

Decidere “**per**”, decidere “**con**”: il malato in Terapia Intensiva

Paolo Malacarne
Rianimazione Pisa

.... in Terapia Intensiva

Monitoraggio e Supporto attivo delle
funzioni vitali (respiratoria, cardiocircolatoria, metabolica,
neurologica) in pazienti che hanno in atto (o
sono ad elevato rischio di sviluppare)
insufficienza di una o più funzioni vitali e
nei quali vi sia una prospettiva ragionevole
di recupero

Esito dei malati ricoverati in T.I.

- Mortalità in Terapia Intensiva: 20%-30%
- Mortalità Ospedaliera 25%-35%

Studio GiViTI 2004

84 Terapie Intensive Italiane

3782 pazienti deceduti

Studio GiViTI 2004

546 pz. (**14.4%**) capaci di fornire un consenso all'ingresso in T.I.

307 pz. (**8%**) hanno effettivamente espresso consenso alle cure

76 pz. (**2%**) capaci di fornire il consenso in tutti i momenti decisionali

621 pz. (**16.4%**) capaci di fornire consenso solo in alcuni momenti

Studio GiViTI 2004

- Piano di cure inizialmente deciso con supporto completo: **74.6%**
- Piano di cure completo ma con «D.N.R.»: **18.3%**

Nel **92%** dei casi il paziente era stato ammesso con l'intento di fare tutto il possibile per salvarlo

Studio GiViTI 2004

- Supporto terapeutico pieno al momento del decesso: **38%** dei pazienti
- Supporto pieno, ma non R.C.P.: **28%**
- Non avvio di ulteriori possibili terapie: **16%**
- Sospensione di terapie: **17%**

Studio GiViTI 2004

Chi ha deciso alla fine della vita ?

- Medico singolo: **18,6%**
- Equipe medica: **57%**
- Equipe medico-infermieristica: **24,5%**
- Familiari coinvolti pienamente: **44.4%**
- Familiari coinvolti parzialmente: **14%**
- Familiari informati: **22%**
- Familiari non coinvolti: **17%**

Studio GiViTI 2004

- Il paziente è assente nel processo decisionale
- Una qualche forma di **D.A.** solo nell' **8%**
- Limitazione delle cure (**32%** dei decessi)
- Ridotto coinvolgimento del personale infermieristico nella decisione
- Ruolo incerto dei familiari

Studio GiViTI 2004

- Esiste una notevole variabilità tra le 84 T.I. nella attuazione della limitazione delle cure al momento del fine vita
- Le T.I. che attuano maggiormente la limitazione delle cure in fine vita hanno una "performance" migliore
- La attuazione corretta della limitazione delle cure è un **indicatore di qualità** in T.I.

Le volontà in gioco

- Il **paziente**: è il grande assente
- Il **medico**: certezza / incertezza della prognosi (prospettiva ragionevole di recupero ? Recupero significativo in termini di qualità di vita ?)
- I **consulenti**: il difficile rapporto tra professionisti
- L'**infermiere**: custode del "corpo" del malato e delle emozioni dei familiari

Le volontà in gioco

- I **familiari**: i dubbi; l'"egoismo"

(Familiari, rete di prossimità,)

Decidere “con”

Il consenso informato chiesto ad un paziente ricoverato in T.I.:

- Lucidità mentale
- Stress emozionale
- Conoscenza dei termini reali del problema (es.: la tracheotomia nel paziente affetto da S.L.A.)
- Condizionamento da parte dei familiari
- La “metacomunicazione” del medico

T.I. aperte: cosa può cambiare

Dal “colloquio” tra medico e familiari fatto 1 volta al giorno in 5-10 minuti + la presenza al letto del malato per 1-2 ore al giorno con limitazioni

al contatto quotidiano tra familiari e equipe curante garantito dalla possibilità per i familiari stessi di essere presenti per 8-12 ore al giorno al letto del malato

Si può ricostruire la volontà del malato ?

Chi è autorizzato a decidere “per” ?

*Una situazione analoga: “la
sperimentazione clinica in pazienti
adulti che non sono in grado di dare il
consenso informato in situazioni di
urgenza”*

(Documento del ottobre 2012 del **C.N.B.**)

conclusioni