

Moderno Ospedale

Organizzazione emergenza-urgenza

Politica sanitaria

Economia della sanità

Immaginario collettivo sulla medicina e l'assistenza sanitaria

Cultura dominante/culture periferiche

Capacità collettiva di fare i conti con la vita e la morte

Reparto di terapia Intensiva

A photograph of a patient lying in a hospital bed, surrounded by various medical devices. The patient is lying on their back, and their torso is partially covered by a white sheet. A medical professional in a yellow shirt is standing at the head of the bed, attending to the patient. The room is filled with medical equipment, including monitors, IV stands, and a large control panel in the foreground. The text "Un imponente dispiegamento tecnologico" is overlaid in blue on the left side of the image.

Un imponente dispiegamento tecnologico

Pochi e fragilissimi pazienti in bilico tra la vita e la morte



Il reparto di Rianimazione è il luogo privilegiato dove la medicina moderna ha accettato di giocare tutte le sue carte. E' infatti qui che la scienza medica spinge fino alle estreme conseguenze la concezione che negli ultimi secoli ha posto alla base della condizione stessa di medico quella secondo cui

“La malattia è un processo naturale che colpisce il corpo”

Ed è in effetti il corpo inteso come organismo, su cui è apparentemente concentrato tutto lo sforzo degli operatori di una Rianimazione

Eppure proprio qui in questo luogo così particolare
riemerge prepotentemente un'istanza diversa,
comunque originaria della medicina: **La ricerca di
un'autentica relazione di cura con il paziente**

PERFINO QUI !

SOPRATTUTTO QUI !



Qualità della vita

QUALITÀ DELLA MORTE

...non era cinica o morbosa curiosità, ma il suo esatto contrario. Era l'esigenza sentita da tutti, di fare i conti con una sfera del proprio lavoro che non trovava spazio (almeno fino a pochi anni fa) nei congressi scientifici e sulle riviste specialistiche...

la relazione con un paziente che muore è per il medico e per l'infermiere insieme uno scacco e una sfida

- Può mettere in crisi il proprio operato e la propria rappresentazione di curante
- Può essere un richiamo ed uno stimolo forte ad esercitare fino in fondo il proprio mandato

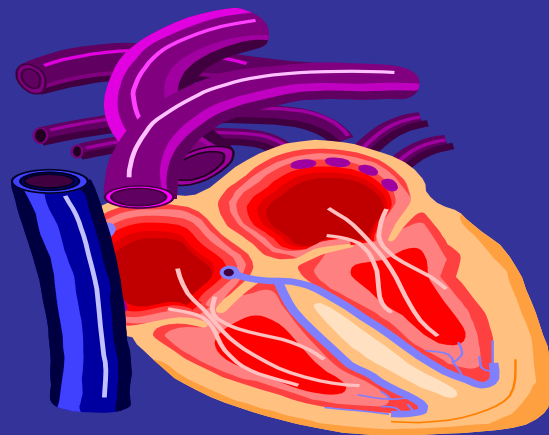
Spesso suscita entrambi questi sentimenti

Progresso tecnico-scientifico

Sostituzione o sostegno di funzioni vitali

- Respirazione
- Pompa cardiaca
- Emuntorio renale
- Abolizione della coscienza mediante sedazione

*Diagnosi di morte cerebrale a cuore
battente*



Quando limitare le cure intensive?



La limitazione delle cure in Rianimazione

Purtroppo il dibattito attorno a questo tema si fa spesso molto acceso e perfino ideologico, a scapito della lucidità delle varie posizioni espresse, anche perché gli importanti successi clinici delle Rianimazioni (noti al pubblico grazie alla divulgazione scientifica, alla stampa, ma anche all'esperienze personali) hanno alimentato nei cittadini un'aspettativa in queste pratiche che va spesso ben oltre le possibilità concrete di intervento

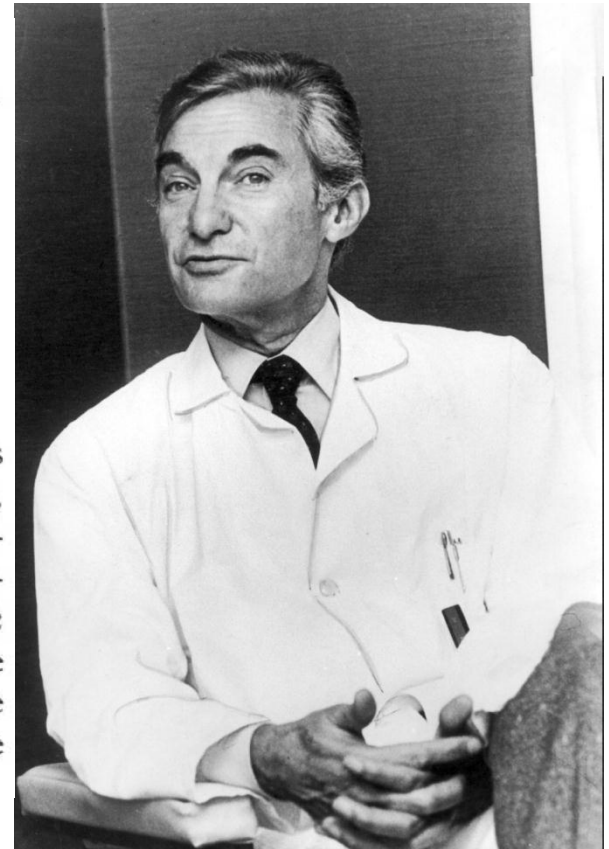
Maurice Rapin (1925-1986)

Bull. Acad. Nat. Méd., 1979, 163, n° 6. Masson, édit., Paris

La thérapeutique palliative de confort en réanimation

M. RAPIN, J. R. LE GALL (*)

Les techniques de suppléance des fonctions vitales dont disposent les services de réanimation donnent le moyen de prolonger pendant des semaines, voire des mois, des patients pour lesquels on est assuré que l'évolution mortelle ne peut être que différée mais non empêchée. Les implications économiques et éthiques de ces situations, auxquelles J. R. Debray a dès 1962 donné le nom d'acharnement thérapeutique, ont ému l'opinion publique au point même qu'un projet de loi a été déposé pour faire droit à chaque citoyen de faire connaître de son vivant la position qu'il conviendrait que le corps médical adoptât en pareil cas à son égard.

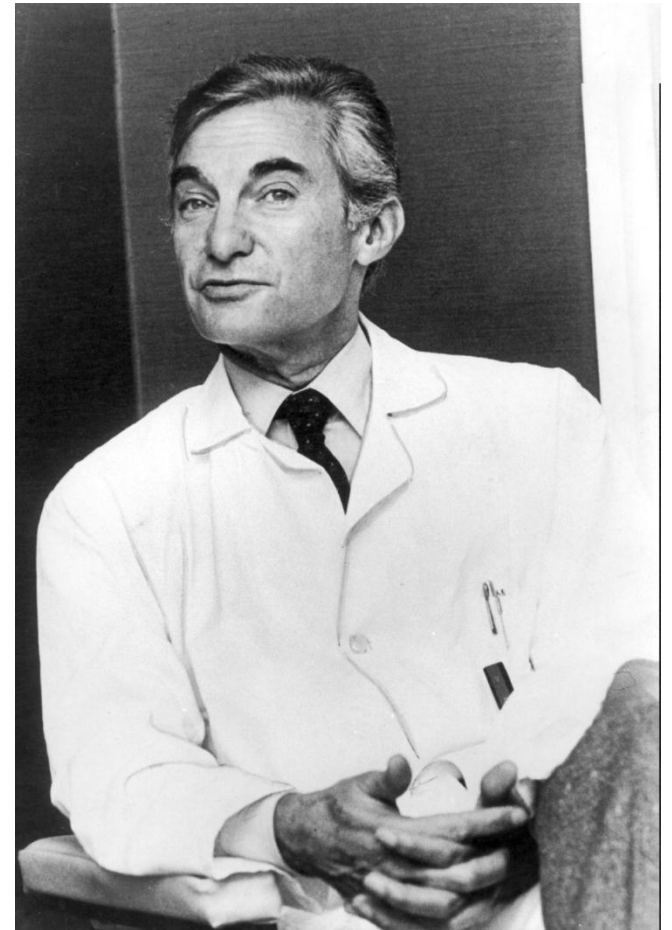


Acharnement thérapeutique = accanimento terapeutico

Recommendations

*RAPIN M, 1979, Bull Acad
N Méd*

- 1 - Maximal therapeutic effort
- 2 - Continuation of current therapies, DNR, triage
- 3 - Comfort only



Recommendations

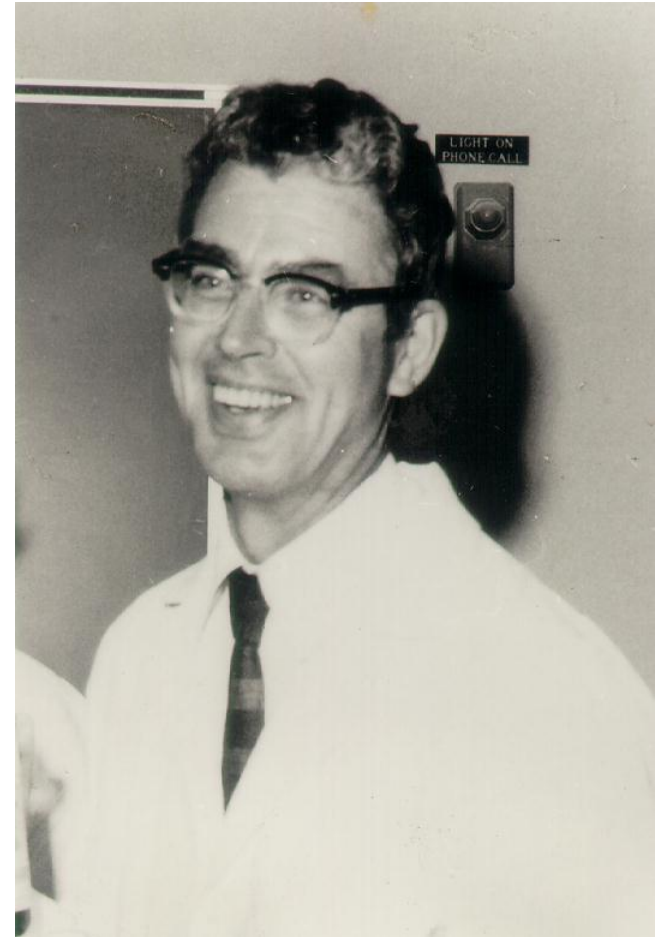
*Committee of the Mass.
General Hospital, 1976,
NEJM*

A - Maximal therapeutic effort without reservation

B - Idem but with daily evaluation

C - Selective limitations of therapeutic measures

D - All therapies can be discontinued, but necessity to insure maximum comfort



Articles

Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey

*Edouard Ferrand, René Robert, Pierre Ingrand, François Lemaire, for the French LATAREA group**

Summary

Background In France, there are no guidelines available on withholding and withdrawal of life-sustaining treatments, and information on the frequency of such decisions is scarce.

Methods We undertook a prospective 2-month survey in 113, of a total of 220, intensive-care units (ICUs) in France to study the frequency of, and processes leading to, decisions to withhold and withdraw life-sustaining treatments.

Introduction

30 years after the advent of intensive care, the uncertain benefits of aggressive and costly life-support treatments for some critically ill patients have raised many ethical and practical questions for physicians working in intensive-care units (ICUs). Reports of clinical studies and guidelines have been published, in the USA especially, to govern and justify the withholding or withdrawal of life-saving treatments.¹⁻¹⁰ There are no such guidelines in France, where the relationship between patient and physician is limited to a traditional paternalism, based on

LATAREA : Ferrand et al. The Lancet 2001; 357:9

Limitazione

- ***Astensione (withholding)***

non intraprendere terapie che si identificano con accanimento terapeutico

- ***Sospensione (withdrawing)***

cessazione o rimozione di terapie in corso che si identificano con accanimento terapeutico

Reasons given for withholding or withdrawal

Reason	Withholding only (n=336)	Withdrawal only (n=113)	Both withholding and withdrawal* (n=358)
Futility of care	196 (58%)	82 (73%)	248 (69%)
Previous quality of life	93 (28%)	21 (19%)	96 (27%)
Age	139 (41%)	35 (31%)	121 (34%)
Future quality of life	188 (56%)	50 (44%)	201 (56%)
Psychological pain	33 (10%)	15 (13%)	51 (14%)
Physical pain	43 (13%)	16 (14%)	58 (16%)
Economic cost	13 (4%)	3 (2%)	29 (8%)
Family request	10 (3%)	16 (14%)	44 (12%)

Decision by:

Single physician	12 %
Medical staff	34 %
Medical and nursing staff	54 %
During night shift	11 %
Physician no member of the staff	2 %

J E U D I 1 2 M A R S 1 9 9 8

Libération

*En réanimation, un décès sur deux est lié
à une interruption de traitement*

Euthanasie passive,
la fin d'un tabou

la Croix

JEUDI 17 MAI 2001

Quotidien - n° 35923

6,50 F 0,99 €

L'acharnement thérapeutique recule en France

Les médecins ne s'obstinent plus à soigner les malades à n'importe quel prix, et ils associent de plus en plus les autres soignants et les familles à la décision d'arrêter les soins

► Pages 4

F. Lemaire - Lancet 2001 -

In questo studio Ferrand affermò che il contesto e le caratteristiche delle decisioni di withholding e withdrawal non erano molto differenti tra Francia e USA. Infatti in assenza di linee guida, i medici francesi si rifanno alla letteratura anglosassone molto ricca in materia.

European studies

Turner	ICM, 1996	London	1996	87%
Vincent	CCM, 1989	Brussels	1985	57%
Esteban	ICM, 2001	Spain	1996	35%
Giannini	ICM, 2003	Milan	2003	10%
Ferrand	Lancet, 2001	France	1998	50%
Sprung	JAMA, 2003	Europe	1999-00	30-50%

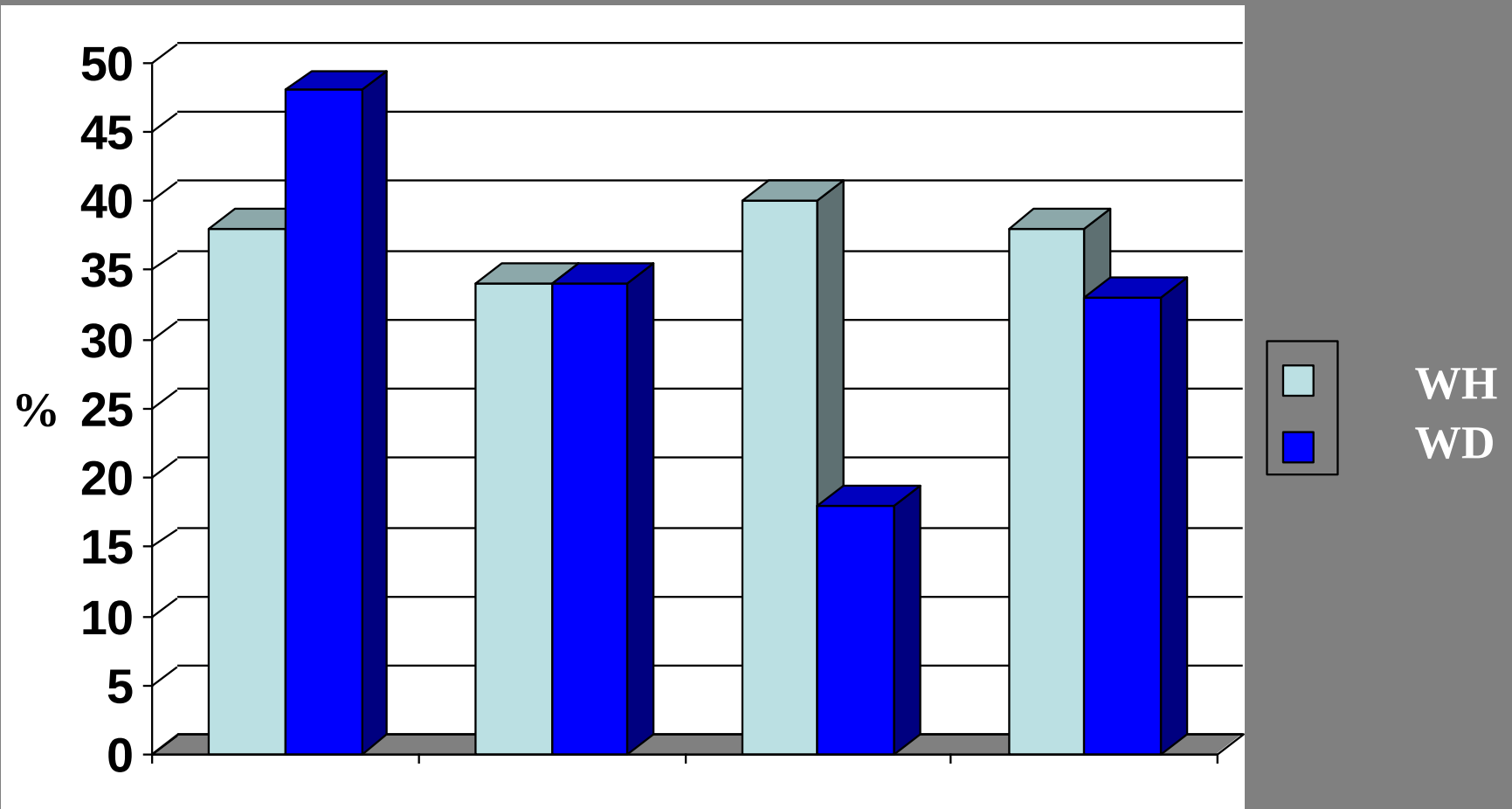
The ETHICUS study

Ch Sprung et al; JAMA; 2003; 290: 790

- a prospective observational study, from 1-1-99 to 30-6-00
- 37 ICUs in 17 countries
- 31 417 admissions, deaths= 4248 (13.5%)
- limitation of LS in 76%
- corresponds to:
 - withdrawal
 - withholding
 - Shortening dying process (SDP)

ETHICUS 2003

Withholding and withdrawing of L-Support



The ETHICUS study

Ch Sprung et al; JAMA; 2003; 290: 790

RELIGION	DOCTOR'S RELIGION	UNSUCCESS- FUL CPR	WITHDRAWIN G	WITHHOLDIN G
CATHOLIC	1554 (37)	317 (22)	648 (46)	450 (32)
PROTESTANT	883 (21)	84 (10)	390 (46)	380 (44)
GREEK ORTHODOX	330 (8)	109 (39)	37 (13)	131 (47)
TEWISH	393 (9)	60 (16)	58 (16)	251 (68)
ISLAM	38 (1)	14 (37)	9 (24)	15 (39)
NONE	957 (22)	209 (24)	331 (38)	338 (38)

**Is withdrawal of life support
euthanasia ?**

Euthanasie: définition (loi belge)

“Un acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci”

Euthanasia: incidence

Agnes van der Heide, Jp van der Maas, the Lancet; 2003,

	Belg	DK	Ital	Neth	Swed	Switz
EOL decision	38%	41%	23%	44%	36%	51%
Euthanasia	0.3%	0.06%	0.04%	2.6%		0.3%
Phys. assisted suicide	0.01%	0.06%	0%	0.21%		0.36%
Alleviation of symptoms $\pm$ SDP	22%	26%	19%	20%	21%	22%
Non treatment decision	15%	14%	4%	20%	14%	28%

Erwin J. O. Kompanje

Care for the dying in intensive care in The Netherlands

**L'Olanda è il primo paese al mondo a legiferare
sull'eutanasia nell'aprile del 2002**

Il termine eutanasia è usato in Olanda solo e rigorosamente per la deliberata (intenzionale) **cessazione della vita di un paziente adulto a sua richiesta** da parte di un'iniezione letale di un sedativo e un rilassante muscolare effettuata da un medico. Questo presuppone la **volontarietà** (richiesta esplicita da parte del paziente) e **un deliberato atto attivo** (cessazione della vita da parte del medico)

Anche il Belgio legiferò in materia di eutanasia nel maggio 2002

Intensive Care Med (2006) 32:1908–1911
DOI 10.1007/s00134-006-0368-2

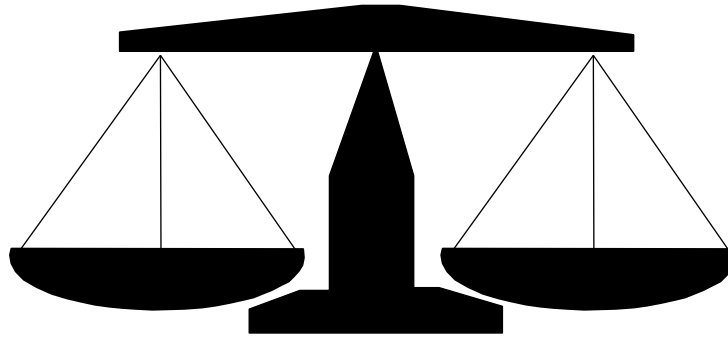
END OF LIFE: NATIONAL LEGISLATIONS

Jean-Louis Vincent

End-of-life practice in Belgium and the new euthanasia law

- Paziente con età superiore a 18 anni, **legalmente competente e consapevole della richiesta**
- Condizione **seria e incurabile** che procura un **dolore fisico e psicologico interminabile e non alleviabile** con cure mediche
- Richiesta di eutanasia deve essere **volontaria**, attentamente considerata e **non il risultato di pressioni esterne**

EUTANASIA



ACCANIMENTO
TERAPEUTICO

Travolgere un paziente in fase agonica con un trattamento di nessuna utilità per lui, significa soltanto portarlo in quella condizione che già Kierkegaard indicava come la più mortale della malattia: **il non poter più sperare neanche nella morte**

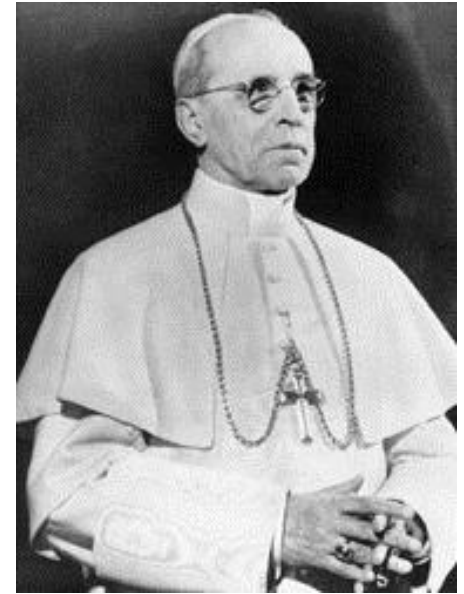
Principi della Bioetica

Continuare a trattare un paziente pur sapendo che per lui determinate cure sono futili è contrario alla dignità dell'individuo, così come sancito dai principi bioetici di beneficenza e di non maleficenza ed in linea con i più autorevoli documenti in materia.

Limitazione delle cure

- Convenzione di Oviedo
- Codice di Deontologia Medica
- Comitato Nazionale di Bioetica
- Società Scientifiche Nazionali ed Internazionali
- Pronunciamenti della Chiesa Cattolica (**Pio XII 1957, Giovanni Paolo II 1984, Evangelium Vitae 1995**)
- Pronunciamenti altre Confessioni cristiane

Pio XII (1957)



"It is legitimate to stop extraordinary, perilous or disproportionate treatment at the end of life..."

one does not kill, but one agrees to stop preventing death...

Which patients?

Patients: plusieurs possibilités

- Conscients, fin de vie
Ex: cancer, leucémie

- Inconscients, fin de vie
- Ex: réanimation
(ARDS, choc septique)

- Conscients, pas en fin de vie
Ex: maladies
dégénératives: SLA, AVC,
locked-in synd

- Inconscients, pas en fin de vie
Ex: état végétatif
permanent

Which patients(1): Conscious / Unconscious?

1. Conscious patients, speaking for themselves

- at the end of life: no problem
- no end of life; 2 cases:
 - refusal of care: pts benefiting from life support (artificial kidney, mechanical ventilation, ...); or other care (chemotherapy for cancer...); refusal of new care or prolongation of an already established one
 - pts requiring an active killing (no life support)= euthanasia

2. Unconscious, incompetent

- at the end of life: withholding/ withdrawal of LS
- chronic state: anoxic coma, permanent vegetative state

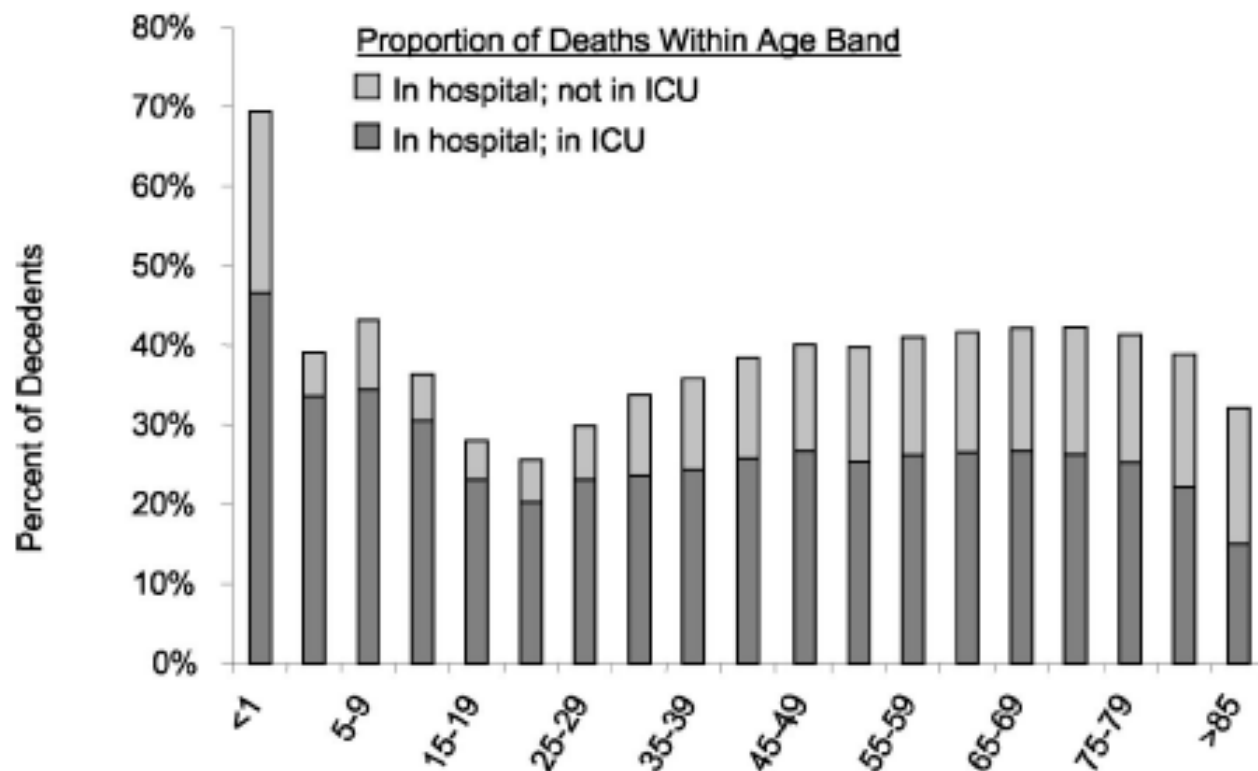
Which problems (2) ?

1. Conscious patients, speaking for themselves
 - respect for autonomy (Anglo-American paradigm, European secularism) versus the « sacred value of life » (religious sphere)
2. Unconscious, incompetent patient
 - who can « speak » for the (incompetent) patient: principle of surrogacy ?
 - who is ultimately the decision maker (family versus physician)

1. In the ICU:
the incompetent patient at
the end of life

Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study

D Angus et al *CCM* 2004; 32: 638





The Durban World Congress Ethics Round Table Conference Reports

- Differences between withdrawal/withholding
 - Withholding or withdrawing of treatment in elderly patients admitted to ICU
- Withdrawing Mechanical ventilation

**What means
withdrawal/withholding of
life- support therapies ?**

NIVEAUX DE SOINS EN REANIMATION

(S. Grosbuis et col. Réan. Urg. 2000)

1. Basic care:

Fluids, nutrition, hygiène

2. Comfort care:

Sédation, analgesia

3. Life supporting treatment :

- . catecholamines
- . Mechanical ventilation
- . Hemodialysis
- . . .

Withholding/withdrawing LS

- Withholding: maintain current care; no escalation
DNR
triage
 - Withdrawing: stop LS therapies
Mechanical ventilation, terminal weaning
Hemodialysis
Catecholamines
- ... Always with sedation, analgesia

The Durban World Congress Ethics Round Table Conference Report:

I. Differences between withholding and withdrawing life-sustaining treatments

Journal of Critical Care 29 (2014) 890–895

Esiste una differenza tra withholding and withdrawing trattamenti?

Table 1

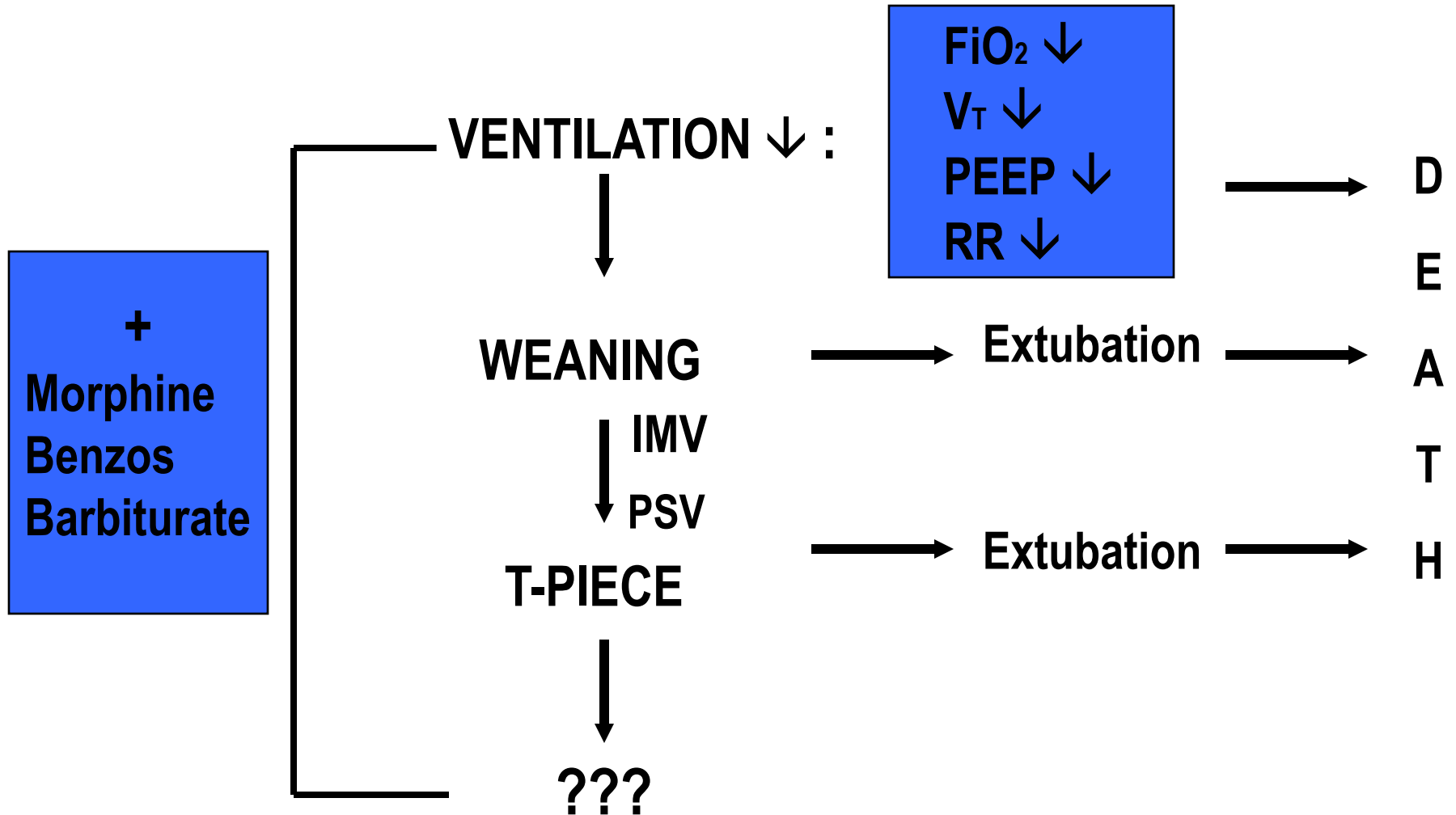
Durban Ethics Round Table participant responses to the statement "There is no moral difference between withholding and withdrawing a mechanical ventilator"

	Country	Name	Institution	Response
1	Australia	Jeff Lipman	Royal Brisbane and Women's Hospital, Brisbane	Agree
2	Belgium	Jean-Louis Vincent	Erasmus University Hospital, Brussels	Agree
3	Canada	Niranjan (Tex) Kissoon	BC Children's Hospital and Sunny Hill Health Centre, Vancouver, BC	Agree
4	China	Bin Du	Peking Union Medical College Hospital	Agree
5	France	Bertrand Guidet	Hopital Saint-Antoine	Agree
6	France	Elie Azoulay	Hopital Saint-Louis, Paris	Neutral
7	Germany	Christiane Hartog	Jena University Hospital, Jena,	Disagree
8	Hong Kong	Gavin Joynt	Prince of Wales Hospital, Hong Kong	Agree
9	Israel	Charles Sprung	Hadassah Hebrew University Medical Center, Jerusalem	Disagree
10	Saudi Arabia	Khalid Shukri	International Pan-Arab Critical Care Society, Jeddah	Neutral
11	South Africa	Eric Hodgson	Inkosi Albert Luthuli Central Hospital, Durban	Agree
12	South Africa	Andrew Argent	Memorial Children's Hospital, Cape Town	Disagree
13	South Africa	Fathima Paruk	Charlotte Maxeke Johannesburg Academic Hospital	Agree
14	South Africa	Rudo Mathivha	Chris Hani-Baragwanath Hospital, Johannesburg,	Agree
15	South Africa	Charles Feldman	Charlotte Maxeke Johannesburg Academic Hospital and University of the Witwatersrand, Johannesburg,	Agree
16	South Korea	Younsuck Koh	Asan Medical Center, Seoul	Agree
17	The Netherlands	ABJ Groeneveld	Vrije Universiteit Medical Centre, De Boelelaan	Agree
18	USA	Chris Farmer	Mayo Clinic, Rochester	Agree
19	USA	Mitchell Levy	Rhode Island Hospital, Providence	Agree
20	USA	Janice Zimmerman	The Methodist Hospital, Houston,	Agree
21	USA	Edgar J. Jimenez	Orlando Regional Medical Center, Orlando	Agree
22	USA	J. Randall Curtis	University of Washington, Seattle	Disagree

Secondo la maggior parte dei partecipanti non esiste una effettiva differenza tra withholding and withdrawing

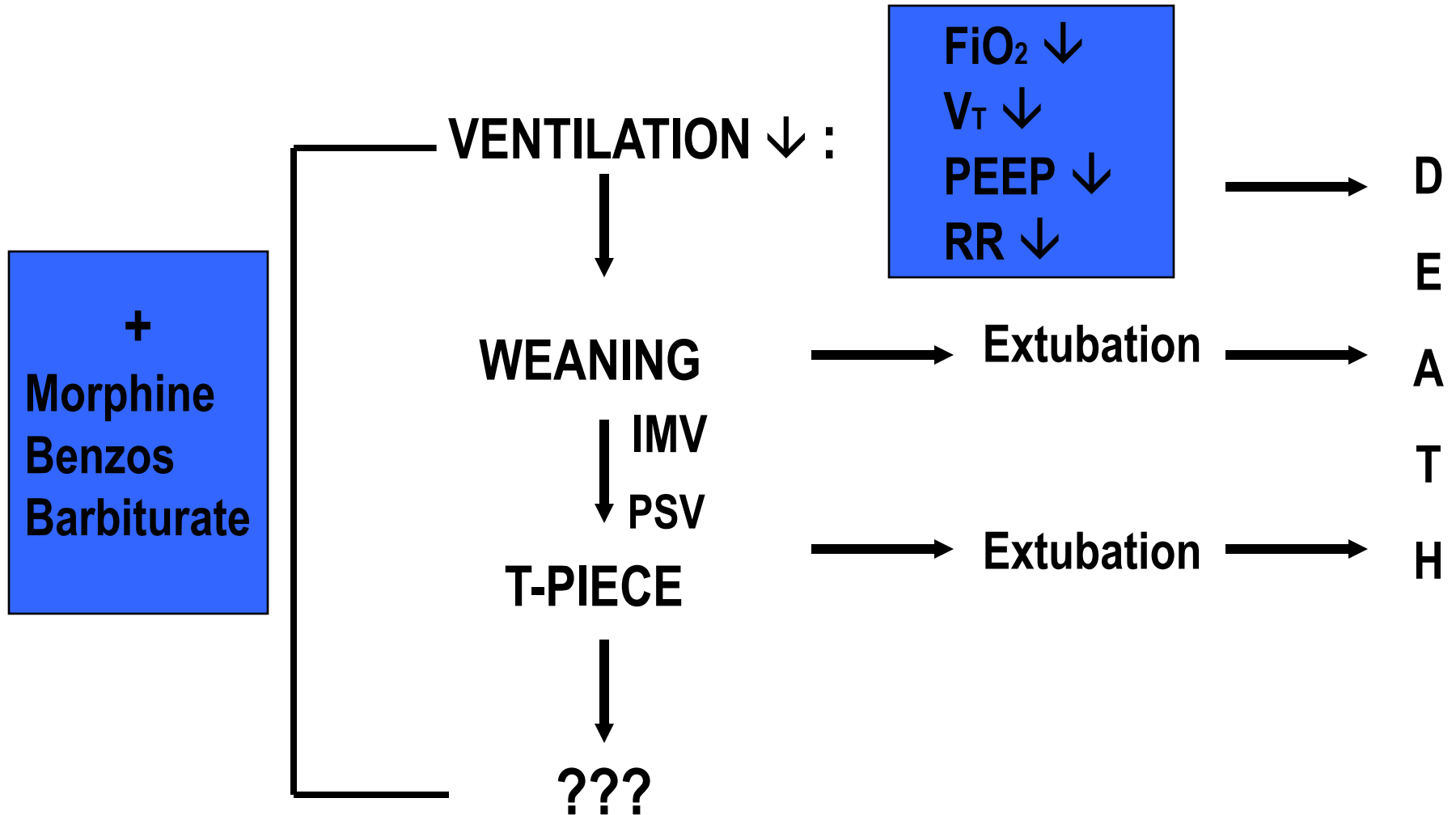
**Withdrawing
mechanical ventilation**

DECISION TO WITHDRAW MECHANICAL VENTILATION



Withdrawing mechanical ventilation

DECISION TO WITHDRAW MECHANICAL VENTILATION



The Durban World Congress Ethics Round Table Conference Report: III.
Withdrawing Mechanical ventilation—the approach should
be individualized☆

Sospensione della ventilazione meccanica:

- Ancora molto dibattuta
- Grande variabilità tra i diversi paesi
- Deve essere assolutamente individualizzata

The Durban World Congress Ethics Round Table Conference Report: III. Withdrawing Mechanical ventilation—the approach should be individualized ☆

Terminal weaning process

1. Ensure appropriate environment.
2. Ensure adequate sedation and pain relief (analgo-sedation).
3. Deactivate alarms.
4. Reduce fraction of inspired oxygen to 0.21 (0-5 min).
5. Reduce PEEP to 0 cm H₂O (0-5 min).
6. Reduce pressure support to ≤ 5 cm H₂O or tidal volume to 0 mL—reduce ventilator respiratory rate to zero (15 min).
7. Monitor for need to adjust analgo-sedation. Although reactive dosing is best avoided, one may need to increase ventilator support for a short duration to ensure patient comfort, while titrating the analgo-sedative agents.
8. Some patients will have died by this point, where the patient is no longer receiving any positive pressure ventilatory support (ventilator rate and pressure support rate is 0). If not, the mechanical ventilator is disconnected, and the patient is extubated.

If extubation is not planned then the options include

- Use of CPAP
 - Connection to a T piece
 - Continue to assess for signs of respiratory distress, discomfort, pain, and anxiety and address accordingly
-

The Durban World Congress Ethics Round Table Conference Report: III.

Withdrawing Mechanical ventilation—the approach should be individualized☆

Management of symptoms

Depending on the precise manner of withdrawal of mechanical ventilation, the patient may experience pain, anxiety, delirium, respiratory distress, dyspnea, vomiting, excessive bronchopulmonary secretions, and postextubation stridor.

It is the physician's medical and ethical responsibility to ensure that these issues are prevented and appropriately managed.

Analgesedation (adult, 70-kg patient)

	Initial IV loading dose	Initial infusion rate	Dose increment
Morphine	2-10 mg	0.05-0.1 mg/kg per hour	25%
Fentanyl	0.5-2 µg/kg per hour	1-5 µg/kg per hour	25%
Midazolam	1-2 mg	1-5 mg/h	25%
Propofol	1 mg/kg	0.5-3 mg/kg per hour	25%

Withdrawal of mechanical ventilation: Sédation

- *morphine IV :*

- . Campbell (1992) : 2-70 mg/h
- . Faber-Langendoen (1992) : 8-180 mg/h
- . Daly (1996) : 60 mg/h
- . Keenan (1997) : 14 mg/h (0.7-350)

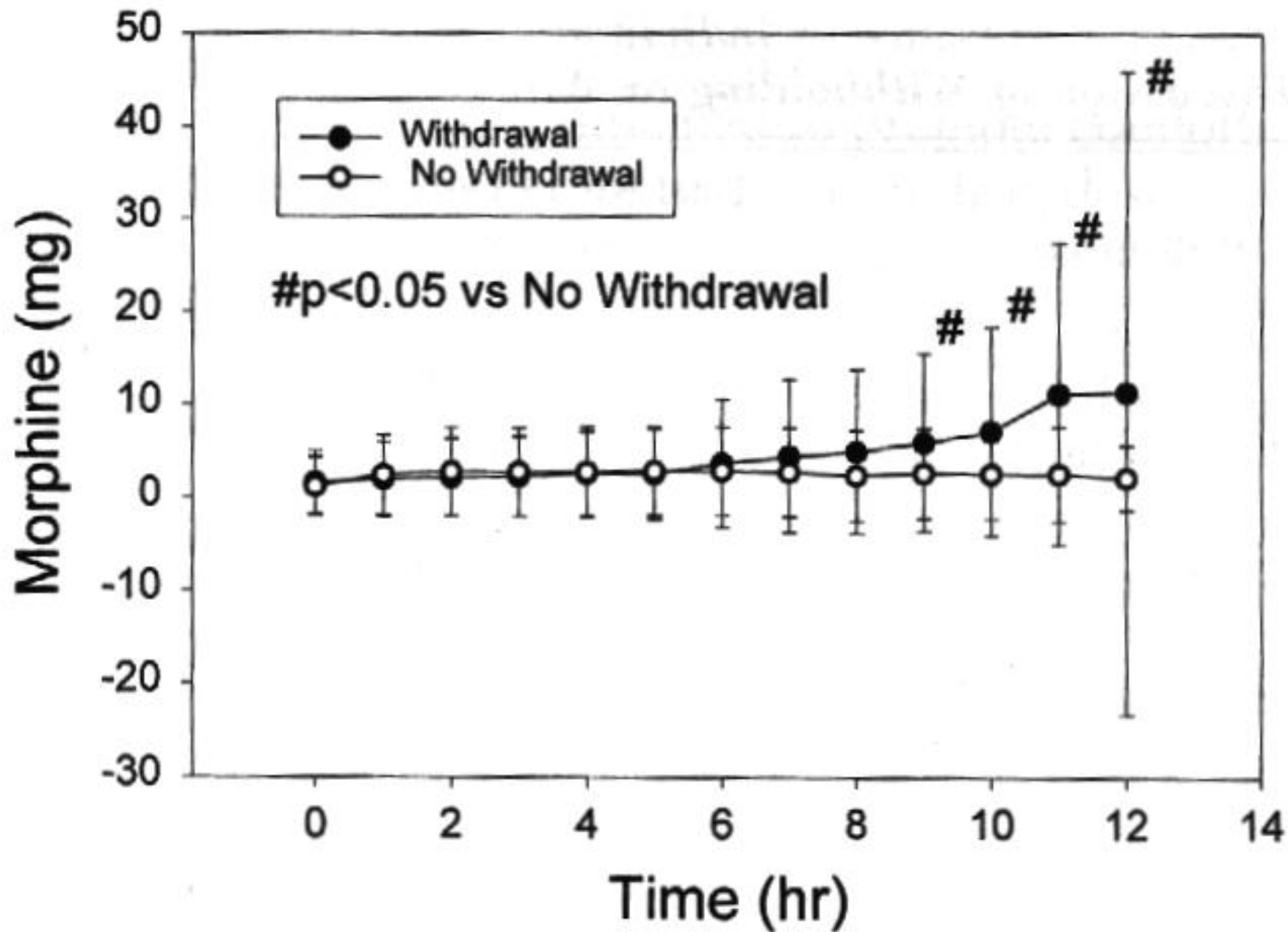
- *benzodiazepines :*

- . Keenan: (5mg/h)
- . Wilson : (15mg/h)

- *barbiturates*

- *curares ?:*

- . Truog, NEJM, 2000



R.I.Hall and G.M. Rocker (Chest 2000, 118: 1424-1430)

*Give opiates,
not KCl, or curare!*

Legal
concerns?



la Repubblica.it

[Home Page](#)

[Trova](#)
[Scrivi](#)

[Cronaca](#)

[Politica](#)

[Mondo](#)

[Economia](#)

[Società](#)

[Cultura &](#)

[Scienze](#)

[Spettacoli](#)

[Sport](#)

[Tecnologie e](#)

[Internet](#)

[Scuola e](#)

[Università](#)

[Speciale calcio](#)

[Speciale F1](#)

[Cinema: le](#)
[recensioni](#)

*In primo grado era stato condannato a 6i anni e mezzo
La nuova sentenza: "Il fatto non sussiste"*

Staccò il respiratore della moglie assolto al processo d'appello

Per i giudici la donna era già morta

MILANO - Assolto dall'accusa di eutanasia. E' la sentenza - destinata a far discutere - pronunciata oggi dai giudici d'appello nei confronti di Ezio Forzatti, che nel giugno '98 staccò il respiratore che teneva in vita sua moglie. I giudici d'appello del Tribunale di Milano oggi hanno assolto l'uomo dall'accusa di omicidio colposo, "perché il fatto non sussiste". La signora, questa l'opinione del Tribunale, era da considerarsi già morta e quindi non si può parlare di omicidio.



Ezio Forzatti

[Eutanasia](#)
[assolto in appello](#)

[Le reazioni](#)
[degli scienziati](#)

[Eutanasia, chiesta](#)
[dura condanna ma poi](#)
[subito la grazia](#)

DALL'ARCHIVIO
di Repubblica.it
[Condannato a sei](#)
[anni per eutanasia](#)
[della moglie](#)

[News in Audio](#)[News in Video](#)[Newyddion](#)[Новости](#)[Noticias](#)[Front Page](#)[World](#)[UK](#)[UK Politics](#)[Business](#)[Sci/Tech](#)[Health](#)[Education](#)[Sport](#)[Entertainment](#)[Talking Point](#)[On Air](#)[Feedback](#)[Low Graphics](#)[Help](#)

Sunday, June 21, 1998 Published at 19:47 GMT 20:47 UK

World: Europe

Mercy killing in Milan



The San Gerardo hospital in Monza is now under police guard

An Italian school teacher has reportedly killed his terminally sick wife after forcing his way into a hospital near Milan at gunpoint. The BBC's David Willey reports.

En Italie, la condamnation puis l'acquittement d'un homme relance le débat

Rome de notre correspondante

Une récente décision de justice a relancé le débat sur l'euthanasie en Italie. Mercredi 24 avril, la cour d'appel de Milan a en effet acquitté, pour insuffisance de preuves, Ezio Forzatti, un ingénieur de 51 ans accusé d'avoir débranché l'appareil respiratoire de sa femme, dans le coma à l'hôpital de Monza (près de Milan) après un accident cérébral en juin 1998.

L'homme avait été condamné en première instance à six ans et demi de prison. En appel, il a hérité d'une peine d'emprisonnement avec sursis, mais seulement pour port d'arme d'illégal et violence : il avait fait irruption dans l'établissement et menacé le personnel d'un pistolet afin de pouvoir réaliser son geste.

Sur le même sujet

 [Imprimer](#)

 [Envoyer
par email](#)

**Union européenne : des
législations différentes**

Salvatore Maurizio Maggiore
Massimo Antonelli

**Euthanasia, therapeutic
obstinacy or something else?
An Italian case**



- Al processo di I° grado il marito fu condannato ma con pena ridotta a causa di una parziale infermità mentale, tuttavia l'atteggiamento della corte risultò alquanto strano poiché i legali del marito non richiesero l'infermità e l'imputato non fu sottoposto ad una perizia psichiatrica
- La corte d'appello accolse la richiesta della pubblica accusa dell'inapplicabilità dell'attenuante dell'infermità mentale e consiglio alla difesa di chiedere la grazia in caso di colpevolezza affermando che « *la giustizia che agisce con gli occhi pieni di compassione non è una giustizia imparziale* »

Salvatore Maurizio Maggiore
Massimo Antonelli

**Euthanasia, therapeutic
obstinacy or something else?
An Italian case**



- La corte d'appello cambiò la sentenza di I° grado, ma accolse la richiesta della difesa di insufficienza di prove sul fatto che l'azione dell'uomo causò la morte della donna.
- Nello stesso periodo un anonimo fece notare che l'EEG fatto un'ora prima dell'azione del marito dimostrava la presenza di attività cerebrale.

**Piergiorgio Welby 22-
12-2006**



**Giuseppe Servillo
Pasquale Striano**

End-of-life: still an Italian dilemma

Received: 25 September 2007

Accepted: 29 October 2007

Published online: 19 March 2008

© Springer-Verlag 2008



- In Italy the debate on the end-of-life scenario is still in progress
- Many political and religious personalities or association have express a wide range of opinions
- The different views are influenced mainly by the strong religious and cultural traditions of italian society

- Many doctors often have no definite position on this issue and insufficient knowledge about it
- In this complex scenario, an additional factor creating confusion is the strong debate and the different points of view between anesthesiologists operating in university ICUs and those working in community hospital

W

RASSEGNA STAMPA

**«Collegli Anestesisti,
non staccate mai la spina».
L'«Avvenire» intervista
il Presidente Nazionale A.A.R.O.I.
Vincenzo Carpino**

..... Declares absolute opposition to
treatments aimed at inducing death in the
patient.....

Milano, 15.12.2006

Sui media, per il caso Welby, sono state riportate le opinioni più disparate. Fra queste, che l'“eutanasia” sia pratica quotidiana nelle Rianimazioni.

Desidero qui ribadire quanto espresso nelle Linee Guida della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva, in accordo con la nostra legislazione e con tutti i documenti internazionali.

1. Che ogni paziente è libero di accettare o rifiutare qualsiasi terapia, dall'antibiotico, all'intervento chirurgico, alla ventilazione meccanica.
2. Che non iniziare o sospendere una terapia già iniziata sono due azioni equivalenti sul piano morale. Chiunque rifiuti una terapia già in atto ne ha il pieno diritto.

In Rianimazione, Specialità dedicata alla vita, il rischio non è certo l'eutanasia, atto che deliberatamente la toglie, ma piuttosto l'accanimento terapeutico, atto che inutilmente prolunga l'agonia, con l'uso di tecnologie complesse.

L'uso inappropriato delle parole eutanasia, accanimento terapeutico, sospensione della cura, genera solo incertezza e confusione. Più che una legge è necessario un uso corretto dei concetti e delle parole.

Il Presidente S.I.A.A.R.T.I.

Prof. Luciano Gattinoni (SIAARTI President) proclaims the freedom to choose when limiting therapies in the case, these personal options are considered not to yield significant benefit to the dying patient, reasons for WH and WD may include patient refusal, poor prognosis, or the failure of therapy to improve patient condition.

Servillo G. Intensive Care Medicine (2008)

Eluana Englaro



Il 18 gennaio 1992, Eluana Englaro, 19 anni, di Lecco entra in coma in seguito ad un incidente stradale. Da allora entrò in **stato vegetativo permanente**

3. The incompetent patient: the example of permanent vegetative states

L'alimentation artificielle par sonde gastrique est elle un « traitement » ?

Sei in: Archivio > la Repubblica.it > 2010 > 01 > 17 > La battaglia di Englaro p...

La battaglia di Englaro per la vita e la dignità

Il 9 febbraio dell' anno scorso
trascorso 17 anni in stato

Sei in: Archivio > la Repubblica.it > 2009 > 01 > 27 > Il Tar dà ragione a papà ...

Il Tar dà ragione a papà Englaro: Eluana può morire

MILANO - Il Tar ha accolto il ricorso di Beppino Englaro e annullato il provvedimento della Regione Lombardia: Eluana può morire. Formigoni pensa al ricorso.



PARERE UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA
ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (S.I.A.A.R.T.I.)
IN MATERIA DI FINE VITA, STATI VEGETATIVI, NUTRIZIONE E
IDRATAZIONE

RACCOMANDAZIONI SIAARTI SU NUTRIZIONE ARTIFICIALE E IDRATAZIONE

- La nutrizione artificiale è di beneficio limitato o nullo nel malato al termine della vita
- Né la nutrizione né l'idratazione sono fisiologicamente utili se un malato al termine della vita in T.I. è adeguatamente sedato
- Nel malato al termine della vita in T.I. la nutrizione e l'idratazione dovrebbero essere sospesi a meno che non si consideri un eventuale beneficio atteso superiore al danno possibile
- In un malato profondamente sedato, nell'imminenza della morte, un trattamento infusionale non influenzerà il controllo dei sintomi o il tempo di sopravvivenza
- I pazienti competenti dovrebbero avere il diritto di prendere decisioni informate circa i loro trattamenti; ovviamente il punto di vista dei familiari, le preferenze e gli stili culturali sono tenuti nel conto ma gli interessi del malato hanno la priorità
- Dopo adeguata discussione degli aspetti clinici ed etici, il malato (se in grado), la famiglia e l'équipe curante prendono insieme la decisione di interrompere la nutrizione e l'idratazione

J Leonetti

"A law for "patients'rights and end of life" (April 2005)

- Euthanasia is a crime
- A competent person can refuse all types of care, even if death ensues
- Withdrawing all treatments (including life support) when futile is allowed
- Ban of « unreasonable obstinacy »
- If:
 - family consultation (no consent)
 - collegiality
 - transparency (record in medical charts)
- Remains a doctor's decision
- Double effect is acknowledged
- "testament de vie"

