

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI DIRITTO COMPARATO

*Corso di perfezionamento in BIOETICA*



Cure di fine vita in ospedale  
Futile e inutile

*Relatore:* PROF. VIAFORA CORRADO

*Corsista:* FABBRO EMANUELA

**A.A. 2011/2012**

INDICE	
INTRODUZIONE	Pag. 3
CAPITOLO 1	Pag. 4
1.1 Problemi e dilemmi nelle cure di fine vita	Pag. 4
1.2 Anziani e cure di fine vita	Pag. 5
1.3 Questioni etiche	Pag. 7
1.4 Il concetto di plausibilità e di futilità	Pag. 10
CAPITOLO 2	Pag. 12
LO STUDIO	Pag. 12
2.1 Analisi del problema: cure erogate nel fine vita presso un Ospedale di rete	Pag. 12
2.2 Obiettivo dello studio	Pag. 13
2.3 Materiali e metodi	Pag. 13
CAPITOLO 3	Pag. 14
RISULTATI	Pag. 14
3.2 Descrizione della popolazione e variabili indagate	Pag. 14
3.3 Cure e procedure attivate	Pag. 17
3.4 Il giorno del decesso	Pag. 19
CAPITOLO 4	Pag. 21
DISCUSSIONE	Pag. 21
CAPITOLO 5	Pag. 23
CONCLUSIONI	Pag. 23
5.1 Limiti dello studio	Pag. 24
BIBLIOGRAFIA	Pag. 25

## INTRODUZIONE

In questi ultimi anni stiamo assistendo ad un acceso dibattito su una delle questioni più impegnative e difficili dell'assistenza sanitaria quella degli interventi da riservare al malato cronico in grave compromissione di malattia. Interventi che si collocano come inevitabile dilemma tra prolungare le cure accettando l'eventualità di un accanimento terapeutico, sospenderle o non attivarle rischiando l'abbandono terapeutico o la possibilità di prassi eutanasiche. La nostra società ci spinge sempre più spesso alla negazione della morte, alla sua "tabuizzazione" con la conseguenza di renderci "tutti" impreparati nella gestione del fine vita. Una riflessione sulla morte e il "morire oggi" pone quesiti quali:

- a) i nuovi poteri di intervento sulla vita, determinati dallo sviluppo delle biotecnologie;
- b) l'invecchiamento della popolazione e l'aumento di malattie croniche e invalidanti;
- c) la tendente "rimozione" e/o "espulsione" della morte dai discorsi e dalla coscienza collettiva;
- d) la conseguente "igienizzazione" e "istituzionalizzazione" della morte<sup>1</sup>, che porta ad un aumento dei decessi nelle strutture ospedaliere di persone "vecchie" che solo pochi anni fa morivano dignitosamente nella propria casa.

L'argomentazione bioetica nelle cure di fine vita riguarda scelte quali le informazioni da dare sulla gravità della situazione clinica e della prognosi; ma anche decidere se sottoporre il paziente a procedure diagnostiche invasive; decidere di instaurare e/o proseguire terapie farmacologiche (antibiotici, anticoagulanti, insulina, chemioterapia antitumorale, etc.) o infusioni e trasfusioni a pazienti con prognosi infausta a breve termine; decidere di consentire che i familiari portino il proprio congiunto a morire a casa. Dimenticare il limite proprio dell' arte medica può comportare la perdita di vista della persona nella sua globalità, individualità e dignità. L'incapacità di riconoscere il concetto di "finitezza" porta a non accettare la morte, a negare la sua ineluttabilità o a sfuggirla nella sua complessità antropologica ed esistenziale. La negazione del limite, può inoltre esitare in un rapporto conflittuale tra medico e paziente e all'interno del team di cura, con il risultato della strutturazione di una medicina difensiva paternalistica di stampo contrattualistico<sup>2</sup>. Quando si parla di assistenza al malato terminale, riteniamo che due presupposti debbano sempre essere tenuti presenti per indirizzare il nostro agire: quale sia il fine primario della medicina e quale sia la condotta più adeguata alla natura e al valore della persona. Il primo deve essere letto nel bene del paziente, cosa facile a dirsi, ma spesso dimenticata; il secondo implica che non si tenga conto della sola dimensione organica del paziente, ma della globalità delle sue dimensioni: fisica, psichica, sociale e spirituale. Le problematiche sulle ultime ore di vita in ospedale che verranno di seguito trattate vertono sulla plausibilità che intraprendere alcune pratiche cliniche possa risultare

sproporzionato e futile in base ai principi di autonomia, beneficenza e giustizia. Le questioni di fine vita e le decisioni cliniche che sono prese quotidianamente dai professionisti devono passare attraverso una valutazione bioetica che tiene conto dei valori della persona. Il tema che vorrei affrontare in queste pagine riguarda il concetto di futilità delle cure prestate ai pazienti nelle ultime ore di vita in ospedale.

## **CAPITOLO 1**

### **1.1 Problema e dilemmi nelle cure di fine vita**

L'ospedalizzazione del processo del morire ha mutato radicalmente la percezione della morte, che proprio alla conclusione di una vita coinvolge tutte le dimensioni della persona, in primis la sua individualità e dignità. La cultura attuale ha per lo più bandito dal suo orizzonte la dimensione sociale e familiare della morte, relegando il malato terminale in una struttura ospedaliera fortemente medicalizzante dove il protagonista non sempre è il morente ma l'apparato, l'organo che non funziona. Uno dei concetti chiave sempre più frequentemente richiamato per giustificare le scelte in ambito di assistenza sanitaria è quello della qualità della vita, sappiamo però che questo concetto è attualmente oggetto di ambiguità interpretativa. È sicuramente da rifiutare un'interpretazione della qualità della vita che si ponga in termini selettivi nei confronti della vita stessa, così da considerare degna solo quella vita che raggiunga una certa qualità; la qualità di vita rappresenta senza dubbio un valore, che va però inteso in senso complementare alla vita così che sia naturale ricercare, anche in ambito sanitario e nei confronti di ogni paziente, la migliore qualità di vita possibile<sup>3</sup>. Vi sono crescenti prove che, benché la medicina abbia fatto grandi progressi, in molti paesi gli operatori sanitari gestiscono molto male l'assistenza in fase terminale. La mutata natura del morire richiama in sé temi inerenti alle innovazioni tecniche della medicina che permettono di prolungare i tempi del morire e anche di “come” morire (con sondini, respiratori, tubi inseriti in ogni parte del corpo) allontanando sempre di più il concetto di morte “naturale”, che oggi non è più così chiaro. Assistiamo a un contrasto tra le conquiste della scienza medica e la diffusa incapacità di prendere decisioni sulle cure nelle ultime ore di vita. È possibile che la sola via di uscita consista nella scelta tra qualche forma di eutanasia e di suicidio medicalmente assistito e/o l'accanimento terapeutico? Le cure palliative possono essere inserite come modalità “etica” per ridare dignità alla persona nel fine vita?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le cure palliative come un approccio che migliora la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari di fronte ai problemi causati da malattie che

minacciano la vita, attraverso il controllo del dolore, degli altri sintomi e delle problematiche psicosociali e spirituali.

Dalla letteratura si evince che di tutti i pazienti che muoiono solo il 10% muore improvvisamente o per evento inatteso e ben il 90% dei pazienti muoiono dopo un lungo periodo di malattia e con deterioramento graduale <sup>2</sup>.

L'accompagnamento dei pazienti nella fase finale della vita è dunque uno dei compiti più importanti, delicati e necessari che la medicina contemporanea deve assumere con sempre maggior attenzione, cura e preparazione al fine di dare senso all'affermazione “ *at the very end of life, there is no second chance to get it right.*”

Il dibattito riguarda quali cure devono essere sempre erogate e quali invece possono essere inutili, dannose o sproporzionate e probabilmente non etiche.

In una ricerca del 2003 condotta in tutti i reparti di rianimazione degli ospedali di Milano, solo il 34% dei medici ha risposto di avere familiarità con il concetto di proporzionalità e di futilità delle cure. Tale questione è strettamente correlata a quello delle cure palliative.

In due dipartimenti di emergenza presso un ospedale di Londra circa il 64% dei pazienti over 65 muoiono per un fatto acuto e in poche ore dall'arrivo in ospedale; di questi più del 50% hanno avuto un ricovero negli ultimi 12 mesi e la diagnosi d'ingresso richiedeva l'attivazione di cure palliative che invece venivano erogate solo nell'8%<sup>3</sup>.

## **1.2 Anziani e le cure di fine vita**

L'aumento della popolazione anziana nei vari setting di cura richiede attenzioni particolari per quanto riguarda il rapido deterioramento dello stato di salute, il ricorso a tecnologie invasive e la difficoltà di riconoscere la proporzionalità delle procedure da attivare. Questi pazienti beneficiano della pianificazione precoce delle cure palliative, in particolare l'uso di farmaci analgesici e sedativi che migliorano la qualità di vita senza anticipare la morte come spesso si pensa.

Infatti, la morte dell'anziano in ospedale pone ai professionisti molti dilemmi:

- E' lecito pensare che l'ospedale non sia il luogo migliore dove un anziano debba morire?
- Come si muore oggi negli ospedali?
- In vicinanza della morte quali cure pazienti e famiglie si aspettano dai professionisti?
- Quale formazione professionale ed etica sono necessarie ai professionisti della salute per fronteggiare queste esigenze?

Riflettere su quali siano le cure “utili e necessarie e quelle futili” diviene un imperativo categorico per ridare dignità e umanizzazione al morire.

Dall'analisi di alcuni articoli<sup>1,2</sup> sui pazienti anziani ricoverati nei reparti di emergenza i problemi evidenziati, sono:

- La difficoltà dei professionisti a riconoscere i bisogni di cure palliative;
- L'aumento di pazienti anziani che afferiscono ai dipartimenti di emergenza;
- L'aumento di procedure invasive e di rianimazione messe in atto.

Raccomandazioni scientifiche accreditate<sup>5</sup> identificano piani di cure avanzati e specifici per la “*end-of-life care*”. Riconoscere la terminalità di un paziente anziano con patologia non neoplastica impone cambiamenti radicali, inoltre il bisogno di cure palliative in questa popolazione può essere descritto su criteri prognostici più o meno selettivi.

“criterio ampio”: pazienti in fase avanzata di malattia (alcuni mesi di vita) che presentano neoplasia, bronco-pneumopatia-cronico-ostruttiva, scompenso cardiaco refrattario, insufficienza renale terminale – insufficienza fegato e malattie neurologiche degenerative progressive. Questi pazienti vengono inviati alle cure palliative in base alla diagnosi.

“criterio ristretto”: le patologie sopra descritte e sintomi correlati (dolore, dispnea, nausea, cachessia, confusione e ansia) e/o bisogni sociali complessi (qualche giorno di vita). La definizione più ristretta del bisogno di cure palliative si basa non solo sulla diagnosi ma anche sintomatologia clinica, bisogni socio-assistenziale del paziente e supporto dei caregiver.

In uno studio Francese<sup>2</sup> il 46% dei pazienti over 65 anni muoiono nel dipartimento di emergenza; e di questi il 57% richiede cure palliative negli ultimi 3 mesi o 37% se viene utilizzata una definizione più ristretta di cure palliative.

Riconoscere il bisogno di cure palliative in questa popolazione e attivarle precocemente, previene ricoveri “inappropriati”, migliora la qualità di vita nell'approssimarsi della morte indicando il domicilio come luogo appropriato per morire. Decisioni di rifiuto o prolungamento delle terapie di supporto di fine vita sono presenti nell'80% dei pazienti.

La medicina palliativa ritiene riduttivo mettere in atto cure palliative per target di pazienti selezionati, i modelli di cura più innovativi danno importanza alla qualità di vita della persona piuttosto che allungare la vita, identificare precocemente i pazienti con progressione cronica e incurabile di malattia, fornire cure palliative, definire percorsi in Hospice, discutere prognosi, piani di cura sono le modalità per gestire il fine vita. Nella “*end of life care*” dei pazienti anziani l'argomentazione richiede più un approccio con una forte base etica che di evidenza scientifica.

### 1.3 Questioni etiche

Beauchamp e Childress definiscono così la problematica bioetica :” ogni questione, emersa nella storia clinica del paziente, in cui i soggetti coinvolti (singolo medico, équipe, paziente, famigliari e/o tutore legale) hanno messo in discussione una scelta medica ritenuta minare almeno uno dei tre principi regolatori del sistema della bioetica clinica: beneficITÀ, autonomia e giustizia”.

Il termine “cura di fine vita” va inteso nel significato più completo del prendersi cura della persona, dell’accompagnarla fino alla morte, con modalità e strumenti che si basano sui principi essenziali delle cure palliative, integrati dall’attenzione ad un’assistenza spirituale rispettosa dei valori di ciascun individuo, in un’ottica plurale. Nelle ultime ore di vita le persone manifestano repentine modifiche dello stato di coscienza, dolore, delirio, agitazione e dispnea, questi sintomi richiedono un approccio globale al bene del paziente. La gestione dell’idratazione, dell’alimentazione, di procedure diagnostico-terapeutiche invasive, terapie costose consentendo ai professionisti di assumere decisioni e di giustificare le scelte riguardo a “astenersi/attivare o continuare/interrompere “ alcuni trattamenti per mantenere come obiettivo ineludibile il rispetto della dignità della persona. Nella certezza di una situazione di fine vita l’interruzione di un trattamento o di un sostegno vitale non può essere associato a pratiche eutanasiche ma piuttosto a cura “proporzionata”, mentre attivare/mantenere trattamenti che prolungano l’agonia significa attuare misure ”sproporzionate” ovvero futili e certamente non rispettosi della dignità della persona. Il fatto che esistano alcuni trattamenti che possono prolungare la vita di un paziente per un certo periodo di tempo, non è di per sé un motivo sufficiente per applicare quel trattamento. In questo senso, la disponibilità di bioetecnologia non è un imperativo morale per il suo utilizzo in quel caso su quel paziente in quella situazione. Ciò che deve guidare la messa in atto dei trattamenti medici è, da un lato il principio terapeutico che ne giustifichi l’impiego (indicazione clinica, appropriatezza, efficacia); dall’altro il corollario, da quel principio derivato, della proporzionalità terapeutica che giustifica l’applicazione o la continuazione del trattamento anche se rischioso e/o gravoso in vista di un bene maggiore per il paziente stesso (e, viceversa, ne giustifica l’omissione o la sospensione quando il "peso" è troppo elevato rispetto ai benefici per quel paziente). La decisione in questi casi è una decisione di valore piuttosto che una decisione medica e dunque il coinvolgimento del paziente o dei suoi sostituti rappresenta un dovere morale irrinunciabile<sup>11</sup>. Il dibattito è particolarmente vivace per quanto riguarda:

- Accanimento terapeutico, abbandono, eutanasia;
- Cure proporzionate , utili e cure sproporzionate e futilità;
- Astensione, sospensione e prolungamento delle cure;

- Rischio di tecnicismo, abbandono e disumanizzazione.

Quando si praticano e si prolungano trattamenti che per il paziente non portano a obiettivi di prevenzione, guarigione, riabilitazione o sollievo dal dolore possiamo essere certi di praticare cure “futili” che non fanno il bene del paziente<sup>4</sup>. Sul diritto del paziente di sottrarsi a cure sproporzionate e, prima ancora, sul *dovere* del medico di astenersi dal praticarle, vi è unanimità di vedute.

La discussione riguarda l’ammissibilità, sul piano morale e sul piano giuridico, di rifiutare o di rinunciare alle cure, in condizioni di autonomia o dipendenza, che pur non ritenute accanimento clinico, non migliorano le condizioni di vita del paziente ma prolungano soltanto la sua malattia dall’esito comunque inesorabile.

La questione della possibilità di dare effetto a un rifiuto/rinuncia consapevole al trattamento costituisce perciò una questione di grande rilievo in una medicina altamente tecnica

I richiami costituzionali e normativi confermano che, se da un lato è riconosciuto un fondamentale diritto ad essere curati, dall’altro non è configurabile per il singolo un obbligo generale di curarsi, non essendo la tutela della salute passibile di imposizione coattiva, se non nei limiti e con le garanzie previste dall’ art. 32, comma 2, della nostra Costituzione.

L’ordinamento vigente non ammette, dunque, l’imposizione forzata di un trattamento autonomamente e coscientemente rifiutato, pur se necessario al mantenimento in vita della persona. Ricordiamo che la nutrizione artificiale è considerata un trattamento medico, allora deve essere legittimato attraverso il consenso del paziente. Questo diritto non può essere limitato a una certa fase della vita o legata allo stato di coscienza (punto di vista liberale).

Il medico ha il dovere morale di comunicare la verità e di essere vero nell’agire e nel parlare, nella relazione con il malato riconosce il “bene” della persona comprese incertezze, sofferenze e paure. L’articolo 9 della Convenzione europea sui diritti umani (Convenzione di Oviedo), sancisce che nel caso in cui il paziente non sia in grado di esprimere i propri desideri, si deve tener conto di quelli espressi precedentemente. E’ in questa relazione che si stabilisce quali sono le cure futili da quelle che invece sono utili e necessarie al paziente e alla sua famiglia per affrontare la morte nel rispetto e nella dignità della persona umana. Nelle fasi di fine vita l’alleanza terapeutica medico – paziente - familiari deve mirare a ricercare il bene del paziente nel rispetto intrinseco che ogni malato porta con sé un valore incondizionato, fondamento di ogni agire medico. La posizione del Comitato Nazionale di Bioetica sulle questioni di fine vita auspica che si diffonda sempre più nella coscienza civile e in particolare in quella dei medici, la consapevolezza che l’astensione dall’ accanimento terapeutico assume un carattere doveroso. La congregazione per la Dottrina della fede nella dichiarazione sull’eutanasia (1980) riguardo alla proporzionalità delle cure afferma che nell’imminenza di una morte inevitabile, nonostante i mezzi usati, è lecito prendere decisioni di



rinuncia a trattamenti che procurerebbero solamente un prolungamento precario o penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali, dovute al paziente in casi simili. In questo caso i trattamenti medici non sono assolutamente obbligatori, la morte è accettata come risultato della malattia e il paziente non viene abbandonato ma accompagnato con le cure palliative. L'assoluta diversità di ordine che intercorre tra l'evento morboso e la morte fa sì che grazie alle nuove tecnologie sia sempre più semplice per i professionisti “fare” piuttosto che “non fare” e incorrere in procedure assimilabili all'accanimento diagnostico, terapeutico e riabilitativo piuttosto che prevedere la morte e accompagnare la persona nel fine vita. Diventa plausibile pensare che alcune terapie fatte poche ore prima di morire prolunghino inutili sofferenze, generino conflitti e false speranze, per tale motivo dedicare la massima attenzione alla comunicazione/relazione tra medico/paziente/famiglia e il team di cura è prioritario. Un'etica “relazionale” dove si condividono scelte, percorsi e cure, in quel che si sintetizza nell'etica della relazione<sup>8</sup>. In questo caso il concetto di accanimento terapeutico può diventare sinonimo di “medical futility” e sproporzionalità delle cure. Un tema chiave che si pone, dunque, in modo trasversale a tutte le questioni etiche di fine vita è quello della proporzionalità dei trattamenti, concetto fondamentale per esprimere un giudizio di eticità in merito alle fasi finali della vita. Il rischio più frequente è quello di iniziare o continuare interventi che, a ben considerare, possono assumere facilmente il carattere dell'accanimento terapeutico. Rimane, comunque, spesso difficile riuscire a definire il confine fra il fare terapeutico e il fare palliativo.

Dal punto di vista consequenzialistico astenersi o sospendere un trattamento comporta l'accettazione inevitabile della morte. Nelle questioni di fine vita accertata, questo può diventare invece una modalità di rispetto della dignità della persona, utile al fine di evitare sofferenze e di beneficenza e non maleficenza. Mentre prolungare e/o attivare trattamenti anche in nome dell'indisponibilità della vita come valore assoluto, può violare il concetto di dignità della persona, qualità della vita e impoverimento dell'essere umano.

Per quanto riguarda il principio di giustizia diventa importante declinare i criteri di futilità e della gravosità della situazione clinica esistenziale in modo da non incorrere in discriminazioni o selezione. Un altro dilemma posto dalla questione del fine vita è lo stato di coscienza e vulnerabilità di questi pazienti per quanto concerne la capacità di decidere autonomamente e di comprendere la situazione. Austin Wendy sostiene il passaggio da un'etica prettamente normativa ad un'etica delle relazioni in cui il team di professionisti accompagna il paziente e la famiglia nelle decisioni di fine vita evitando quello che è la medicina difensiva della deresponsabilizzazione. Jonas invece il principio di responsabilità lo introduce come valore assoluto, che mira a dare maggior ascolto alle possibilità dannose delle tecniche piuttosto che a dubbie promesse positive<sup>4</sup>.

Il diritto può entrare nelle decisioni da prendere nel fine vita? E' possibile definire per legge se avviare o meno una nutrizione artificiale? Il professionista può agire nei confronti di un malato senza tener conto delle preferenze di quest'ultimo quando può esprimerle? Quanto e come l'individuo, in Italia oggi, ha la possibilità di scegliere come morire? A queste domande sembrano essere più pertinenti le risposte offerte dall'alleanza terapeutica medico-paziente, da un'etica dell'accompagnamento e della cura e da una relazione capace di ascoltare i vissuti e le storie individuali.

#### **1.4 Il concetto di plausibilità e di futilità**

Si osserva, da qualche tempo, che su problemi complessi, scienziati, tecnici ed esperti sono sempre in disaccordo tra loro. Le controversie scientifiche si trasformano in conflitti sociali quando si passa dal campo della ricerca a quello dell'applicazione, che coinvolge la cittadinanza nel processo decisionale. Quando dobbiamo intraprendere delle scelte "prendere decisioni" che interessano la collettività un concetto che ci può essere utile è il concetto di plausibilità. Un concetto è plausibile quando è accettabile, convincente, credibile, possibile, probabile. Le innovazioni tecnologiche e il progresso scientifico stanno ridisegnando i confini etici della condizione umana. Alcuni cambiamenti incidono sulla sostenibilità delle cure e sull'equità della distribuzione delle risorse. Nel dibattito etico problemi cruciali che richiedono un'attenta argomentazione sono: i soggetti da utilizzare per fare ricerca (popolazione sana, malati bambini anziani), gli accertamenti del rischio delle malattie, il principio di precauzione, la richiesta d'identificazione dei trattamenti dannosi e le misure di costo-efficacia. Il concetto di plausibilità può essere applicato su scenari di ampio respiro (biotecnologie, ricerca scientifica, politiche) e si pone come indicatore per identificare le possibilità "serie" dell'uso, dell'introduzione delle innovazioni tecnologiche e scientifiche. Fra tutte le tecniche studiate da James Faubion<sup>10</sup> per risolvere questo dilemma la metodica della "casistica", il ragionamento per analogie, esempi ed esperienza è quella più utilizzata. Moderne forme di ragionamento trovano questa modalità superata ma nell'argomentazione quotidiana e nel modo di pensare abituale, giuridico e scientifico è diffuso e difficilmente confutabile. Questo non significa che ogni decisione deve essere assunta su basi di plausibilità, ma la plausibilità ci aiuta a interpretare le possibili conseguenze delle nuove tecnologie. Quando ci troviamo di fronte a innovazioni tecniche da introdurre sul mercato, o nella pratica clinica il concetto di plausibilità ci permette di descrivere con gradualità quali possono essere i "possibili problemi" e le conseguenze. La plausibilità ci aiuta a porci in modo critico rispetto alle nuove tecnologie e al progresso. Quale probabilità può avere un'idea di innovazione e quanto può interpretare la verità delle cose. La sfida

che pone il concetto di plausibilità sta nel fatto che in alcuni contesti il significato può suscitare azioni legali, argomentazioni, dibattiti e controversie. In uno scenario, una previsione di affermazione socio-tecnica, noi la giudichiamo come plausibile non solo per ciò che è, ma anche in base a quello che siamo e alle conoscenze disponibili al momento. Non è ben chiaro quali siano le discipline che possono offrire la migliore soluzione ai problemi posti dalle nuove tecnologie. Chiarire le questioni di plausibilità può essere un indicatore di ciò che riteniamo utile fare al fine di prendere decisioni. Il concetto di plausibilità serve per indirizzare i nostri sforzi deliberativi alla ricerca della giustificazione del nostro agire. Ma che cosa è plausibile e, cosa ancora più importante, forse, come giudicare se le proposte che ci vengono fatte dal mondo scientifico o giuridico siano più o meno plausibili è il vero dilemma. Il quadro teorico in cui si muove tale concetto è sui fatti e casi o situazioni non facili (difficili, complesse). La nuova realtà biomedica coglie come opportunità la plausibilità come ad esempio pensare che nuove innovazioni possano seriamente migliorare, guarire alcune malattie. La definizione di plausibilità è un modo diverso per dire "possibilità seria" dove la parola seria s'inserisce come nozioni di probabilità, conseguenza, preoccupazione. La comunità scientifica ci spinge a considerare seriamente l'argomento e considerare plausibile tutto ciò che è fattibile. Ma quello che le persone considerano "seriamente possibile" dipende da molti fattori e molto controversi. Riguardo alle nuove tecnologie ci sono innovazioni che non sono considerate possibili perché non sembrano avere vantaggi di performance, di efficienza, convenienza o di costi. La definizione di plausibilità deve essere situata, ricondotta ad azioni seriamente possibili nel mondo reale. Alcuni autori chiedono di focalizzare il giudizio di plausibilità come base per la scienza, la politica, la deliberazione pubblica e l'accertamento tecnologico. Ci sono comunque delle difficoltà nel determinare se quel fatto/evento sia "seriamente possibile" o tecnicamente fattibile o addirittura probabile, la plausibilità prende in considerazione i possibili scenari per una deliberazione pubblica e lo scetticismo dei trattamenti tecnici per la soluzione dei problemi. Quale concetto può aiutarci a guidare l'etica del presente e quella del futuro? Quando prendiamo delle decisioni come facciamo a provare che quelle decisioni corrispondono alla verità? Il concetto di plausibilità è la cornice epistemica in cui si inserisce il concetto più pratico di futilità, "*Futility*" è un concetto molto dibattuto in bioetica perché parte dal presupposto che si può stabilire oggettivamente quale trattamento sia futile. Nel mondo anglosassone il termine "futilità" significa "inadeguatezza a realizzare uno scopo determinato o a produrre un risultato: l'inefficacia". Questa espressione ha acquistato nelle questioni mediche una connotazione etica di difficile definizione. Nella pratica l'espressione futilità medica serve per dare un giudizio clinico di prudenza in particolare nelle fasi di fine vita.

Le pratiche futili in medicina sono ben identificate, il medico conosce quali sono le pratiche futili mentre il concetto generale di futilità di un intervento dipende sempre anche dal giudizio del paziente: un intervento può essere medicalmente futile, ma per un paziente che ha ancora progetti da portare avanti (vedere i suoi nipoti nascere, aspettare il suo compleanno, il matrimonio di un suo familiare, sistemare questioni economiche etc...) questo stesso trattamento non è per nulla futile. Dall'altro lato può essere dichiarato futile un trattamento da un paziente, che medicalmente non sembra per niente futile. Inoltre ci sono trattamenti, dove non abbiamo certezze sull'effetto buono della terapia e dove le decisioni avvengono su basi di scarsa evidenza scientifica (nutrizione forzata, idratazione parenterale, chemioterapia nei pazienti terminali). Diventa importante per il medico discutere il concetto di futilità nel colloquio con il paziente e la famiglia in particolare sulle decisioni da prendere per il fine vita. Ci possono essere situazioni, dove medico, paziente e famiglia possono trovarsi in contrapposizione "vuole che sia fatto tutto... c'è sempre speranza" è qui la difficoltà è nel tempo da dedicare alla comunicazione/relazione. La responsabilità è del medico che fornisce la cura che deve guidare il paziente e la famiglia ad essere realistici in particolare sulle cure di comprovata inutilità. Il concetto di futilità non riguarda solamente l'ambito clinico ma rappresenta un dovere etico. Nelle ultime ore di vita di una persona le cure raccomandate riguardano le cure di confort e le cure palliative.

## **CAPITOLO 2: Lo Studio**

### **2.1 Analisi del problema: cure erogate nel fine vita presso un Ospedale di rete**

Presso l'ospedale di San Daniele del Friuli da alcuni anni c'è un impegno da parte dei professionisti sulla sensibilizzazione delle cure palliative e su questioni etica nel fine vita. Il fenomeno dei pazienti ultra 65enni che entrano in ospedale e che muoiono entro 72 ore è rilevante e in aumento. In uno studio effettuato nel 2011 nei reparti di medicina dell'area Vasta Udinese la percentuale è del 37%. Questi dati sono confermati anche da studi nazionale ed internazionali. Riconoscere che le persone vanno a morire in ospedale suscita alcune perplessità e per chi lavora nelle cure domiciliari anche un po' di (sconfitta, delusione, frustrazione) in quelle che sono le cure primarie. Pensiamo a come è modificata la famiglia negli ultimi anni, il conseguente diffondersi di Caregiver stranieri, e delle innovazioni tecniche che hanno ridisegnato la morte e il morire dei nostri anziani. Nei nostri ospedali si muore con "fili e tubi attaccati", eppure piani sanitari sensibili hanno saputo creare percorsi adeguati sul fine vita. Indagare come muoiono le persone in ospedale è lo scopo del presente studio. L'Indagine è stata effettuata sulle cure erogate a tutti i pazienti che entrano in ospedale e muoiono in poche ore, in particolare quanti e quali trattamenti vengono attivati o sospesi durante tale periodo al fine di individuare quali possono essere le cure futili e quali invece le cure

utili in particolare riguardo all'attivazione di misure di confort e palliative. Le persone che arrivano in pronto soccorso già in fase terminale di vita ricevono una serie di procedure diagnostiche e terapeutiche che al fine sia della sopravvivenza che della qualità della vita risultano inefficaci o futili e possono essere assimilabili a pratiche definite di accanimento terapeutico. Questo problema diffuso nelle aree d'emergenza e nei reparti di medicina sta diventando un problema di discutibile "buona pratica clinica". L'ospedale Sant' Antonio serve un bacino di circa 100.000 abitanti della fascia collinare friulana, fa parte dell'Azienda per i servizi Sanitari n°4 "medio friuli", che ha sede a Udine. L'ospedale è un presidio "storico" della Regione Friuli Venezia Giulia è un ospedale di rete con 5 distretti socio-sanitari. Ha un volume di attività annua di circa 10.000 ricoveri tra degenze ordinarie e diurna, 30.000 accessi al Pronto soccorso, 4.000 interventi chirurgici e oltre 1.100 parti. Le persone che muoiono ogni anno in ospedale sono circa 350, prevalentemente nel reparto di Medicina Interna e nella Terapia Intensiva. La filosofia delle cure palliative, è poco diffusa, come pure è poco evidente la sensibilità dei professionisti nell'accompagnare il paziente e la sua famiglia nel processo del morire.

## **2.2 Obiettivo dello studio**

1. Identificare i trattamenti erogati a tutti i pazienti che sono accolti in ospedale e muoiono entro 72 ore dal ricovero.
2. Descrivere le prestazioni "utili e futili" somministrate durante il percorso di cura.

## **2.3 Materiale e metodi**

Sono state analizzate, attraverso una griglia di raccolta dati, tutte le cartelle cliniche dei pazienti accolti in ospedale che muoiono entro 72 ore dall'arrivo in pronto soccorso. La terminalità del paziente è stata accertata dai medici e/o dalla tracciabilità di alcuni parametri: stato di coscienza, mobilità, gravità di malattia. Le variabili analizzate nei 3 giorni di degenza del paziente comprendono:

- Interventi diagnostico terapeutici eseguiti ogni giorno;
- Terapie intraprese, farmaci somministrati, infusioni, nutrienti;
- Procedure invasive e le consulenze effettuate;
- Cure di confort e palliative.

Per cure di confort e palliative qui s'intende: l'igiene della persona, la cura del cavo orale, l'allocazione del paziente in una stanza singola, il supporto spirituale e/o psicologico la tracciabilità

del grado di soddisfazione percepita dai familiari sulle cure erogate, il sollievo dei sintomi di fine vita (dolore, angoscia, agitazione, paura) il colloquio medico-familiari, tracciabilità scritta di “cure di confort”, “cure palliative” sospensione di farmaci e terapie “inutili”, somministrazione di analgesici e sedativi. La scelta di identificare sia le cure di confort sia quelle palliative sono proprio per indagarne l’uso e la conoscenza. I dati sono stati raccolti per singolo giorno compreso il giorno del decesso per verificare quali e quante procedure erano sospese e/o attivate. L’attenzione è stata posta alla numerosità delle procedure non alla qualità. I dati sono stati elaborati da un database statistico (SPSS19).

## CAPITOLO 3: Risultati

### 3.1 Descrizione della popolazione e variabili indagate

I pazienti inclusi nell’indagine sono tutti i pazienti accolti presso l’ospedale di Sant Antonio e deceduti entro 72 ore dall’ingresso nell’ anno 2011. La popolazione totale è di 77 pazienti.

Di questi il 60% è di sesso femminile, l’ età media di 82 anni e mediana di 84, il range di età va da 51 a 103 anni. La popolazione è da annoverare tra la popolazione “grande anziana.”

*Tabella 1. Caratteristica della popolazione*

		N	%
s e s s o	F	46	59,7
	M	31	40,3
c l a s s i d i e t à	< 65	8	10,5
	66 - 81	22	28,5
	> 82	47	61,2
m e d i a = 82			
r a n g e 51 - 103			

#### *Tempo trascorso dal decesso .*

La permanenza di questi pazienti in ospedale è così distribuita: Il 38% dei pazienti muore entro 48 ore dal ricovero, il 34% entro 72 mentre il 28% entra in ospedale e muore nelle prime 24 ore. Delle persone che muoiono entro 24 ore più del 50% muore entro le prime 12.

Tabella 2: tempo-ricovero

TEMPO ore	Tot= 77] N	%
Entro 24	22	28,5
Entro 48	29	37,6
Entro 72	26	33,9
Tempo medio decesso 33,6		

I pazienti giungono in pronto soccorso con l'ambulanza del 118 (90%) senza richiesta di ricovero da parte del medico (61%) in questo caso è il familiare e/o caregiver a richiedere un intervento d'urgenza. I pazienti provengono per il 75% da casa i restanti da residenza per l'assistenza o case di riposo. I pazienti che sono seguiti da servizi territoriali (servizio domiciliare e/o infermieristico) sono il 32% Dalla documentazione sanitaria, i medici hanno rilevato che si trattava di una condizione di fine vita (28%), e hanno comunicato la situazione di gravità ai familiari dei pazienti nel 61%. Sono inoltre state indagate la presenza in cartella delle Direttive Anticipate di Trattamento.

Tabella 3: Caratteristiche all'accoglimento

		N	%
provenienza	118	70	90,1
	casa	58	75
senza richiesta di ricovero		47	61
seguiti dal territorio		25	32,4
accertamento di fine vita		22	28,5
comunicazione di gravità		47	61

La gravità della situazione clinica del paziente è stata valutata dai medici.

Il 71% presenta più di 3 patologie, le più rappresentate sono le neoplasie (32%) l'insufficienza d'organo (28%) e le infezioni (17%). Per quanto riguarda lo stato di coscienza, gli infermieri registrano che il 50% dei pazienti sono incoscienti, 46% coscienti e 4% un alterato stato di coscienza. Tutti i pazienti erano totalmente dipendenti per le attività di vita quotidiana.

Tabella 4: Profilo sanitario dei pazienti

PATOLOGIE		
	N	%
neoplasia	25	32,4
Insufficienza d'organo	22	28,5
infezioni	13	16,8
cachessia	5	6,5
sindrome neurologiche	6	7,7
Altro	6	7,7
<b>NUMERO COMORBIDITA' &gt; 3</b>		<b>71,4</b>



### 3.3 Cure e procedure attivate

Sono qui sotto riportate le procedure e le terapie erogate ai pazienti nei giorni di permanenza in ospedale. Le procedure invasive dall'arrivo in pronto soccorso fino al giorno del decesso includono applicazione di devices (catetere vescicale 40%, sondino naso gastrico 6%, gastrostomia endoscopica percutanea (peg) 2%, catetere venoso centrale 5%, catetere venoso periferico 100%, prelievi di sangue per esami ematochimici 180%).

Le procedure diagnostiche comprendono (elettrocardiogramma 100% ,Rx torace 80%)

Per quanto riguarda le infusioni parenterali, sono qui descritte le infusioni di liquidi e/o nutrienti. L'ossigeno terapia, l'infusione di liquidi e nutrimenti sono le variabili che nei giorni subiscono un aumento incrementale. Man mano che aumenta la gravità del quadro clinico sono attivate l'ossigeno terapia, l'idratazione e la nutrizione artificiale. Le consulenze di rianimazione sono significative visto la caratteristica della popolazione e l'età ( 20 % dei casi).

Tabella 5: Caratteristiche e numerosità di procedure/terapie per giorno

Prestazioni	1° giorno N = 77	2° giorno N = 55	3° giorno N = 26
Procedure invasive	166	87	18
Procedure diagnostiche	105	15	4
Consulenze / rianimazione	10	6	4
Farmaci $\geq$ 4	53	33	16
Ossigeno	64	45	20
Infusioni	71 11	50 13	25 9
Rilevazione parametri	74	52	24

*Tabella 6: cure erogate*

Per quanto riguarda le cure “di confort e Palliative” erogate ai pazienti durante la degenza, osserviamo che la rilevazione del dolore, è presente nel 12% dei pazienti, nonostante sia riconosciuto come elemento fondamentale nell’etica dell’accompagnamento del paziente terminale e il primo sintomo da salvaguardare. Dalla tabella possiamo evincere che gli analgesici sono somministrati nel 69%. 67% e 84% rispettivamente nel terzultimo, penultimo e ultimo giorno di vita.

L’infusione continua di analgesici e sedativi è comunque poco distribuita, i farmaci sono maggiormente somministrati per via orale e/o endovena al bisogno senza un definito programma di analgesia con molecole e dosaggi guidati dalla rilevazione dell’efficacia del trattamento secondo un obiettivo chiaro di “assenza di dolore”. Le cure di confort e/o palliative sono ancora poco attivate (25%,35%,38% rispettivamente nei tre giorni analizzati).

*Tabella 6 : cure palliative e di confort*

<b>Cure erogate</b>	<b>1° giorno N = 77</b>	<b>2° giorno N = 55</b>	<b>3° giorno N = 26</b>
Misure di confort	19	19	10
Rilevazione dolore	39	18	9
Analgesici sedativi	53 18	37 13	22 7
Cure palliative	18	19	10

### 3.4 Il giorno del decesso

I dati riportati dalla tabella (7) indicano che il 92% dei pazienti muore con un infusione in corso (idratazione) con l'ossigeno in maschera (90%) con analgesici in terapia (70%) e, solo nella metà dei casi con i familiari accanto. La stanza singola è riservata al 31% dei pazienti e il 23% ha una sedazione in corso.

La nutrizione artificiale è presente nell'1,2%, il supporto spirituale è poco richiesto (9.1%). La sospensione dei trattamenti e/o terapie è effettuata nel 23% dei casi.

Tabella 7: il giorno del decesso: terapie in atto/ sospensione

<b>CURE EROGATE IL GIORNO DEL DECESSO</b>		
IDRATAZIONE	71	92,3
OSSIGENO	69	89,6
ANALGESICI IN CORSO	56	72,7
PRESENZA DI FAMILIARI	39	50,6
STANZA SINGOLA	24	31,1
SEDAZIONE IN CORSO	18	23,3
SUPPORTO SPIRITUALE	17	9,1
NUTRIZIONE ARTIFICIALE	11	1,2
SOSPENSIONE TERAPIA	18	23,3

## CAPITOLO 4: **Discussione**

Dall'analisi dei dati emerge la difficoltà da parte dei professionisti di identificare precocemente i pazienti cui rimangono poche ore di vita, dato confermato dalla letteratura<sup>3</sup>, e di identificare il bisogno di cure palliative nonostante la gravità della situazione sia spesso comunicata ai familiari (tabella 3). Questo potrebbe significare che il medico è più attento alla patologia e alla gravità della situazione piuttosto che alla persona nel percorso di fine vita. L'importanza dell'accertamento precoce di una situazione di terminalità, permette ai sanitari di stabilire obiettivi di fine vita (ovvero i desideri del paziente: luogo dove morire, la frequenza degli interventi, le cure, le presenze accanto a sé etc...). Il fallimento nell'identificare i segni e i sintomi di morte imminente può portare a intraprendere trattamenti che sono futili e che possono portare a conflitti tra paziente familiari sanitari oltre che tensioni all'interno del team stesso di cure. Quest'atteggiamento distoglie i professionisti e i familiari dall'accompagnare il paziente alla morte a dare senso e significato a questo importante momento; *“ at the very end of life, there is no second chance to get it right.”*

Le cure dedicate ai morenti possono essere comprese sia come cure di confort sia palliative anche se quest'ultime è un approccio più globale e non sono limitate agli ultimi giorni di vita.

Lo sviluppo delle cure palliative prevede team dedicati che operano trasversalmente sia in ospedale sia sul territorio, riconoscendo che il domicilio è il luogo privilegiato per la morte e il morire.

Le cure palliative sono una filosofia e un approccio alla cura. Anche se i termini cure palliative, hospice e cure di fine vita, sono spesso usati come sinonimi, ci sono delle differenze. Le cure palliative non sono limitate alla cura degli ultimi mesi o giorni di vita. Piuttosto, le cure palliative possono essere usate in combinazione con trattamenti curativi. L' Hospice, invece, si riferisce agli ultimi mesi vissuti in una struttura specializzata. La Canadian Hospice Palliative Care Association (CHPCA) definisce le cure palliative in hospice come un approccio di cura allo scopo di: "alleviare la sofferenza e migliorare la qualità del vivere e del morire. Approccio di cura che si sforza di aiutare i pazienti e le famiglie: 1) Indirizzare i problemi fisici, psicologici, sociali, spirituali e pratici, le loro attese, i bisogni, le speranze e le paure, 2) Preparare e gestire il termine della vita in modo autodeterminato e il processo della morte e 3) Fronteggiare (Cope) la perdita e il dolore durante la malattia e il lutto"<sup>5</sup>

In uno studio di coorte effettuato in Francia e in Belgio in pazienti che muoiono presso il dipartimento di emergenza, le cure palliative erogate erano del 56% e consistevano in: analgesia 59%, sedazione 39%, igiene della bocca 37%, cure di confort 35%, supporto emotivo 27% e ai parenti 54% supporto spirituale 7%.

Tutti dati paragonabili al presente studio dove l'analgesia è somministrata nel 72% la sedazione il 23% (versus 39%). Il 50% registra la presenza di familiari. Solo il 31% è accolto in stanza singola. L'approccio ai pazienti nelle ultime ore di vita dovrebbe favorire "cure" che rispettano la morte come processo normale, con i valori della persona i principi etici di autonomia, beneficenza riservatezza e giustizia in primo piano. Mettere in atto le stesse procedure che sono riservate a pazienti che ricercano la guarigione o la stabilizzazione di una cronicità non tiene conto dei principi sopra descritti e non permette al paziente e ai suoi familiari di "prepararsi" per l'ultimo viaggio. Misconoscere questo momento porta a prolungare le cure invece che sospenderle con la conseguenza inevitabile di disumanizzazione della morte. In studi internazionali la decisione di sospendere o prolungare le terapie avviene nell'80% dei pazienti che sono in fase terminale di vita, la mediana tra ricovero e morte è di 19 ore ma solo nel 21% le cure sono limitate. Quello che appare più consistente dai dati rilevati che a fronte di una gravità della situazione dichiarata (47%) non corrisponda un decision making plausibile e ponderato, lasciando che le attività di routine guidino l'agire medico. Una riflessione sul numero rilevante di consulenze dei rianimatori (13%,11%,15%) richieste rispettivamente negli ultimi tre giorni rafforza il concetto di una medicina difensiva che guarda l'organo e non la persona. Dall'analisi delle cartelle si rileva una scarsa tracciabilità della situazione di fine vita, scarsa abitudine a pianificare e a prendere decisioni in modo collegiali e interprofessionale, che risulta essere ancora poco esercitato. Alcune riflessioni nascono dalla lettura nelle consegne degli infermieri sulla modalità di effettuare "procedure" e di percepire nel fare un vero e proprio accanimento nei confronti del malato, quasi a mettere in luce la necessità e voglia di migliorare.

## CAPITOLO 5: Conclusioni

L'indagine effettuata in un ospedale di rete richiede una riflessione sulla pratica clinica e sulla cultura delle cure palliative. I medici risentono molto la cultura di una medicina difensiva e si evince una reale difficoltà nell'affrontare le decisioni dei pazienti nel fine vita. L'implementazione di percorsi di cure dedicati, lo sviluppo di programmi avanzati e la formazione continua sono i presupposti per affrontare i temi etici del fine vita. Lo sviluppo dei comitati etici in ospedale a supporto delle decisioni nella pratica clinica può essere di aiuto e divenire strumento d'innovazione e cultura nonché di redistribuzione delle risorse sanitarie. La letteratura indica molto chiaramente quali siano le cure da mettere in atto nelle ultime ore di vita, e in Europa molti sono gli Stati che hanno disciplinato le cure di fine vita. Se il dilemma etico di sospendere o prolungare alcuni trattamenti è rilevante in particolari situazioni quali terapia intensiva e neonatologie in una fase certa di terminalità, il problema non dovrebbe porsi se non in un'ottica di accompagnamento e di etica relazionale. Riconoscere che gli ultimi giorni di vita di una persona sono tutt'altro che un fatto medico ma un commiato che richiede relazione, cura e un'etica di altruismo capacità di star "vicino" alla persona che soffre. La nutrizione artificiale è considerata una terapia essenziale dalla legge sul "fine vita", in discussione in parlamento, ma il cardinale Carlo Maria Martini negli ultimi suoi giorni di vita la rifiuta in quanto forma di accanimento terapeutico scegliendo la via delle cure palliative non solo come trattamento di analgesici e sedativi ma come cure dell'atmosfera di chi sta vicina al malato e alla sua famiglia. Il mondo occidentale sta dimenticando come accompagnare le persone nel fine vita, familiari personale sanitario sono impreparati di fronte alla sofferenza e alla terminalità. La tecnica, la procedura, l'invasività toglie la possibilità al professionista di un incontro autenticamente umano con la persona che muore, un'esperienza che riconosce l'importanza dell'individuo - uomo. Riconoscere anche all'ospedale la capacità di ridare significato al processo del morire riuscendo a "orientare la pratica medica iniziando da un'alleanza terapeutica è meglio di tanti approcci d'ispirazione contrattualistica o utilitaristica, e di un approccio centrato sulla assolutizzazione del bene vita"<sup>4</sup>.

## 5.1 Principali limiti dello studio

Il lavoro presenta alcuni limiti metodologici e di contesto:

- Lo studio è stato condotto in un ospedale di rete e risente delle caratteristiche e peculiarità intrinseche difficilmente confrontabili con altri studi;
- La ridotta numerosità del campione, e la ricerca quantitativa richiede altre ricerche per approfondire le informazioni sulla motivazione delle “scelte” che i professionisti dispongono nelle cure di fine vita;
- Il percepito da parte dei familiari delle cure erogate ai propri congiunti, è stato indagato solo marginalmente. Questo elemento potrebbe essere un valido supporto alla pratica clinica e alla ricerca;
- La griglia di raccolta dati è stata costruita su variabili sensibili descritte in letteratura e non ha carattere di validazione come pure l’interpretazione da parte dei rilevatori sul concetto di cure di confort e cure palliative;
- L’utilizzo della documentazione sanitaria come unica fonte di rilevazione dei dati può dare allo studio poca confrontabilità.

## BIBLIOGRAFIA

1. Beynon T, et all. How common are palliative care nneed among older people who die in the emergency department? *Emerg Med J* 2011; 28:491-495
2. Van Tricht M, et all. Palliative care for patients hwho died in emergency departments: analysis of a multicenter cross-section survey. *Emerg Med J* 2011
3. Emanuel I, Ferris FD et all (2010) The last Hours of living: Practical Advice for Clinicians: Disponibile [Http://cme.medscape.com/viewarticle/716874\\_27/02/2010](http://cme.medscape.com/viewarticle/716874_27/02/2010)
4. Viafora C. Introduzione alla bioetica, Franco Angeli Milano 2009.
5. Clinical Best Practice Guidelines. End-of-life-care during the last days and hours RNAO Settembre 2011
6. Pessina A. Scelte di confine in medicina. Sugli orientamenti dei medici rianimatori, Vita e pensiero, Milano 2004
7. Thompson RJ. Medical futility: a commonly used and potentially abused idea in medical ethics. *Br J Hosp Med*, 2011Feb;72(2):96-9
8. Austin W. Relational Ethics in Health Care (lezione 11 maggio Corso Bioetica 2012)
9. Roy J. Hospital Policy on Medical Fytility “Does it Help in Conflict Resolution and Ensuring Good End of life care? *Ann Acad Med Singapore* 2011; 40: 19-25
10. Ethics, Plausibility and Innovation .Workshop Ispra 2012
11. Mordacco M. “imperativo categorico” (lezione del 3 febbraio Corso di Bioetica Padova 2012)
12. Mason Pope T. Controversies Abound in End-of-Life Decisions. *Am J Crit care* 2009;18:401