

BIOETICA

FINE VITA
CURE PALLIATIVE
TRAPIANTOLOGIA

Dott. Antonio Lazzari
Medico Chirurgo
Specialista in Anestesia
Dir. Medico Primo Livello
ASL Città di Torino

BIOETICA

- La bioetica è definita come lo studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienze della vita e nella cura della salute, esaminata alla luce di valori e principi morali
- La bioetica è una disciplina che nasce negli anni 70' grazie ad un oncologo, Van Rensselaer Potter, che per primo ha pubblicato un articolo e successivamente un volume in cui indaga l'accanimento terapeutico, preoccupato del progresso scientifico indiscriminato degli anni 70' , cercò di porsi delle domande: esiste un limite e quali sono i principi etici che lo regolamentano?
- La bioetica è una materia interdisciplinare, in quanto è stata studiata in diverse discipline quali: scienze, religione, medicina e filosofia, mettendo in correlazione conoscenze biologiche e valori umani.
- Confronto con il fine vita

ACCANIMENTO TERAPEUTICO

- la normativa italiana ha provato a fornire un profilo giuridico al concetto di accanimento terapeutico attraverso la legge 219/2017, pur non citandolo mai espressamente nella norma. L'art. 2 comma 2 della Legge 219 introduce i concetti di “ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure” e “trattamenti inutili e sproporzionati”.
- In sintesi, accanirsi dal punto di vista terapeutico significa che somministrare terapie in determinate condizioni non garantisce nessun tipo di beneficio all'assistito.
- Per questo la legge 219 che affronta a 360 gradi il tema del “consenso informato” descrive le modalità, le responsabilità e limiti all'interno dei quali il cittadino esercita il suo diritto costituzionale alla autodeterminazione in merito alle scelte terapeutiche che lo riguardano, compreso il rifiuto delle cure.

PRINCIPI E INTERESSI DELLA BIOETICA

- Principio di Autonomia: il paziente ha diritto di rifiutare il trattamento e di prendere parte al processo decisionale;
 - Principio di Beneficenza: il personale sanitario deve agire tutelando l'interesse del paziente;
 - Principio di Non Maleficenza o primum non nocere: il personale sanitario non deve causare danno al paziente;
 - Principio di Giustizia: in caso di risorse limitate, i trattamenti devono essere distribuiti tra i pazienti in modo equo e giusto.
- Aborto,
 - Procreazione assistita,
 - Eugenetica,
 - Clonazione,
 - Ingegneria genetica,
 - Trapiantologia,
 - Tanatologia ed Eutanasia.

D.A.T.

- Le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), anche dette “biotestamento” o “testamento biologico” sono le disposizioni che permettono ad ogni persona, maggiorenne e capace di intendere e volere, di esprimere il proprio consenso o rifiuto su accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche e singoli trattamenti sanitari, in previsione di una eventuale futura incapacità di comunicare la propria volontà. Per essere valide devono essere redatte solo dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle scelte prese con tali disposizioni.
- La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana (Costituzione, art.32).

TRATTAMENTO

TERAPEUTICO (medico)

- Storico
 - Nosologico
 - Sistemico
 - Specialistico
 - Ospedaliero, ambulatoriale
- IRC → nefrologia → dialisi, trapianto
- Ka mammella → chirurgia, RT, PCT (sopravvivenza a 10 aa \geq 80%)
- IPB → urologia → TURP

PALLIATIVO (eterogeneo)

- Recente (L.38/2010)
 - Personalizzato
 - Sistemico / olistico
 - MMG, infermieri, specialisti, psicologi, assistenti sociali, volontari
 - Domicilio privato
- Ka pancreas MX → oppiacei (MMG) – oppiofobia, stent biliare (EGDS), alcoolizzazione pl. Celiaco (radiologia osp.).

RETE CURE PALLIATIVE

- Bisogni del paziente (dignità)
- Clinici (MMG, Specialisti)
- Assistenziali (infermieri)
- Psicologici (Psicologi, Psichiatri)
- Spirituali (religiosi, laici)
- Familiari (parenti, amici, assistenti sociali, volontari)
- Formazione adeguata degli operatori

STRUTTURE

- Domicilio (famiglia)
- Ambulatori (controlli)
- Ospedali (procedure, sollievo)
- Hospice

PALLIAZIONE NON E'...

EUTANASIA

- gli interventi medici che prevedono la somministrazione diretta di un farmaco letale al paziente che ne fa richiesta e soddisfa determinati requisiti. Al momento l'eutanasia è illegale in Italia.
- Attualmente in Italia l'eutanasia costituisce reato e rientra nelle ipotesi previste e punite dall'articolo 579 (Omicidio del consenziente) o dall'articolo 580 (Istigazione o aiuto al suicidio) del Codice Penale.

SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO (sentenza 242/2019)

L'aiuto indiretto a morire da parte di un medico. Le condizioni richieste sono quattro:

- la persona che ne fa richiesta deve essere pienamente capace di intendere e volere,
- deve avere una patologia irreversibile
- portatrice di gravi sofferenze fisiche o psichiche, e
- deve sopravvivere grazie a trattamenti di sostegno vitale.

Scala delle attività secondo Karnofsky

A: in grado di svolgere le normali attività e di lavorare Nessuna cura particolare è necessaria al paziente	PERCENTUALE 100	Normale nessuna evidenza di malattia
	PERCENTUALE 90	Segni e/o sintomi minori di malattia
	PERCENTUALE 80	Segni e/o sintomi di malattia ; normale attività con sforzo
B: inabile al lavoro. In grado di vivere a casa. Un certo grado di assistenza è necessario	PERCENTUALE 70	In grado di accudirsi, incapace di svolgere una normale attività o lavori attivi
	PERCENTUALE 60	Necessaria assistenza occasionale
	PERCENTUALE 50	Necessaria assistenza e cure
C: inabile a gestirsi. La malattia può avere un decorso rapido	PERCENTUALE 40	Disabile , necessita di cure e assistenza
	PERCENTUALE 20	Ospedalizzazione necessaria
	PERCENTUALE 10	Quadro clinico irreversibile

KPF < 50

PROGNOSI
QV → 30 gg

PROGNOSTIC PALLIATIVE SCALE

- Dispnea
- Anoressia
- Karnofsky
- Previsione clinica di sopravvivenza
- Conta leucocitaria
- Quota linfocitaria
 - Classe A (sopravvivenza a 30 gg > 70%)
 - Classe B (sopravvivenza a 30 gg = 30 – 70%)
 - Classe C (sopravvivenza a 30 gg < 30%)

SINTOMI TERMINALI

- Dolore “totale” (70 – 80% dei pazienti)
- Anoressia – cachessia
- Dispnea
- Delirium
- Farmaci (oppiacei) – efficaci nel 90% dei casi, radioterapia, chirurgia ortopedica, ortesi
- NET, NPT, cortisonici (desametasone), progestinici (MPA)
- Decubito semiortopnoico, O2 terapia, Beta2 ago, joscina, oppiacei (morfina), midazolam
- BDZ, antipsicotici

DILEMMI

- **Accanimento terapeutico**
- Disponibilità economica
- Cultura della vita ?
- Scarsa disponibilità economica
- Cure palliative/
Astensionismo terapeutico
- Cultura della morte ?

PRELIEVO DI ORGANI → (MORTE)
TRAPIANTO DI ORGANI → (VITA)

TRAPIANTO

- Morte cerebrale
- Accertamento (6 - 12h)
- Commissione medica diversa dall'equipe curante
- Diagnostica per immagini (radiologo, medico nucleare)
- Tutela suff. Del donatore?
- Morte cardiaca
- Tanatogramma (ECG 20 min)
- Un necroscopo diverso dal curante, ma anche della stessa equipe curante
- Tutela suff. Del donatore?

Il tasso nazionale di donazione per milione di popolazione è il più alto di sempre (24,7) – Quotidiano Sanità, 2022. La donazione di organi a cuore fermo è una procedura caratterizzata da una elevata complessità tecnica e organizzativa. Prevede, infatti, l'impiego di ECMO e di macchine per la riperfusione degli organi donati (Il Resto del Carlino, 2022).

S.I.A.A.R.T.I.

Gli obiettivi specifici del ricovero in TI sono:

- 1. fornire trattamenti finalizzati a una ragionevole aspettativa di vita al di fuori di una struttura sanitaria per acuti, idealmente con una capacità cognitiva sufficiente ad apprezzare i benefici del trattamento ricevuto;**
- 2. garantire alla persona morente adeguate cure palliative nelle fasi finali della vita. L'utilizzo della TI per fini esclusivamente palliativi – quindi l'ammissione in TI di pazienti morenti – deve essere riservato a casi dalla gestione particolarmente complessa, bilanciando i benefici e gli oneri per la persona ricoverata e i suoi familiari, dopo aver considerato ogni altra opzione disponibile;**
- 3. consentire – in presenza di presunta o accertata volontà favorevole – la donazione d'organi per i pazienti con gravi cerebro-lesioni con prognosi infausta e sottoposti a trattamenti intensivi al di fuori della TI. Sono inclusi in questo obiettivo sia i pazienti con verosimile progressione verso la morte encefalica, sia quelli potenzialmente candidati a una donazione controllata a cuore fermo.**

E' fondamentale, per tutti questi casi, un'assoluta chiarezza sugli obiettivi di cura al momento dell'ingresso in TI.

APPROPRIATEZZA

- PAZIENTE
- **APPROPRIATEZZA**
- MEDICO
- CURE NON APPROPRIATE
- **SCELTE CONDIVISE**
- CURE APPROPRIATE MA RIFIutate DAL PAZIENTE

Bibliografia Essenziale

- Cancian, “CURE PALLIATIVE IN MEDICINA GENERALE, Aspetti etici, relazionali, clinici, organizzativi, delle cure palliative domiciliari”, PACINI EDITORE.
- Romano, “Anestesia Generale e Speciale”, UTET, 1999.
- SIAARTI, LE CURE DI FINE VITA E L'ANESTESISTA RIANIMATORE: RACCOMANDAZIONI SIAARTI PER L'APPROCCIO ALLA PERSONA MORENTE, UPDATE 2018
- Wikipedia, Bioetica.