmonare terminale Stato vegetativo Grave deterioramento cognitivo Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva
Stroke	Età >80 anni Rankin 5 Scarso recupero cognitivo (MMS<11) Disfagia persistente/permanente Ulcere da pressione Copatologie: neoplasie, demenza, esiti di progressivo ictus, cardiopatia severa (NYHA)
Morbo di Parkinson	Riduzione di efficacia del trattamento/politerapia farmacologica Ridotta indipendenza Malattia meno controllabile e meno prevedibile con periodi di "off" Discinesie problemi di motilità e cadute Disfagia Segni psichiatrici
Sclerosi multipla	Dolore Difficoltà nella comunicazione verbale Astenia Disturbi cognitivi Disfagia/malnutrizione Dispnea/polmonite da aspirazione Complicanze mediche: es., infezioni ricorrenti
Sclerosi laterale amiotrofica	Richiesta diretta del malato e famiglia Severa sofferenza psicologica, sociale, spirituale Controllo del dolore che richiede elevate dosi di analgesici Necessità di alimentazione enterale (PEG, SNG) per disfagia/malnutrizione Presenza di dispnea o ipoventilazione con C.V. < 50% o polmoniti da aspirazione Perdita di funzioni motorie in almeno due distretti corporei Difficoltà nella comunicazione verbale Astenia Disturbi cognitivi Infezioni ricorrenti
Demenza	Incapace di camminare senza assistenza e Incontinenza urinaria e fecale e Conversazione non significativa e incoerente (<6 parole/giorno) Incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS ≤ 50%) + una o più delle seguenti: – perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi) – infezioni ricorrenti del tratto urinario – piaghe da decubito (stadio 3 o 4) – febbre ricorrente
Insufficienza epatica	Ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione Non candidabilità a trapianto Indice MELD >25 Indice SOFA >10,5 Complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale

QUESITI INTEGRATIVI DEI CRITERI CLINICI SPECIFICI E GENERALI

Sintomo di valutazione	<ul style="list-style-type: none"> • ci sono sintomi fisici o psicologici rilevanti e angoscianti? • il ricovero viene richiesto per difficile controllo di sintomi cronici (sintomo di moderata-grave intensità durata >24-48h)?
Valutazione sociale	<ul style="list-style-type: none"> • ci sono significative problematiche sociali?
Valutazione dei bisogni spirituali	<ul style="list-style-type: none"> • ci sono significativi bisogni spirituali?
Identificazione degli obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • c'è chiarezza e documentazione sugli obiettivi di cura ? • ci sono incertezze o disaccordi tra malato, personale e/o familiari in materia di: <ul style="list-style-type: none"> – decisioni relative a trattamenti medici aggressivi? – preferenze sui trattamenti intensivi? • quali sono le aspettative di approfondimento diagnostico, di cura e assistenza identificate dal malato, dalla famiglia, dal legittimo rappresentante? • le opzioni di trattamento sono in linea con le aspettative di cura identificate dal malato, dalla famiglia, dal legittimo rappresentante? • sono state esplicitate dal malato particolari scelte etiche (rifiuto/accettazione di determinati tipi di approfondimento diagnostico e di trattamento rispetto ad altri)? • il malato ha già partecipato ad una pianificazione anticipata della cura? • il malato ha sottoscritto un documento di pianificazione anticipata della cura?
Comprensione delle opzioni di prognosi/trattamento	<ul style="list-style-type: none"> • Il malato e la famiglia comprendono e condividono le scelte relative alla fase attuale della traiettoria di malattia, alla prognosi, e alle opzioni di trattamento? • se la durata stimata dell'eventuale ricovero in TI è ≥ 7 gg il malato e la famiglia lo accettano? • Invio a cure post-dimissione: quali sono i fattori chiave per un passaggio sicuro da un ambiente a un altro? • è stato contattato il MMG dopo il ricovero? • la dimissione è stata concordata con il MMG?

*indicatori inclusi empiricamente sulla base dell'esperienza

- 1 Moitra VK, Guerra C, Linde-Zwirble WT et al. Relationship Between ICU Length of Stay and Long-Term Mortality for Elderly ICU Survivors. *Crit Care Med* 2016 Apr;44(4):655-62 [PubMed: 26571190]
- 2 Fried TR, Bradley EH, Towle VR et al. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med* 2002;346(14):1061-1066 [PubMed: 11932474]
- 3 Rhondali W, Perez-Cruz P, Hui D et al. Patient-physician communication about code status preferences: a randomized controlled trial. *Cancer* 2013 Jun 1;119(11):2067-73 [PubMed: 23564395]
- 4 Gristina GR, Orsi L, Carlucci A, et al. PARTE I: il percorso clinico e assistenziale nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura. *Recenti Prog Med* 2014; 105(1):9-24.
- 5 Gristina GR, Orsi L, Carlucci A, Causarano IR, et al. PARTE II: evidenze scientifiche nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura. *Recenti Prog Med* 2014;105(1):25-39.
- 6 Nabozny MJ, Barnato AE, Rathouz PJ et al. Trajectories and prognosis of older patients who have prolonged mechanical ventilation after high-risk surgery. *Crit Care Med* 2016 Jun;44(6):1091-7 [PubMed: 26841105]
- 7 Maerz LL, Mosenthal AC, Miller RS et al.. Futility and the acute care surgeon. *J Trauma Acute Care Surg* 2015;78(6):1216-9 [PubMed: 26151525]
- 8 Hatchimonji, Sisti DA, Martin ND. Surgical futility and patient-centered care: the effects of human nature in decision making. *Bulletin American College of Surgeons*. 2016;101(11):20-3 [PubMed: 28937188]
- 9 Nelson JE, Cox CE, Hope AA, Carson SS. Chronic critical illness. *Am J Respir Crit Care Med*. 182:446-454. [PubMed: 20448093]
- 10 Søreide K, Desserud KF. Emergency surgery in the elderly: the balance between function, frailty, fatality and futility. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2015 Feb 3;23:10 . [PubMed: 25645443]
- 11 Glare P, Virik K, Jones M, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill patients. *BMJ* 2003; 327: 195-8
- 12 Cotogni P, De Luca A, Evangelista A et al. A simplified screening tool to identify seriously ill patients in the Emergency Department for referral to a palliative care team. *Minerva Anesthesiol*. 2017 May;83(5):474-484. [PubMed: 28094484]
- 13 Gristina GR, Orsi L, Carlucci A et al. Parte I. Il percorso clinico e assistenziale nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura *Recenti Prog Med* 2014; 105: 9-24
- 14 Pellegrino. *Decision at the end of life: use and abuse of the concept of futility*. Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticano 2000
- 15 Grant SB, Modi PK, Singer EA. Futility and the care of surgical patients: ethical dilemmas. *World J Surg*. 2014 Jul;38(7):1631-7. [PubMed: 24849199]
- 16 Schwarze et al. Surgical "buy-in": the contractual relationship between surgeons and patients that influences decisions regarding life-supporting therapy. *Crit Care Med* 2010;38: 843-8
- 17 Demme et al. Ethical issues in palliative care. *Anesthesiol Clin* 2006: 24:129-44
- 18 Cohen CB, Cohen PJ. Do-not-resuscitate orders in the operating room. *N Eng J Med* 1991;325:1879-82
- 19 Grant et al. Futility and the care of surgical patients: ethical dilemmas. *World J Surg* 2014;Jul 38(7):1631-7
- 20 Halevy A, Brody BA. A multi-institution collaborative policy on medical futility. *JAMA*. 1996 Aug 21;276(7):571-4 [PubMed: 8709410]
- 21 Jones JW, McCullough LB. Futility and surgical intervention. *J Vasc Surg*. 2002 Jun;35(6):1305. [PubMed: 12042751]
- 22 Dunn GP, Martensen R, Weissman D. Surgical palliative care: a resident's guide. 2009 American College of Surgeons, Chicago
- 23 Emanuel EJ, Emanuel LL. The economics of dying. The illusion of cost savings at the end of life. *N Engl J Med*. 1994 Feb 24;330(8):540-4. [PubMed: 830232]

BUONE PRATICHE CLINICHE



SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

