



# Emergenze intraospedaliere ed aspetti etici: una survey italiana

Luca Cabrini  
Terapia Intensiva Generale  
Ospedale San Raffaele

Gruppi di studio SIAARTI Emergenza e Bioetica

# Avvertenze

- ▶ Quanto segue è il punto di vista degli anestesisti rianimatori. Non La Verità.
- ▶ La Verità è da qualche parte in mezzo a noi, a metà strada tra chi lavora nel MET, chi lavora nei reparti, i pazienti, le loro famiglie. Il resto sono rispettabili opinioni.
- ▶ Questa è un'occasione per confrontarci



# La survey



- ▶ 29 domande frutto di:
  - Revisione della letteratura ed esperienza degli autori
  - Integrazione da parte di tutti i componenti dei GdS SIAARTI Emergenza e Bioetica
  - Temi principali: iniziare o meno l'RCP, ricoverare o meno in ICU
- ▶ Diffusione tramite mailinglist SIAARTI (circa 4000 iscritti) e altre mailinglist



# Risultati



- ▶ 327 questionari compilati
- ▶ 63% da A/R in ospedali non universitari
- ▶ 49% con età lavorativa > 15aa
- ▶ 46% da A/R che lavorano prevalentemente in ICU
- ▶ 66% cristiani, gli altri prevalentemente atei
- ▶ 64% affronta 1-10 emergenze/mese, gli altri più frequentemente



# Risultati



- ▶ Incidenza di decisioni «End of Life» (EOL) durante l'attività come MET: comune per l'82%
- ▶ Coinvolgimento del paziente nel valutare se la RCP o l'ammissione in ICU sono appropriate: spesso per il 50%, mai per il 27%
- ▶ Coinvolgimento della famiglia nel valutare se la RCP o l'ammissione in ICU sono appropriate: spesso per il 72%



# Fattori più rilevanti nel decidere se effettuare o meno una RCP o un ricovero in ICU (1-5, 5 = massima importanza)

	The likely patient life-expectancy with the best care	4 (4-5)
	Patient's wishes if known	4 (3-5)
	Pre-event quality of life	4 (3-5)
	The likely future quality of life	4 (3-5)
	Uncertainty of diagnosis at the decision-making moment	4 (3-4)
	Patient's relatives wishes	3 (3-4)
	Uncertainty of prognosis at the decision-making moment	4 (3-4)
	Ward clinicians opinions	3 (2-4)
	Fear of medical and legal consequences	3 (2-4)
	The available resources (human, technical, etc) at the decision-making moment	2 (2-3)
	Ward nurses opinions	2 (1-3)
	ICU bed availability	2 (1-3)
	The expected costs/benefits ratio	2 (1-3)

IQR= interquartile range



# Quale aspettativa di vita? Con che grado di probabilità?

Minimal required life–expectancy to consider CPR or ICU admission appropriate	N (%)
Intensive Care Unit discharge	35 (14,9)
Hospital discharge	47 (20)
<b>6 months</b>	<b>67 (28,6)</b>
12 months	51 (21,7)
36 months	19 (8,1)
Minimal required probability (the degree of certainty) about the above indicated life–expectancy to consider CPR or ICU admission appropriate:	
At least 75%	40 (17)
<b>At least 50%</b>	<b>113 (48)</b>
At least 25%	39 (16,6)
At least 10%	27 (11,5)



# Tutti d'accordo? No



- ▶ Per il 68%, i curanti hanno opinioni meno restrittive
- ▶ Per il 63% negli anni non si è osservato un miglioramento del livello di accordo. E infatti...



# Incidenza di conflitti per motivi etici

	Never	Rarely	Often	Always	Unknown	Total
With ward Clinicians	11 (4.7)	75 (31.9)	135 <u>(57.4)</u>	12 (5.1)	2 (0.8)	235
With Nurses	86 (36.6)	120 (51.1)	26 (11.1)	2 (0.8)	1 (0.4)	235
With Patients	97 (41.3)	128 (54.5)	8 (3.4)	1 (0.4)	1 (0.4)	235
With Patients' relatives	14 (6)	135 (57.4)	76 <u>(32.3)</u>	9 (3.9)	1 (0.4)	235
With other Intensivists/anesthesiologists	39 (16.6)	146 (62.1)	45 <u>(19.2)</u>	4 (1.7)	1 (0.4)	235

# Cause di conflitto con i curanti

Which is the most common reason of conflict with ward clinicians:	N (%)
Clinicians have not informed patient and family about the possibility of a rapid disease worsening	109 (46.4)
Clinicians are more pessimistic about the possibility of treating patient in their ward (and they insist on his/her admission in ICU)	76 (32.3)
Clinicians are more optimistic about prognosis	42 (17.9)
Other	3 (1.3)
Clinicians are more optimistic about the possibility of treating patient in their ward	2 (0.8)
Clinicians are more pessimistic about prognosis	1 (0.4)
Unknown	2 (0.8)
	Tot. 235

# Cause di conflitto con i parenti

Which is the most common reason of conflict with the patient or his/her family:	
They are more pessimistic about the possibility of treating patient in his/her current ward (and they insist on his/her admission in ICU)	<u>84 (35.7)</u>
They are more optimistic about prognosis	<u>76 (32.3)</u>
There are different opinions in the family	<u>47 (20)</u>
Other	19 (8.1)
They are more optimistic about the possibility of treating patient in his/her current ward	7 (3)
They are more pessimistic about prognosis	1 (0.4)
Unknown	1 (0.4)
	Tot. 235

# Conseguenze (per il MET) della conflittualità

- ▶ I conflitti etici sono causa di stress e disagio per il 77%:
  - Frustrazione (34%)
  - Timore di aver preso una decisione errata (26%)
  - Rabbia (12%)
  - Timore di conseguenze legali (11% – ma il 20% riporta di conoscere colleghi che hanno subito conseguenze disciplinari o legali per decisioni etiche)



# Chi deve decidere su questioni etiche?

- ▶ Il MET: 49%
  - ▶ Il paziente: 15%
  - ▶ I Primari della ICU e del reparto: 12%
  - ▶ I curanti del reparto: 3%
- 
- ▶ Per il 69% i curanti tendono a delegare al MET le decisioni; solo per il 7% i curanti sono sempre partecipi



# Documentare in cartella clinica

- ▶ Per il 55% le decisioni sono riportate in cartella spesso o sempre.
- ▶ Per il 66% le diversità di opinioni non vengono mai riportate in cartella.



# Protocolli e formazione



- ▶ L'84% riporta l'assenza di protocolli ospedalieri condivisi in merito agli aspetti etici
- ▶ Solo il 7% riporta che nell'ospedale di appartenenza sono offerti corsi su questo tema
- ▶ Il 98% ritiene utile o molto utile disporre di protocolli e formazione sui temi etici



# Qualche dato dalla letteratura

- ▶ Incidenza di decisioni a carattere etico durante interventi del MET: 2–30%.
- ▶ Frequenza di disposizione «DNR» per visite del MET fatte elettivamente: doppia rispetto alle visite fatte in corso di emergenza.
- ▶ Le disposizioni (corrette) «DNR» fatte con anticipo hanno effetti positivi su tutti: pazienti, famiglia, staff, ospedale.



# Chi decide, su che basi



- ▶ I fattori identificati dalla survey sono analoghi ad altre survey, anche non coinvolgenti il MET
- ▶ La disponibilità di letti intensivi è un fattore che certamente influenza (inconsapevolmente?) il MET
- ▶ Più del 70% dei pz critici ospedalizzati vorrebbe partecipare alle decisioni
- ▶ In una survey italiana, solo il 16% dei medici di reparto riteneva che le decisioni spettassero al MET

# Possibili soluzioni



- ▶ Adottare stili di rispetto e ascolto reciproci
- ▶ Sviluppare protocolli e documenti condivisi
- ▶ Sviluppare percorsi di formazione condivisi su aspetti etici e aspetti comunicativi.
- ▶ Anticipare il confronto



Per approfondire:

## Ethical issues associated with in-hospital emergency from the Medical Emergency Team's perspective: a national survey

Luca CABRINI, Alberto GIANNINI, Margherita PINTAUDI, Federico SEMERARO, Giulio RADESCHI, Sara BORGA, Giovanni LANDONI, Herbert TROIANO, Marco LUCHETTI, Tommaso PELLIS, Giuseppe RISTAGNO, Giulio MINOJA, Davide MAZZON, Daniela ALAMPI

Minerva Anesthesiol 2015 Jun 05

- Grazie a tutti coloro che hanno compilato il questionario.
- Grazie al dr Giannini per avermi pazientemente insegnato che «complessità» non coincide con «problematicità», ma può rappresentare una «opportunità».



# In conclusione



*\*Take  
home message*

- ▶ Il MET è spesso coinvolto in questioni etiche complesse.
- ▶ La conflittualità con i curanti dei reparti e con i famigliari risulta frequente, con importanti risvolti anche sul benessere professionale.
- ▶ La mancanza di accordo sull'appropriatezza del ricovero in ICU e la mancata informazione dei famigliari sulla prognosi (realistica) sono indicate come le cause principali di conflitto.
- ▶ Mancano protocolli ospedalieri condivisi e formazione, che potrebbero essere la soluzione più corretta.





► [cabrini.luca@hsr.it](mailto:cabrini.luca@hsr.it)



