



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

MASTER BIENNALE DI II LIVELLO
DI
ALTA FORMAZIONE E QUALIFICAZIONE IN CURE PALLIATIVE

Direttore: prof. Gian Luigi Cetto

2011 - 2013

Aspetti etici della Sedazione Palliativa

Dott. Andrea Giacomelli

“Io dormo ma il mio cuore veglia” (*Cantico dei Cantici*, 5, 2). L’uomo di ogni tempo ha sempre avvertito come strettamente imparentati il sonno e la morte. Una delle più evidenti dimostrazioni di ciò si ha nel pensiero mitologico greco: Hýpnos, il sonno, e Thánatos, la morte, sono divinità figlie di un’ unica madre, Nýx, la notte. Espressioni come “riposare”, “dormire il sonno eterno” e altre simili, frequentemente leggibili sulle lapidi dei nostri cimiteri, ci ricordano come anche nella tradizione cristiana il varcare la soglia della morte sia spesso stato visto come un riposare in attesa della resurrezione. Il Vangelo stesso riporta alcuni episodi della vita di Gesù indicativi in tal senso, uno per tutti quello descritto in *Matteo* (9, 23-26), nel quale la protagonista è una fanciulla che Gesù resuscita dopo aver detto “non è morta ma dorme”. È forse per tali ragioni storiche e culturali che in campo medico l’induzione farmacologica del sonno allo scopo di alleviare il dolore, ad esempio durante pratiche chirurgiche, è sempre stata avvertita come una fase delicata e gravida di molti timori, primo fra tutti quello di non riacquistare lo stato di coscienza al termine del trattamento; e questo parimenti potrebbe essere il terreno nel quale affondano le radici della paura con la quale i pazienti gravi e i loro familiari continuano, a livello conscio e inconscio, a vivere la notte come ancora madre del sonno e della morte, momento di solitudine, passaggio oscuro...”¹

Ferdinando Cancelli *L’Osservatore Romano* – 26 febbraio 2009

INDICE DEGLI ARGOMENTI

1. Introduzione	4
La sedazione palliativa	4
Definizione di sedazione palliativa	4
Riduzione intenzionale della vigilanza	4
Refrattarietà dei sintomi	5
I sintomi che possono richiedere l'utilizzo della sedazione palliativa/terminale	6
Frequenza e durata della sedazione palliativa/terminale	6
2. Implicazioni etiche	8
Le concezioni Bioetiche	8
La bioetica cattolica della "sacralità della vita"	9
La bioetica laica della "qualità della vita"	10
Il "principilismo": linguaggio comune della bioetica laica	12
Dottrina del doppio effetto	13
Criterio di proporzionalità	13
3. Le giustificazioni etiche della sedazione palliativa/terminale	15
Definizione di eutanasia	15
Intenzione del medico	16
La presunta anticipazione della morte	17
La limitazione dei trattamenti	17
La gestione del processo decisionale.....	18
4. Considerazioni conclusive.....	20
Implicazioni etiche.....	20
Implicazioni organizzative	21
Implicazioni cliniche	22
5. Allegato 1	24
La Costituzione della Repubblica Italiana	24
TITOLO II: RAPPORTI ETICO-SOCIALI	24
Ordinamento Penale Italiano	24
6. Allegato 2	26
Catechismo della Chiesa Cattolica	26

7. Allegato 3	29
Giuramento di Ippocrate	29
Codice di Deontologia medica	29
Codice Deontologico dell'Infermiere	32
8. Allegato 4	34
Eutanasia e suicidio assistito dal medico: il punto di vista di una Task Force Etica dell'EACP	34
9. Allegato 5	37
Esempi di farmaci utilizzati per sedazione nelle cure palliative	37
10. Riferimenti bibliografici	40

1. Introduzione

La sedazione palliativa

Con la diffusione delle Cure Palliative, l'utilizzo di farmaci sedativi per il trattamento dei sintomi delle malattie in fase terminale è progressivamente aumentato. A differenza di altri setting di cure, ciò ha sollevato un considerevole interesse scientifico ed etico.

Il dibattito scientifico è caratterizzato da differenze a volte notevoli che riguardano i dati statistici riportati dagli autori sulla durata e la frequenza della sedazione, sulle modalità di attuazione e sulla terminologia utilizzata (es. sedazione terminale, sedazione palliativa, sedazione di fine vita, sedazione intermittente, sedazione profonda) che riflettono evidentemente diversi punti di vista sull'argomento.

Il dibattito etico è incentrato su opinioni spesso contrastanti riguardo le questioni della qualità della vita e del morire, le affinità o le differenze fra sedazione palliativa/sedazione terminale (SP/ST), eutanasia e suicidio assistito¹.

2 3 4 5

Definizione di sedazione palliativa

Per sedazione palliativa intendiamo:

“la riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla completa perdita di coscienza allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo, che risulta, quindi, refrattario”.

5 6 7 8 9 10

Riduzione intenzionale della vigilanza

Secondo questa definizione, il primo concetto della ST/SP riguarda la riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici.

¹ [5] S Ambroset, V Bassolino, A Caraceni, et al. Raccomandazioni della SICP sulla sedazione terminale/sedazione palliativa. Rivista Italiana di Cure Palliative 2008; 2: 6 -9.

Non sono compresi nella ST/SP la sedazione occasionale o altri approcci terapeutici quali la terapia ansiolitica e la terapia analgesica con oppioidi, che pure possono portare ad una riduzione della vigilanza, ma come effetto secondario e non come prima intenzione.

Non sembra avere rilevanza neppure la distinzione fra sedazione intermittente e la sedazione continua.

In rapporto alla durata e all'intenzione della ST/SP sembra invece utile distinguere la sedazione palliativa in due sottoclassi:

1. Sedazione Palliativa (SP) in generale, pratica volta ad alleviare sintomi refrattari riducendo lo stato di coscienza in misura adeguata e proporzionata alle necessità;
2. Sedazione Palliativa degli Ultimi Giorni (SILD): è la stessa pratica di cui al punto 1, ma effettuata quando la morte è attesa tra poche ore e pochi giorni, secondo la valutazione del medico.

A questa pratica ci si riferisce con la definizione di "Sedazione Terminale".

5 7

Refattarietà dei sintomi

Il secondo concetto riguarda il sintomo, che deve risultare "refrattario e altrimenti intollerabile per il paziente".

Il sintomo risulta refrattario quando non è controllato in modo adeguato, malgrado sforzi tesi a identificare un trattamento che sia tollerabile, efficace, praticato da un esperto e che non comprometta lo stato di coscienza.

5 8 9 35

Se la refrattarietà dei sintomi è il requisito che giustifica l'attuazione della SP/ST, la definizione della "intollerabilità" degli stessi lascia, secondo alcuni, qualche margine di incertezza che può indurre ad una SP/ST anticipata o ritardata.

In linea di massima c'è però accordo sul fatto che l'intollerabilità del sintomo fa riferimento al punto di vista del paziente sul sintomo stesso: dipende dall'entità della sofferenza e dalla volontà del soggetto di sopportare il sintomo stesso.

3 4 9 13 41

E' un criterio centrale della definizione che esprime la tensione delle cure palliative alla personalizzazione delle cure ⁷.

I sintomi che possono richiedere l'utilizzo della sedazione palliativa/terminale

I sintomi refrattari che più frequentemente inducono all'utilizzo della SP/ST sono la dispnea (35 - 50% dei casi), il delirio iperattivo (30 - 45% dei casi), il vomito incoercibile in caso di occlusione intestinale (25% dei casi), il dolore (5% dei casi), lo stato di male epilettico. Situazioni di emergenza come sanguinamenti massivi non diversamente affrontabili, distress respiratorio acuto con sensazione di soffocamento e di morte imminente.

Anche malati non neoplastici giunti nella fase finale della vita, con morte ormai prossima, possono presentare sintomi che necessitano della ST/SP.

Tra le malattie neuro-muscolari, la sclerosi laterale amiotrofica con insufficienza respiratoria terminale, la sclerosi multipla, le distrofie muscolari, le demenze in fase evolutiva e con sintomi refrattari e il morbo di Parkinson.

Tra le malattie non neurologiche, le malattie respiratorie croniche, le cardiomiopatie, le nefropatie e le patologie metaboliche ¹.

Situazioni più complesse e controverse riguardano la sofferenza esistenziale e psicologica.

La controversia riguarda sia la possibilità che la SP/ST possa anticipare di molto il decesso, sia il dubbio che la sofferenza esistenziale e psicologica esuli dalla competenza e dal trattamento medico e che, in questo caso, la SP/ST si possa configurare come una forma di eutanasia o di suicidio medicalmente assistito.

2 4 5 7 8 9 10 35 41

Frequenza e durata della sedazione palliativa/terminale

I dati di letteratura sulla frequenza di utilizzo, sulle indicazioni e sulla durata della ST/SP sono discordanti a causa di differenze metodologiche e culturali che ancora impediscono definizioni univoche e condivise.

¹ [5] S Ambroset, V Bassolino, A Caraceni, et al. Raccomandazioni della SICP sulla sedazione terminale/sedazione palliativa. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2008; 3: 10 - 15.

Le percentuali del ricorso alla ST/SP negli ultimi giorni di vita variano tra i Centri dall'1% all'88%, per i differenti setting assistenziali (ospedale, hospice, assistenza domiciliare) e per differenti aree geografiche e culturali (in Italia mediamente 25%)⁴⁰; la durata risulta in media pari a 2,8 giorni.

Un aspetto rilevante nella discussione sulla ST/SP è che la sopravvivenza di pazienti sedati in fase terminale non sembra differire da quella dei pazienti non sedati.

5 7 11 12 33

La durata della SP/ST in rapporto alla prossimità della morte, è un altro aspetto oggetto di discussione.

La gestione di una sedazione prolungata comporta infatti notevoli difficoltà di ordine clinico e relazionale ed è necessaria la massima cautela nell'adottare questo tipo di terapia in pazienti con prevalente sofferenza psicologica e prognosi superiore a pochi giorni di vita.

4 5 13 14

2. Implicazioni etiche

Nonostante molti autori e le società scientifiche abbiano prodotto numerosi lavori scientifici che argomentano e ben distinguono la SP/ST dalla eutanasia, la controversia di fondo resta ancora se la SP/ST non sia anch'essa una forma di eutanasia o di "slow euthanasia" attuata in modo più o meno consapevole dai medici.

2 4

Ma la controversia vera è caratterizzata, in effetti, dalla differenza delle opinioni etiche intorno alla vita e agli atti che riguardano la vita stessa.

Il confronto è culturale, in quanto contrappone un modo di pensare e di sentire laico e relativista, che deriva dal diffuso processo di affermazione dei diritti sociali e individuali, ad un modo di pensare e di sentire che afferisce alla tradizione religiosa e sancisce l'immutabile indisponibilità della vita stessa da parte degli individui¹.

3 4 9 15 16 17 41

Inoltre per la legislazione di alcuni paesi l'eutanasia e il suicidio assistito sono ammessi (Paesi bassi, Belgio, Lussemburgo, Svizzera) o depenalizzati.

In altri, come nel nostro paese, non sono consentiti e mantengono le caratteristiche di atti con rilievo penale.

15 18 19 20 21 22 23 24 25 [allegati 1-2-3-4]

Le concezioni Bioetiche

Il termine bioetica (bios – vita; ethos – morale) fu coniato da V.R. Potter nel 1970, con l'intento di coniugare le scienze della vita con l'etica della vita, allo scopo di salvaguardare la sopravvivenza e benessere all'uomo, minacciata dagli effetti della rivoluzione scientifica. Tuttavia, più che in questa accezione, il termine è stato utilizzato per definire una sezione dell'etica applicata a questioni derivanti dalla ricerca biomedica e dalla cura della salute; con

¹ [17] G. Fornero. *Bioetica cattolica e bioetica laica*; Bruno Mondadori ed. 2009; 2: 14-21.

questo i temi riguardanti il nascere, il curarsi, il morire, l'eutanasia, l'accanimento terapeutico, trapianti, fecondazione assistita, embrioni, ecc.^I

L'ambito della bioetica contemporanea è molto variegato, ma all'interno delle tante teorie bioetiche emergono due grandi modelli teorici che hanno polarizzato i movimenti di opinione in America e in Europa.

Il primo modello è rappresentato dalla bioetica cattolica della "sacralità della vita" (o santità della vita)^{II III V}.

5 14 17 21 26 27 28 [allegato 2]

Il secondo modello è rappresentato dalla bioetica laica della "qualità della vita"^{IV V}.

5 14 17 26 28

Due modelli che costituiscono due paradigmi contrapposti, ossia, due modi complessivi di vedere e concettualizzare la realtà e che hanno storicamente monopolizzato il dibattito bioetico sia a livello locale (italiano) che internazionale, coinvolgendo ampiamente la pubblica opinione^{VI}.

La bioetica cattolica della "sacralità della vita"

Il paradigma filosofico a cui rimanda la bioetica cattolica è costituito dalla sacralità (o santità) della vita, ossia da quella peculiare dottrina etico-metafisica, che deriva dal concetto greco – scolastico, di una visione finalistica provvidenzialistica del mondo e riconosce nella vita umana, e nella persona in cui si concretizza, una entità ontologica, assiologica meritevole di "assoluto rispetto".

Si presenta, in buona misura, come una costruzione di ordine filosofico fondata sulla ragione, al di là di ogni richiamo al dogma della Fede e delle Scritture: esamina razionalmente la liceità dell'intervento dell'uomo sull'uomo.

Esiste un insegnamento ufficiale della Chiesa Cattolica a proposito della bioetica, che si esprime e si configura attraverso una serie di interventi pubblici: allocuzioni, discorsi, dichiarazioni, lettere, encicliche.

^I [17] G. Fornero. *Bioetica cattolica e Bioetica laica*; Bruno Mondadori ed. 2009; 1: 1 -13.

^{II} [17] *Ibid*; 2: 14 -21; 3: 22 – 61.

^{III} [26] E. Lecaldano *Dizionario di Bioetica Laterza 2002* pag. 270 -271.

^{IV} [26] *Ibid*; pag. 245-247.

^V [5] S. Ambroset, V. Bassolino, A. Caraceni, et al. *Raccomandazioni della SICP sulla sedazione terminale/sedazione palliativa*. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2008;7: 33-42.

^{VI} [17] G. Fornero. *Bioetica cattolica e Bioetica laica*; Bruno Mondadori ed. 2009; 2: 14 -21.

Articolazione teoretica del paradigma della sacralità della vita

1. La vita umana è sacra perché comporta l'azione creatrice e rimane per sempre in relazione speciale con il suo creatore. E' una realtà che provenendo da Dio "splendido dono di Dio", da Dio ricava la garanzia metafisica del proprio valore intrinseco.
2. Essendo un dono del Creatore, per principio è sottratta alle scelte individuali e alla capacità di disporre a piacimento: l'uomo non può venire inteso come padrone assoluto del proprio essere e non può pertanto disporre della propria e altrui vita.
3. La concezione dell'esistenza come bene sacro e indisponibile comporta il principio della assoluta inviolabilità della vita. Tale principio sta alla base del divieto morale di uccidere e del diritto di ogni essere umano a veder tutelata la propria persona anche nelle situazioni più gravi di handicap.

La moralità delle azioni viene quindi giudicata in base al rispetto di questo divieto, che non ammette eccezioni e prevale sul principio di autodeterminazione ¹.

17 21 22 26 27

La bioetica laica della "qualità della vita"

Il termine laico viene utilizzato in più accezioni:

- a. credente cattolico non appartenente allo stato ecclesiale o religioso;
- b. colui che nella propria attività rivendica una completa autonomia di scelte rispetto a una confessione religiosa;
- c. colui che si pone davanti ai problemi con un atteggiamento senza vincoli né pregiudizi.

Anche in campo bioetico il riferimento a queste diverse accezioni individua un'ampia gamma di teorie che vanno da una bioetica laica in senso antidogmatico e pluralista, ma sempre di matrice religiosa, a teorie laiche, in senso "forte", in cui "Dio potrebbe anche esserci, e qualcuno potrebbe anche sostenere che c'è; ma tale affermazione resta una ipotesi "privata" che non può essere sostenuta come valida per tutti".

¹ [17] G. Fornero. *Bioetica cattolica e Bioetica laica*; Bruno Mondadori ed. 2009; 3.22 - 61.

Per bioetica laica della qualità della vita, antitetica alla bioetica della sacralità della vita, si intende quindi un concetto forte, ragionando indipendentemente dall'ipotesi di Dio: "etsi Deus non daretur".

La vita non è preziosa in quanto tale o in quanto espressione di un sovrastante valore metafisico, ma è degna di essere vissuta per la sua qualità (o ben-essere).

Nell'ambito della bioetica si possono individuare più teorie (utilitarismo, contrattualismo, principilismo, etica della virtù, dei diritti, ecc.), ma il paradigma laico riconosce alcuni principi che risultano condivisi e fondanti.

Paradigma laico della qualità della vita

1. La morale è una costruzione totalmente umana: non sono Dio o l'ordine naturale a determinare l'origine delle norme etiche, ma l'uomo stesso (tradizione moderna affermatasi con l'Illuminismo e sancita nella Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo).
2. La natura non è una realtà immutabile, impronta del Creatore, né fonte di valori da cui ricavare regole fisse di comportamento.
3. Gli individui hanno il diritto di poter scegliere, riguardo alla propria vita, in modo indipendente e libero da interferenze esterne. Salvo personali limitazioni (giovane età e malattia mentale) e l'uguale diritto altrui, come limite all'azione di ognuno.
4. Gli individui hanno la facoltà di "disporre del proprio essere" senza limiti precostituiti.
5. Sono lo sviluppo della conoscenza e il progresso, più che un presunto ordine provvidenziale, a combattere i mali che affliggono l'uomo.
6. Il dolore e la sua accettazione non hanno nessun significato morale. Non esistono principi in base ai quali si possa infliggere sofferenza fisica ad altri.
7. La vita ha valore, non tanto in sé stessa, ma in funzione della sua qualità, che varia in rapporto al contesto e alle caratteristiche concrete delle persone.
8. La persona non è determinata ontologicamente, ma dalla presenza di determinate caratteristiche o funzioni (coscienza, capacità di interazione con altri individui, ecc.).

La qualità della vita può essere intesa sia in senso deontologico che in senso consequenzialista.

In ogni caso l'EQV si caratterizza per il relativismo e l'assenza di doveri assoluti.

Nella versione deontologica L'EQV giustifica la moralità delle azioni in base al dovere di rispettare la qualità della vita.

Nella versione consequenzialista, in base alle conseguenze prodotte sulla qualità della vita.

Comunque sia, il giudizio sulla qualità della vita non può che essere espresso autonomamente dall'interessato, non essendo eticamente accettato un giudizio espresso da terzi.

Ne consegue che è fondamentale il rispetto della volontà del malato, poiché il malato stesso giudica ciò che è bene per sé stesso ¹.

5 14 17 26 28

Il "principilismo": linguaggio comune della bioetica laica

Nasce con il "Belmont Report", studio commissionato dal Congresso americano nel 1974 per individuare alcuni principi etici di base (rispetto per le persone, beneficiabilità e giustizia). Su questa base T.L. Beauchamp e J.F. Childress elaborarono una teoria della "moralità comune basata su principi" come schema di riferimento per l'etica biomedica.

Il "principilism" è una specifica impostazione di etica biomedica che cerca di risolvere i dilemmi morali presenti nella pratica clinica quotidiana in base a una serie di principi normativi e guide generali d'azione.

Nell'ambito di questa impostazione gli autori individuarono quattro gruppi di principi.

- 1) Rispetto dell'autonomia
- 2) Non maleficenza
- 3) Beneficenza o beneficiabilità
- 4) Giustizia

Il primo sancisce il rispetto per le capacità decisionali degli individui. Il secondo stabilisce la norma di evitare di causare danno "non nocere". Il terzo la norma di produrre beneficio e di bilanciare i benefici rispetto ai rischi e ai costi. Il quarto la norma di distribuire equamente benefici, rischi e costi.

Mentre non maleficenza e beneficiabilità hanno sempre rivestito un ruolo preminente nell'etica medica tradizionale, i principi di autonomia e giustizia si sono imposti solo di recente come conseguenza del pensiero moderno.

Contrariamente all'etica della sacralità della vita, che basa la sua deontologia su divieti assoluti, l'etica principilistica basa la sua deontologia su divieti relativi, che vincolano solo "a

¹ [17] G. Fornero. *Bioetica cattolica e Bioetica laica*; Bruno Mondadori ed. 2009; 4. 5. 62 – 128.

prima vista” (prima facie) in quanto pur valendo di per sé, ammettono sempre delle eccezioni in caso di conflitto con altri principi o divieti (ad esempio l’eutanasia, atto negativo, potrebbe avere l’effetto positivo di liberare qualcuno dalla sofferenza).

L’obbligo effettivo di un soggetto è di stabilire quello che deve fare, individuando, in caso di conflitto la norma dominante ^{I II}.

2 14 26 28 29

Dottrina del doppio effetto

E’ una dottrina elaborata da Tommaso d’Aquino nella Summa Theologiae.

Ha uno stretto rapporto con l’etica cattolica, ripresa dalle teorie etiche contemporanee.

Stabilisce che è sbagliato compiere un’azione moralmente cattiva per le conseguenze buone che ne derivano, mentre è possibile compiere un’azione buona che ha tuttavia conseguenze cattive non volute.

Le conseguenze volute sono quelle oggetto dell’intenzione che si forma nel compiere l’azione.

Per cui una azione di cui si prevedono conseguenze negative è moralmente permessa se:

1. il fine voluto è buono,
2. il mezzo per ottenerlo è moralmente accettabile,
3. le conseguenze negative previste non sono volute,
4. il fine a cui aspira l’azione è proporzionato alle conseguenze negative ^{III}.

5 10 14 21 22 26 28 29 30 31 35

Criterio di proporzionalità

I termini “proporzionato” o “sproporzionato”, riferiti ai trattamenti terapeutici, hanno sostituito la precedente distinzione teologica di “ordinario” o “straordinario”.

I trattamenti terapeutici proporzionati (o ordinari) sono quelli che si ha il dovere etico di praticare e che è eticamente sbagliato non iniziare o interrompere.

I ^[17] G. Fornero. *Bioetica cattolica e Bioetica laica*; Bruno Mondadori ed. 2009; 5.12: 94 -96; 5.14: 98 - 104.

II ^[26] *Lecaldano Dizionario di Bioetica Laterza 2002: 233-235.*

III ^[26] *Ibid:102-104.*

I trattamenti sproporzionati (o straordinari) sono quelli che si ha il dovere etico di non praticare e che è eticamente sbagliato iniziare o proseguire.

Il giudizio etico di proporzione viene formulato considerando i seguenti elementi:

1. probabilità di successo,
2. aumento della quantità di vita,
3. aumento della qualità di vita,
4. peso relativo degli oneri fisici, psichici ed economici sopportati dal soggetto.

Il criterio di proporzionalità fa un forte riferimento al contesto clinico e alle condizioni individuali di malattia.

Un trattamento diventa sempre più sproporzionato quanto più si riducono le probabilità di successo, la quantità o la qualità di vita attese e aumenta il peso relativo degli oneri.

Quando un trattamento è giudicato sproporzionato non va né prospettato né praticato poiché l'attuazione di trattamenti sproporzionati non è eticamente lecito.

Per tali fondate ragioni la limitazione terapeutica, che comprende sia il non inizio sia la sospensione di trattamenti sproporzionati, non è definibile come una pratica eutanasica.

3 5 14 15 28 29 32

3. Le giustificazioni etiche della sedazione palliativa/terminale

La netta distinzione etica fra SP/ST, eutanasia e suicidio medicalmente assistito è sostenuta dalla EAPC e dalla maggior parte delle società scientifiche internazionali.

5 7 15 16 [allegato 4]

Tuttavia, poiché essa è ancora oggi una pratica non ben conosciuta e praticata al di fuori delle cure palliative, ancora induce dubbi etici, inesattezze concettuali e travisamenti nell'opinione pubblica, ma anche medica.

Tanto che, in riferimento al documento formulato dall'Ordine Nazionale dei Medici francesi dell'8 febbraio *"Fin de vie, assistance a mourir"*, la SICP ha ritenuto di dover precisare come, ancora una volta, venga utilizzata una terminologia clinica e bioetica impropria per parlare dei problemi del fine vita; in particolare si crea una notevole confusione fra eutanasia e sedazione terminale/palliativa (5 marzo 2013) ¹.

Definizione di eutanasia

L'eutanasia è definita come

"uccisione intenzionale, attuata dal medico mediante somministrazione di farmaci, di una persona mentalmente capace, che ne fa richiesta volontaria".

3 5 8 9 10 15 16 19 28

Facendo riferimento alla definizione di sedazione palliativa/terminale

"riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo, che risulta, quindi, refrattario",

risulta evidente una distinzione empirica e morale rispetto alla eutanasia, caratterizzata dallo scopo della procedura, dall'intenzione del medico e dal risultato che ci si prefigge.

3 4 5 14 28

¹ <http://www.sicp.it/content/la-sicp-precisa-che-la-sedazione-terminalepalliativa-non-%C3%A8-eutanasia>.

Mentre lo scopo sia per l'eutanasia che per la SP/ST è quello di eliminare la sofferenza e/o il dolore, l'intenzione (obiettivo) e il risultato sono del tutto differenti.

L'intenzione nel primo caso è quella di sopprimere il paziente; nel secondo caso quella di controllare dei sintomi refrattari.

Per quanto riguarda il risultato, nel primo caso è la morte del paziente, nel secondo il grado di controllo dei sintomi.

2 3 5 7 9 14 15 28

Intenzione del medico

Probabilmente è l'aspetto più criticato da chi non riconosce che la SP/ST possa essere considerata una normale procedura terapeutica.

Vengono addotte diverse motivazioni: che l'intenzione sia ambigua e non possa essere sufficientemente chiara e verificabile; che la SP/ST permetta di effettuare una eutanasia (slow euthanasia) senza affrontare decisioni forti e dirette; che l'intenzione del medico possa prevaricare l'intenzione del paziente o viceversa, che la richiesta del paziente possa condizionare l'intenzione del medico.

E' vero che pur essendo un trattamento terapeutico normale, per il contesto in cui viene attuata, la SP/ST è una procedura delicata sia sul piano etico che razionale e richiede particolare prudenza e attenzione.

Però solo quando viene praticata in condizioni cliniche improprie, in malati che non presentano sintomi refrattari, o usando farmaci e dosi incongrue, si possono ipotizzare situazioni che afferiscono più propriamente al concetto di eutanasia³.

In realtà l'intenzione (obiettivo) per la quale viene attuata la procedura è facilmente evidenziabile se si considera il contesto clinico, la diffusione della malattia, l'evoluzione dei sintomi e i trattamenti effettuati (per questo è importante documentarne l'evidenza).

I farmaci utilizzati i dosaggi e il modo di utilizzarli sono un'altra evidenza dell'intenzione: l'eutanasia è più facile e più breve; la SP/ST è tecnicamente più difficile, più attenta e richiede vicinanza, monitoraggio, aggiustamenti terapeutici e soprattutto un costante supporto al malato e ai familiari.

La durata della SP/T costituisce un altro elemento che la distingue dall'eutanasia.

Inoltre la decisione di procedere ad una SP/ST viene in genere condivisa dai membri di una équipe sanitaria che opera pubblicamente e viene attuata in modo aperto, con la collaborazione dei familiari.

2 4 6 9 14 35

La presunta anticipazione della morte

La seconda critica è che la SP/ST possa anticipare o anticipi volutamente la morte.

La possibile anticipazione della morte è uno degli aspetti più sentiti sul piano etico.

In realtà vari studi comparativi non confermano affatto questo dato; indicano al contrario una sopravvivenza più prolungata nei gruppi di malati sedati.

4 5 14 31 33 34

La sopravvivenza più lunga troverebbe giustificazione nella riduzione delle richieste metaboliche indotta dalla sedazione, rispetto al loro aumento provocato dall'agitazione psicomotoria, dal dolore e dalla dispnea ¹⁴.

Sul piano etico però, anche se con la SP/ST si verificasse un'anticipazione della morte, essa sarebbe comunque accettabile sia nell'ottica della qualità della vita che in quella della sacralità della vita:

nella prospettiva etica della qualità della vita la SP/ST risulta eticamente lecita se l'obiettivo è quello di migliorare il benessere del malato e se ne rispetta l'autonomia decisionale;

nella prospettiva della sacralità della vita un'eventuale anticipazione della morte può essere eticamente accettata se vengono rispettati i criteri della proporzionalità e del doppio effetto.

14 15 28 30 31 34 35 41

La limitazione dei trattamenti

Un'altra contestazione che viene mossa alla SP/ST è che l'anticipazione della morte possa essere indotta dalla limitazione dei trattamenti e dalla sospensione di nutrizione e idratazione.

Tuttavia la decisione di procedere alla SP/ST e quella di limitare i trattamenti sono due decisioni distinte, anche se spesso associate.

14 28 30 31

La decisione di sospendere, o non iniziare, nutrizione e idratazione è oggetto di opinioni diverse a seconda delle convinzioni etiche e professionali degli operatori ^{3 37}.

In generale la limitazione del trattamento avviene perché la via orale non risulta più praticabile e perché viene meno l'indicazione al trattamento stesso.

La sospensione di nutrizione e l'idratazione sono coerenti con la SP/ST perché fanno parte del controllo dei sintomi e perché in genere già in atto al momento dell'inizio della procedura.

In genere nella fase di morte imminente i malati assumono minime quantità di liquidi e non sembrano sussistere evidenze scientifiche che la loro sospensione possa anticipare la morte.

Anzi, spesso la idratazione artificiale risulta futile e dannosa per gli effetti collaterali che può indurre.

9 14 31 32 33 35

Se la prognosi stimata dovesse superare invece la durata della fase di morte imminente (15 giorni) sussistono ragionevoli indicazioni per continuare o iniziare una idratazione artificiale ⁹.

La gestione del processo decisionale

Per le motivazioni sopra riportate, un altro aspetto cruciale della SP/ST è il processo decisionale.

Il coinvolgimento morale ed emotivo, la delicatezza e l'importanza della decisione, fanno sì che non sia opportuno che la decisione di iniziare una SP/ST sia presa da una sola persona, ma che vada ricondotta ad una fase finale di un processo di cura a cui hanno partecipato e partecipano, il malato, i suoi familiari e l'equipe. In altre parole: non è opportuno che la decisione sia assunta solo dal medico, fatti salvi i casi d'urgenza.

3 5 14 31

Secondo i criteri etici riconosciuti, il processo decisionale deve essere rapportato alla capacità mentale del malato.

Per capacità mentale in bioetica si intende

“la possibilità per il malato di capire le informazioni sanitarie rilevanti all'assunzione di decisioni, di valutare le conseguenze delle scelte di trattamento e non e di comunicare in modo comprensibile le scelte finali”. ^{14 15}

Se il malato è mentalmente capace, va ricercato il consenso informato, anche anticipato.

E' necessario dare al malato e ai familiari di riferimento tutte le informazioni riguardo alla situazione clinica, alle possibili evoluzioni, agli scopi e ai modi di attuazione della SP/ST e fornire nel contempo tutto il supporto e la considerazione necessari per affrontare i dubbi, le paure e le angosce e farli partecipare alle decisioni.

Se il malato non è mentalmente capace o non vuole partecipare alle decisioni, valgono sul piano etico le decisioni anticipate ^l, che è necessario esplorare e documentare periodicamente, per verificarne l'attualità.

3 14

Nel nostro ordinamento giuridico tuttavia la validità delle direttive o volontà anticipate è controversa, nonostante la ratifica (legge 14 marzo 2001) della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina di Oviedo e che, anche sul piano etico, siano state riconosciute dal documento del Comitato nazionale per la bioetica del dicembre 2003 ³⁶.

Sul piano deontologico le direttive anticipate sono previste negli art. 35, 36,37 e 38 del Codice di deontologia medica e dall'art. 38 del codice di deontologia degli infermieri

14 24 25 [allegato 3]

In assenza di tali direttive, nel malato non capace, la decisione può essere assunta dai sanitari curanti facendo riferimento alle volontà e ai desideri espressi in precedenza dal malato ai suoi familiari o ai curanti (giudizio sostitutivo^{ll}).

Se il malato è mentalmente incapace e non si dispone di volontà anticipate o di orientamenti pregressi o in caso di situazioni di emergenza, si deve ricorrere al criterio del miglior interesse del malato, in base al bilancio benefici attesi versus oneri previsti per quel malato, secondo i criteri etici di beneficiabilità e non maleficenza.

3 5 14

^l *Direttive anticipate: documento in cui il malato esprime anticipatamente le sue scelte di trattamento o non trattamento (direttiva di istruzione) e designa un fiduciario che rappresenterà tali scelte nel momento in cui subentrerà una condizione di incapacità mentale (direttiva di delega).*

^{ll} *Giudizio sostitutivo: è una procedura decisionale in cui si incoraggiano i familiari e le persone care al malato ad esprimere la testimonianza circa la decisione che il malato avrebbe probabilmente preso in quella circostanza clinica.*

4. Considerazioni conclusive

Quando tutti i trattamenti utili al controllo dei sintomi degli ultimi giorni di vita non sono più efficaci, la SP/ST deve essere considerata una normale procedura terapeutica in continuità con tutto il processo di cura.

La decisione di attuare la SP/ST è per tutti i soggetti coinvolti, paziente, familiari, operatori, un momento molto delicato per le responsabilità, lo stress emotivo, gli aspetti razionali, spirituali ed etici che comporta; non per questo deve essere enfatizzata, ma neppure banalizzata e condotta come una pratica di routine.

Solo una attenta valutazione degli aspetti etici, una corretta conduzione degli aspetti organizzativi e delle procedure cliniche, potrà permettere di attuare adeguatamente una SP/ST efficace; realizzare il controllo dei sintomi; alleviare e superare le difficoltà e la sofferenza del momento; minimizzare lo stress emozionale in modo da prevenire il lutto patologico nei familiari e il *burnout* degli operatori.

3 14 32 37 38 39

Implicazioni etiche

Conoscere i fondamenti etici della SP/ST è necessario per interpretare correttamente le situazioni e assumere in modo adeguato le relative decisioni con la consapevolezza di agire in un ambito di liceità etica e deontologica.

E' questa consapevolezza che consente agli operatori di lavorare serenamente anche nelle situazioni difficili e permette di gestire opinioni diverse, stabilire un livello di relazioni e di comunicazione utile per aiutare i parenti ad affrontare in modo più sereno un momento così difficile.

La chiarezza di intenti è molto importante perché la ST/SP, pur essendo considerata una normale procedura terapeutica, e in quanto tale non richiederebbe giustificazioni etiche diverse da altre terapie, è ancora poco diffusa e praticata.

Pertanto è facile che essa induca dubbi etici inerenti l'accelerazione del processo del morire, la possibile confusione con l'eutanasia, la sua ammissibilità all'interno delle visioni etiche o delle dottrine teologiche, ecc.

3 14 37 40 41

Implicazioni organizzative

Perché una SP/ST possa essere condotta in modo efficace e venga vissuta positivamente è necessario che sia supportata da una organizzazione esperta della procedura e consapevole dei bisogni del malato, dei familiari e anche degli operatori ¹.

E necessaria una particolare cura della relazione e della comunicazione e una gestione sinergica delle figure coinvolte, paziente, familiari, operatori, che devono condividere gli obiettivi di cura e i modi di attuarli.

La SP/ST dovrebbe essere sempre gestita da personale esperto, direttamente o in forma di consulenza o supervisione a seconda che ci si trovi in Hospice, altre strutture di degenza o a domicilio.

E' importante individuare precocemente durante il periodo di cura i malati più a rischio di sviluppare sintomi refrattari, che potrebbero avere bisogno di una SP/ST.

Le informazioni vanno condivise con gli altri curanti, i membri dell'equipe e con i familiari in modo da pianificare tempestivamente e con cura l'avvio della SP/ST.

In hospice e negli altri ambiti istituzionali va definita la refrattarietà dei sintomi, pianificate le indicazioni cliniche e il piano terapeutico.

Soprattutto nelle situazioni di sofferenza psico-esistenziale dovranno essere valutati anche gli aspetti psicologici e spirituali e la loro potenziale reversibilità.

3 4 13 41

A domicilio i familiari devono esser ben informati sulle finalità della procedura e i modi di condurla; vanno istruiti su come fare intervenire le figure di riferimento in caso di necessità e sull'uso di farmaci "al bisogno".

¹ [5] S Ambroset, V Bassolino, A Caraceni, et al. Raccomandazioni della SICP sulla sedazione terminale/sedazione palliativa. Rivista Italiana di Cure Palliative 2008; 8: 43 - 47.

In ogni setting di cura dovrebbero essere sviluppate linee guida o protocolli operativi per l'attuazione della SP/ST con riferimento alle peculiarità locali.

L'inizio della SP/ST deve essere sempre iniziata su indicazione di un medico.

Se previsto nel protocollo locale e pianificato in precedenza la SP/ST può essere iniziata da un infermiere su prescrizione telefonica del medico, cui però corre l'obbligo di confermare quanto prima per scritto la prescrizione telefonica.

Tutto il processo deve essere improntato alla massima trasparenza nei confronti del paziente e dei familiari, avendo cura di dedicare il tempo e le attenzioni necessarie per prevenire e gestire gli atteggiamenti conflittuali, timori, incomprensioni, sensi di colpa ecc.

Il disagio che la SP/ST può indurre negli operatori può essere prevenuto o trattato attraverso la trasmissione delle informazioni, la condivisione delle decisioni, lo sviluppo di linee guida d'equipe, la chiarificazione delle responsabilità e delle competenze, programmi di formazione che permettano di acquisire le competenze necessarie.

E' importante, infine, il controllo ambientale, sia che ci si trovi ad operare in struttura che a domicilio del malato.

La procedura di SP/ST deve essere attuata in un ambiente tranquillo, riducendo al minimo gli stimoli che possano risultare fastidiosi e mantenendo solo i contatti fisici significativi con persone più care al malato; anche la presenza dei bambini va favorita per quanto possibile.

Gli spazi, l'estetica e i beni di conforto dovrebbero essere tali da assicurare l'intimità e il benessere dei familiari in modo da permettere di assistere e dire addio al proprio caro nel modo più idoneo.

3 5 9 14 37

Implicazioni cliniche

La gestione clinica

La scelta del farmaco e la via di somministrazione sono fondamentali e devono tener conto di fattori che riguardano il paziente, il setting di cura, l'esperienza dell'equipe, le possibilità di monitoraggio, la risposta individuale al farmaco, le possibilità di adeguare i dosaggi, i farmaci concomitanti.

Devono essere adottati protocolli di cura riconosciuti e utilizzati farmaci efficaci alle dosi e nei modi adeguati, evitando di utilizzare farmaci impropri e di ottenere effetti insufficienti o eccessivi.

Per questo è auspicabile stabilire preventivamente l'obiettivo e il livello di sedazione che si vuole raggiungere con la SP/ST, titolando la dose del farmaco nella fase iniziale e modulando la stessa nella fase di mantenimento sul grado di controllo dei sintomi.

La gestione clinica del malato e il nursing devono mantenere le stesse caratteristiche di umanizzazione e dignità presenti prima dell'avvio della SP/ST.

3 4 5 6 7 8 9

I farmaci¹

Il midazolam è la benzodiazepina più utilizzata in letteratura, ma il criterio di scelta dei farmaci dipende in notevole misura dall'esperienza, conoscenza e pratica dell'équipe, per cui per la ST/SP vengono utilizzati anche altri farmaci.

In alternativa al midazolam vengono proposte levomepromazina, clorpromazina o barbiturici, ma anche benzodiazepine come lorazepam, diazepam, clonazepam, flunitrazepam.

Può essere considerato anche l'uso di antistaminici, soprattutto la prometazina per la potente azione sedativa, che possono risultare utili in combinazione con oppioidi e benzodiazepine o neurolettici per potenziare l'effetto sedativo.

Risulta però evidente che la ST/SP non deve essere attuata con thiopental, aloperidolo od oppioidi.

È consigliabile utilizzare una scheda raccolta dati sulla quale segnalare tutti i dati relativi al monitoraggio e al raggiungimento degli obiettivi prefissati per la ST/SP.

3 5 7 8 10 13 37 39 42 [allegato 5]

¹ [5] S Ambroset, V Bassolino, A Caraceni, et al. Raccomandazioni della SICP sulla sedazione terminale/sedazione palliativa. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2008; 4:16 - 23.

5. Allegato 1

La Costituzione della Repubblica Italiana

TITOLO II: RAPPORTI ETICO-SOCIALI

Art. 32.

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.

Ordinamento Penale Italiano

LIBRO II - TITOLO XII - DEI DELITTI CONTRO LA PERSONA.

Capo I - DEI DELITTI CONTRO LA VITA E L'INCOLUMITÀ. INDIVIDUALE

Art. 575 Omicidio

Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno.

Art. 579 Omicidio del consenziente

Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui è punito con la reclusione da sei a quindici anni. Non si applicano le aggravanti indicate nell' articolo 61. Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:

- 1) contro una persona minore degli anni diciotto;
- 2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizione di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
- 3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.

Art. 580 Istigazione o aiuto al suicidio

Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima. Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio.

6. Allegato 2

Catechismo della Chiesa Cattolica

L'omicidio volontario

Paragrafo 2268

Il quinto comandamento proibisce come gravemente peccaminoso l'omicidio diretto e volontario. L'omicida e coloro che volontariamente cooperano all'uccisione commettono un peccato che grida vendetta al cielo [Cf ⇒ Gen 4,10].

Paragrafo 2269

Il quinto comandamento proibisce qualsiasi azione fatta con l'intenzione di provocare indirettamente la morte di una persona. La legge morale vieta tanto di esporre qualcuno ad un rischio mortale senza grave motivo, quanto di rifiutare l'assistenza ad una persona in pericolo.

L'eutanasia

Paragrafo 2276

Coloro la cui vita è minorata o indebolita richiedono un rispetto particolare. Le persone ammalate o handicappate devono essere sostenute perché possano condurre un'esistenza per quanto possibile normale.

Paragrafo 2277

Qualunque ne siano i motivi e i mezzi, l'eutanasia diretta consiste nel mettere fine alla vita di persone handicappate, ammalate o prossime alla morte. Essa è moralmente inaccettabile.

Così un'azione oppure un'omissione che, da sé o intenzionalmente, provoca la morte allo scopo di porre fine al dolore, costituisce un'uccisione gravemente contraria alla dignità della persona umana e al rispetto del Dio vivente, suo Creatore. L'errore di giudizio nel quale si può

essere incorsi in buona fede, non muta la natura di quest'atto omicida, sempre da condannare e da escludere.

Paragrafo 2278

L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all'“accanimento terapeutico”. Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente.

Paragrafo 2279

Anche se la morte è considerata imminente, le cure che d'ordinario sono dovute ad una persona ammalata non possono essere legittimamente interrotte. L'uso di analgesici per alleviare le sofferenze del moribondo, anche con il rischio di abbreviare i suoi giorni, può essere moralmente conforme alla dignità umana, se la morte non è voluta né come fine né come mezzo, ma è soltanto prevista e tollerata come inevitabile. Le cure palliative costituiscono una forma privilegiata della carità disinteressata. A questo titolo devono essere incoraggiate.

Il suicidio

Paragrafo 2280

Ciascuno è responsabile della propria vita davanti a Dio che gliel'ha donata. E' lui che ne rimane il sovrano Padrone. Noi siamo tenuti a riceverla con riconoscenza e a preservarla per il suo onore e per la salvezza delle nostre anime. Siamo gli amministratori, non i proprietari della vita che Dio ci ha affidato. Non ne disponiamo.

Paragrafo 2281

Il suicidio contraddice la naturale inclinazione dell'essere umano a conservare e a perpetuare la propria vita. Esso è gravemente contrario al giusto amore di sé. Al tempo stesso è un'offesa

all'amore del prossimo, perché spezza ingiustamente i legami di solidarietà con la società familiare, nazionale e umana, nei confronti delle quali abbiamo degli obblighi. Il suicidio è contrario all'amore del Dio vivente.

Paragrafo 2282

Se è commesso con l'intenzione che serva da esempio, soprattutto per i giovani, il suicidio si carica anche della gravità dello scandalo. La cooperazione volontaria al suicidio è contraria alla legge morale.

Gravi disturbi psichici, l'angoscia o il timore grave della prova, della sofferenza o della tortura possono attenuare la responsabilità del suicida.

Paragrafo 2283

Non si deve disperare della salvezza eterna delle persone che si sono date la morte. Dio, attraverso le vie che egli solo conosce, può loro preparare l'occasione di un salutare pentimento. La Chiesa prega per le persone che hanno attentato alla loro vita.

7. Allegato 3

Giuramento di Ippocrate

Testo "classico"

...Sceglierò il regime per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, e mi asterrò dal recar danno e offesa.

Non somminerò a nessuno, neppure se richiesto, alcun farmaco mortale, e non prenderò mai un' iniziativa del genere; e neppure fornirò mai a una donna un mezzo per procurare l'aborto....

Testo "moderno"

...di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente; di attenermi alla mia attività ai principi etici della solidarietà umana, contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze...

Codice di Deontologia medica

Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri 16 dicembre 2006

Art. 13 Prescrizione e trattamento terapeutico

La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico. Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso. Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità. Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle reazioni individuali prevedibili, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici

accreditati o alle evidenze metodologicamente fondate. Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico scientifica, nonché di terapie segrete. In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili. La prescrizione di farmaci, sia per indicazioni non previste dalla scheda tecnica sia non ancora autorizzati al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata. In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti. È obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti, le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico.

Art. 16 Accanimento diagnostico-terapeutico

Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita.

Art. 17 Eutanasia

Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocare la morte.

Art. 18 Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica

I trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.

Art. 20 Rispetto dei diritti della persona

Il medico deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona.

Art. 38 Autonomia del cittadino e direttive anticipate

Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa. Il medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà. In caso di divergenze insanabili rispetto alle richieste del legale rappresentante deve segnalare il caso all'autorità giudiziaria; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato.

Art. 39 Assistenza al malato a prognosi infausta

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psichico fisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della persona.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico.

Codice Deontologico dell'Infermiere

Comitato centrale della Federazione - Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi. Gennaio 2009

Articolo 3

La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Articolo 4

L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.

Articolo 5

Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

Articolo 6

L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.

Articolo 8

L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

Articolo 16

L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

Articolo 34

L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Articolo 35

L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Articolo 36

L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Articolo 37

L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

Articolo 38

L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

Articolo 39

L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

8. Allegato 4

Eutanasia e suicidio assistito dal medico: il punto di vista di una Task Force Etica dell'EACP

Nel 2003 L'Associazione Europea di Cure Palliative (EACP) pubblicò un documento ufficiale, prodotto da una Task Force di esperti, che stabiliva la sua posizione ufficiale nei confronti di alcuni argomenti dibattuti e controversi che riguardavano: cure palliative, eutanasia, suicidio medicalmente assistito e sedazione palliativa.

I concetti espressi in quel documento, condivisi dalle maggiori società scientifiche europee, restano un riferimento tuttora valido.

Eutanasia

L'eutanasia è l'uccisione su richiesta e si definisce come

“L'azione di uccidere intenzionalmente una persona, effettuata da un medico, per mezzo della somministrazione di farmaci, assecondando la richiesta volontaria”.

Suicidio assistito

Il suicidio assistito dal medico si definisce come:

“L'azione di aiutare intenzionalmente, da parte di un medico, una persona a suicidarsi, rendendo disponibili i farmaci per l'autosomministrazione, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa”.

Non devono essere considerate eutanasia le seguenti azioni:

- astensione da trattamenti futili
- sospensione di trattamenti futili
- sedazione terminale

L'uccisione medicalizzata di una persona senza il suo consenso, sia «non volontaria» (quando la persona non può acconsentire), sia «involontaria» (contro la volontà della persona), non è eutanasia: è omicidio

L'eutanasia può essere solo volontaria

L'espressione "eutanasia volontaria" dovrebbe essere abbandonata, poiché implicitamente ed erroneamente, suggerisce che esistano forme di eutanasia che non sono volontarie

- La distinzione tra "eutanasia attiva" e "eutanasia passiva" è inappropriata
- L'eutanasia è attiva per definizione
- L'eutanasia passiva costituisce una contraddizione in termini

Punti chiave

1. In Europa stanno emergendo diversi approcci all'eutanasia e al suicidio assistito – Il dibattito è da incoraggiare.
2. Studi sugli atteggiamenti di operatori, pazienti e popolazione generale possono fornire le basi empiriche per un più ampio dibattito - Rilevanti debolezze metodologiche - Si raccomanda un approccio più coordinato a questi studi
3. Le richieste di eutanasia e suicidio assistito sono complesse e includono fattori personali, psicologici, sociali, culturali, economici e demografici – Richiedono rispetto, attenzione, comunicazione aperta e sensibile in ambito clinico
4. Le richieste di eutanasia e suicidio assistito sono spesso funzione di quanto offre il complesso delle cure palliative – Chi richiede eutanasia o suicidio assistito dovrebbe avere accesso a cure palliative specializzate e di qualità
5. Rendere disponibili eutanasia e suicidio assistito non dovrebbe rientrare tra le responsabilità delle cure palliative
6. La sedazione «terminale» o «palliativa» in pazienti vicini alla morte deve essere distinta dall'eutanasia
 - a. sedazione terminale – obiettivo: dare sollievo a sofferenze insopportabili; procedura: prevede l'uso di un farmaco sedativo per il controllo dei sintomi; risultato: il sollievo della sofferenza;
 - b. eutanasia - obiettivo: uccidere il paziente; procedura: prevede la somministrazione di un farmaco letale; risultato: la morte immediata
7. Se l'eutanasia fosse legalizzata si potrebbero verificare:
 - pressioni sulle persone più vulnerabili
 - scarso sviluppo o svalutazione delle cure palliative

- conflitti tra norme di legge e valori personali e professionali di medici e altri professionisti della sanità
 - ampliamento dei criteri clinici per includere altri gruppi presenti nella società
 - aumento dell'incidenza di uccisioni medicalizzate di tipo «involontario» e «non volontario»
 - che l'omicidio diventi una pratica sociale accettata
8. Alla luce degli avanzamenti raggiunti in campo medico, i pazienti possono temere che la loro vita venga prolungata inutilmente o possa terminare tra sofferenze insopportabili – Eutanasia o suicidio assistito potrebbero presentarsi come possibili opzioni – Alternativa: dare spazio all'uso di testamenti biologici e direttive anticipate, contribuendo a una migliore comunicazione e a una pianificazione anticipata delle cure, dando quindi più spazio all'autonomia del paziente
 9. Viene incoraggiata l'apertura di un dialogo franco e diretto con coloro che, all'interno della medicina e della sanità, promuovono l'eutanasia e il suicidio assistito dal medico - Comprensione e rispetto per punti di vista alternativi NON coincide con l'accettazione sul piano etico dell'eutanasia o del suicidio assistito
 10. Le scelte politiche degli stati a favore di eutanasia o suicidio assistito vanno rispettate – E' importante riportare l'attenzione sulla responsabilità, che tutte le società hanno, di fornire assistenza per i propri cittadini più anziani, per quelli che stanno morendo e per quelli più vulnerabili - Per raggiungere questo obiettivo è prioritario inserire le cure palliative al centro dei sistemi sanitari di tutti i paesi europei, con il contributo di adeguate risorse finanziarie, formative e per la ricerca ¹⁵.

9. Allegato 5

Esempi di farmaci utilizzati per sedazione nelle cure palliative

EAPC recommended framework for the use of sedation in palliative care ³

<p>Benzodiazepine</p> <p>Le benzodiazepine riducono l'ansia e causano amnesia, hanno un effetto sinergico sedativo con oppioidi e anti-psicotici, sono anticonvulsivanti e possono le crisi. Possono causare agitazione paradossa, depressione respiratoria, e astinenza se la dose è ridotta rapidamente. Flumazenil è un antagonista a breve emivita.</p>	
<p>Midazolam</p>	<p><i>Generale:</i> Midazolam è l'agente più comunemente usato.</p> <p><i>Farmacologia:</i> solubile in acqua, breve durata d'azione delle benzodiazepine. Viene metabolizzato in un composto lipofilo che penetra rapidamente il sistema nervoso centrale. Ha una breve durata di azione a causa della rapida redistribuzione; pertanto è necessaria l'infusione continua per mantenere l'effetto.</p> <p><i>Vantaggi:</i> rapida insorgenza; può essere somministrato per via endovenosa (IV) o per via sottocutanea (SC).</p> <p><i>Dose iniziale:</i> 0,5-1 mg / ora, 1-5 mg, se necessario.</p> <p><i>Dose di mantenimento:</i> 1-20 mg / h.</p>
<p>Lorazepam</p>	<p><i>Generale:</i> benzodiazepina a durata intermedia che ha un effetto di picco di circa 30 min dopo la somministrazione endovenosa. E' meno adatte ad una rapida titolazione o a una riduzione rispetto al midazolam, a causa della sua lento farmacocinetica più lenta.</p> <p><i>Farmacologia:</i> L'eliminazione non è alterata dalla compromissione renale o epatica.</p> <p><i>Vantaggi:</i> rapida insorgenza. Può essere somministrata per via endovenosa o SC.</p> <p><i>Dose iniziale:</i> 0,05 mg / kg, somministrato in bolo ogni 2-4 ore.</p>
<p>Flunitrazepam</p>	<p><i>Generale:</i> benzodiazepina a lunga emivita, solubile in acqua.</p> <p><i>Farmacologia:</i> L'eliminazione non è alterata dalla compromissione renale o epatica.</p> <p><i>Vantaggi:</i> rapida insorgenza. Può essere somministrata per via endovenosa o SC.</p> <p><i>Svantaggio:</i> washout lento a causa di lunga emivita.</p> <p><i>Dose iniziale:</i> bolo di 1-2 mg, infusione continua 0,2-0,5 mg / h.</p>
<p>Neurolettici/antipsicotici</p> <p>I neurolettici possono essere efficaci sedativi in particolar modo se il paziente manifesta segni e sintomi di delirio. Il delirium è uno stato confusionale acuto che può essere difficile da differenziare dall' ansia, ma la distinzione è importante, perché la somministrazione di oppioidi o benzodiazepine può peggiorare il sintomo.</p>	
<p>Levomepromazina</p>	<p><i>Generale:</i> Levomepromazina è un antipsicotico fenotiazinico.</p> <p><i>Vantaggi:</i> ha rapida insorgenza, effetto antipsicotico in casi di delirio, qualche effetto analgesico, può essere somministrato via orale o parenterale (IV, SC o (IM)).</p> <p><i>Dose iniziale:</i> dose iniziale 12,5-25 mg e 50-75 mg in infusione continua.</p> <p><i>Dose efficace:</i> 12,5 o 25 mg ogni 8 ore; fino a 300 mg / giorno in infusione continua per agitazione.</p> <p><i>Effetti collaterali:</i> ipotensione ortostatica, agitazione paradossa, sintomi extrapiramidali, effetti anticolinergici.</p>
<p>Clorpromazina</p>	<p><i>Generale:</i> Antipsicotico ampiamente disponibile; può essere somministrato per via orale, parenterale (EV, IM) e per via rettale.</p> <p><i>Vantaggi:</i> effetto di antipsicotico per i pazienti deliranti.</p> <p><i>Dose iniziale</i> 12,5 mg q 4-12 ore IV o IM, o 3-5 mg / ora IV o 25-100 mg q 4-12 ore PR.</p> <p><i>Dose efficace:</i> parenterale 37,5-150 mg / die, PR 75-300 mg / die.</p> <p><i>Effetti collaterali:</i> ipotensione ortostatica, agitazione paradossa, sintomi extrapiramidali, effetti anticolinergici.</p>
<p>Barbiturici</p> <p>I barbiturici sono affidabile e causano rapidamente la perdita di coscienza e, poiché il loro meccanismo di azione differisce da oppioidi e benzodiazepine, possono essere utili nei pazienti che hanno sviluppato livelli estremi di tolleranza a questi altri farmaci. Non hanno un effetto analgesico, per cui la somministrazione di oppioidi è necessaria nei pazienti con dolore.</p>	
<p>Pentobarbital</p>	<p><i>Generale:</i> barbiturici.</p> <p><i>Vantaggi:</i> rapida insorgenza, anticonvulsivante.</p> <p><i>Dose:</i> dose di carico: 2-3 mg / kg per via endovenosa lenta (non più veloce di 50 mg / min): al momento della dose di carico, iniziare l'infusione a 1-2 mg / kg / ora; titolare al livello desiderato di sedazione.</p>

Anestetici generali	
Propofol	<p><i>Generale:</i> anestetico generale a breve durata d'azione. <i>Vantaggi:</i> rapida insorgenza di sedazione, possibilità di rapida titolazione, washout rapido. <i>Effetti collaterali:</i> ipotensione e depressione respiratoria, doloroso se infuso nelle piccole vene periferiche. <i>Precauzioni:</i> Utilizzare una rigorosa tecnica asettica durante la somministrazione. Cambiare il tubo di infusione ogni 12 ore. Eliminare il flacone e il farmaco non utilizzato se non completamente infuso dopo 12 ore. <i>Vantaggi non-sedativi:</i> antiemetico, antipruriginoso, broncodilatatore. <i>Dose iniziale:</i> 0,5 mg / kg / ora. <i>Dose abituale:</i> 1-4 mg / kg / ora.</p>

Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa ⁵

FARMACO	COMPATIBILITÀ E AVVERTENZE	DOSE INDUZIONE (usuale)	DOSE MANTENIMENTO (usuale)	VIA DI SOMM
BENZODIAZEPINE				
<i>1° scelta</i> MIDAZOLAM	Oppioidi, soluzione fisiologica, glucosata (concentrazione 1 mg in 1 ml di sol glucosata o salina)	BOLO: 1 – 5 mg (0,01 -0,07 mg/kg) Oppure IN CONTINUO: 0,2 – 1 mg/h (più dosi supplementari di 1 – 2,5 mg)	10-120 mg/die (0,03-0,05 mg/Kg/h op. 0,5-5 mg/h)	s.c.-e.v.- (rettale-i.m.)
<i>2a scelta:</i> LORAZEPAM	Oppioidi, soluzione fisiologica, glucosata. Una o più dosi di carico sono richieste per l'infusione continua. Ha un inizio d'azione ritardato e, quindi, può essere necessario utilizzare una singola dose di midazolam o di diazepam per iniziare la terapia quando è necessaria una rapida sedazione.	2-5 mg in bolo lento	0,04-0,08 mg/Kg ogni 2-4 ore oppure 0,25-1 mg/h	e.v.-s.c.
<i>3a scelta:</i> FLUNITRAZEPAM	Soluzione fisiologica, glucosata		0,5-2 mg/h	e.v.
DIAZEPAM	Non utilizzabile per infusione negli abituali contenitori e sistemi di infusione. Maggior rischio di depressione respiratoria	5-10 mg e.v. (0,1-0,2 mg/Kg)	10-20 mg/6-8 ore rettale	e.v.-rettale
CLONAZEPAM		0,5 mg s.c.	0,5-1 mg/h s.c.	s.c.
BARBITURICI				
FENOBARBITAL		BOLO: 100-200 mg	10-25 mg/h (600-1.200 mg/die)	e.v.-s.c. (rettale)
IPNOTICI				

PROPOFOL	Farmaco per uso ospedaliero solo da parte di specialista in anestesia e rianimazione. Ha proprietà sedative, ipnotiche, ansiolitiche e di amnesia anterograda, anche quando utilizzato a dosi subanestetiche. L'infusione a lungo termine porta a un accumulo nei tessuti lipidici.	BOLO 20-100 mg oppure 0,5 mg/Kg/h, titolandolo con aumenti di 0,5 mg/Kg ogni 10-15 minuti	0,5-2,0 mg/Kg/h (mediamente 30-70 mg/h)	e.v.
ANTISTAMINICI				
PROMETAZINA	Oppioidi, soluzione fisiologica, glucosata	Bolo: 50 mg	50 mg ogni 8 ore	e.v.-i.m.
FENOTIAZINE				
<i>1a scelta:</i> CLORPROMAZINA		25-50 mg e.v./bolo i.m.	1-12,5 mg/h	e.v.-i.m.
BUTIRROFENONI				
<i>1a scelta:</i> ALOPERIDOLO	L'aloperidolo può causare allungamento del QT sull'ECG	2-5 mg bolo s.c.	5-100 mg/die	e.v.-s.c.

10. Riferimenti bibliografici

- ¹ F. Cancelli La sedazione palliativa nei malati terminali. L'Osservatore Romano; 26.02. 2009.
- ² H.C. Muller-Busch, I. Andres and T. Jehser: 13 May 2003 *BMC Palliative Care* 2003, 2:2. Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience.
- ³ N.I. Cherny, L. Radbruch European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care - *Palliative Medicine*, 2009; 23(7) 581–593.
- ⁴ N. Juth, A. Lindblad, N. Lynöe, M. Sjöstrand, G. Helgesson. European Association for Palliative Care (EAPC) framework for palliative sedation: an ethical discussion. *BMC Palliative Care* 2010, 9:20.
- ⁵ S. Ambroset, V. Bassolino, A. Caraceni, et al. Raccomandazioni della SICP sulla sedazione terminale/sedazione palliativa. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2008.
- ⁶ T. Morita, S. Tsuneto, Y. Shima. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal for operational criteria. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24:447-53.
- ⁷ Bonito V, Caraceni A, Borghi L, Marcello N, Mori M, Porteri C, Casella G, Causarano R, Gasparini M, Colombi L, Defanti CA. *Neurological Science*. 2005, 26: 189-93 con il titolo The clinical and ethical appropriateness of sedation in palliative neurological treatment.
- ⁸ Fraserhealth. Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines: http://www.fraserhealth.ca/media/RefractorySymptomsandPalliativeSedationTherapyRevised_Sep%2009.pdf
- ⁹ Kirk TW, Mahon MM. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage* 2010;35:914-23.
- ¹⁰ E.L. Krakauer T.E. Quinn. Sedation in Palliative Medicine. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Fourth edition 2010: 19.2;1560 -1568.
- ¹¹ Morita T, Tsunoda J, Inoue S et al. Effects of high dose opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients *J Pain Symptom Manage* 2001; 21(4):282-9.
- ¹² Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncology* 2003; 4: 312-8.
- ¹³ The Ethics of Palliative Sedation. A Report by the National Ethics Committee of the Veterans Health Administration March 2006.
- ¹⁴ L. Orsi. Quesiti clinici in cure palliative. *RICP*: vol.13, n. 3-4 (Dossier 1-2) - 2011; vol. 14, n. 1-2 (Dossier 3-4) -2012.
- ¹⁵ Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med* 2003;17:97-101.

-
- ¹⁶ Comitato Nazionale per la Bioetica. Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana. Presidenza del Consiglio dei Ministri, 14 luglio 1995.
- ¹⁷ G. Fornero. Bioetica cattolica e bioetica laica; Bruno Mondadori ed. 2009.
- ¹⁸ <http://www.uaar.it/laicita/eutanasia#08>
- ¹⁹ L.J. Materstvedt G. Bosshard. Euthanasia and physician-assisted suicide. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Fourth edition 2010; 5.5, 305 -319.
- ²⁰ U. Schüklenk, J.M. Van Delden, J. Downie and all. End-of-Life Decision-Making in Canada: The Report by the Royal Society of Canada Expert Panel on End-of-Life Decision-Making. Bioethics Volume 25 Number S1 2011 pp 1–73.
- ²¹ Catechismo della Chiesa Cattolica. Ed. Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2005.
- ²² Pontificio consiglio della pastorale per gli operatori sanitari. Carta degli operatori sanitari. Città del Vaticano, 1995.
- ²³ Ordinamento penale italiano. Libro II - titolo XII - dei delitti contro la persona. capo I - dei delitti contro la vita e l'incolumità individuale.
- ²⁴ Codice di deontologia medica. Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. 16 dicembre 2006.
- ²⁵ Codice deontologico dell'infermiere. Comitato centrale della Federazione - Consiglio nazionale dei Collegi Ispasvi. Gennaio 2009.
- ²⁶ E. Lecaldano Dizionario di Bioetica Laterza 2002.
- ²⁷ Giovanni Paolo II. Enciclica Evangelium Vitae n. 22 Libreria Editrice Vaticana 1995.
- ²⁸ L. Orsi. Master Universitario di II livello di alta formazione e qualificazione in cure palliative-Verona 25.02.2012.
- ²⁹ TL Beauchamp JF Childress Principles of bioethics Oxford Univ Press 4° ed 1994.
- ³⁰ Cherney NI. Sedation for the care of patients with advanced cancer. Nature Clin Pract Oncol 2006; 3: 492 – 500.
- ³¹ Claessen P, Menten J, Schotsmans P, et al. Palliative sedation, not slow euthanasia: a prospective, longitudinal study of sedation in Flemish palliative care units. J Pain Symptom Manage 2011; 41:14-24.
- ³² Carr MF, Mohr GJ. Palliative sedation as a part of continuum care. JP all Med 2008;11: 76-81.
- ³³ Mercadante S, Intraivaia G, Villari P, et al. Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. JP ain Symptom Manage 2009; 35:771-9.
- ³⁴ M. Maltoni, C. Pittureri. Palliative sedation therapy does not hasten death. Annals of Oncology 20: 1163–1169, 2009

-
- ³⁵ De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendation for standards. *JP all Med* 2007;10:67-85.
- ³⁶ Comitato Nazionale per la bioetica . Dichiarazioni anticipate di trattamento. 18 dicembre 2003
- ³⁷ M L Olsen, MD; K M Swetz, MD; P S Mueller, MD, MPH. Ethical Decision Making With End-of-Life Care: Palliative Sedation and Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatments. *Mayo Clin Proc.* October 2010;85(10):949-954. www.mayoclinicproceedings.com
- ³⁸ N. Cherny. The use of sedation to relieve cancer patients' suffering at the end of life. *Annals of Oncology* 2009; 20: 1153–1155,
- ³⁹ M. Verkerk, E. van Wijlick, J. Legemaate, A. De Graeff. A National Guideline for Palliative Sedation in The Netherlands *J Pain Symptom Manage*, 2007 Dec; 34(6):666-70.
- ⁴⁰ Mercadante S, Villari P. Palliative Care in Italy: problem areas emerging from the literature. *Minerva Anestesiologica* 2010; Vol 76 n. 12: 1060 – 1071.
- ⁴¹ Lars Johan Materstvedt, Georg Bosshard Deep and continuous palliative sedation (terminal sedation): clinical-ethical and philosophical aspects *Lancet Oncol* 2009; 10: 622–27
- ⁴² M Fortis, S Brembilla, G Mogni, GB Cossolini. Consenso alla sedazione terminale profonda e durata della procedura in relazione al sintomo refrattario e alla consapevolezza all'ingresso di malattia. *RICP*; 2; 2011.