

ALCUNE RIFLESSIONI DA PARTE DI CHI SI SENTE UN PO' DISORIENTATO

# VITA, RIANIMAZIONE, FINE VITA: medicina difensiva, accanimento o perdita della “mission”?

Dr. Angelo GIUSTO, MD  
Medico Emergenza Territoriale 118



## LA LEGGENDA DI S'ACCABADORA (Ma è davvero una leggenda?)

Fino a qualche decennio fa, in Sardegna, si praticava l'eutanasia. Se ricevuta l'estrema unzione il moribondo non moriva, si dice che una "donna esperta" venisse mandata a chiamare. Con estrema probabilità proveniva da un altro paese, non troppo distante da quello dello sfortunato agonizzante. Era compito di sa femmina Accabadora procurare la morte a persone in agonia. In Barbagia questo compito era affidato alle donne, in Campidano agli uomini, i quali venivano quindi chiamati Accabadoris. A modo loro queste donne conoscevano perfettamente l'anatomia umana, erano "praticas", levatrici curatrici e anche capaci di uccidere con metodo e precisione.

S'Accabadora ha esercitato fino a pochi decenni fa, soprattutto nella parte centro-settentrionale dell'isola. Gli ultimi episodi noti di accabadura avvennero a Luras nel 1929 e a Orgosolo nel 1952. Oltre i casi documentati, moltissimi sono quelli affidati alla trasmissione orale e alle memorie di famiglia. Molti ricordano un nonno o bisnonno che comunque ha avuto a che fare con la signora vestita di nero. A Luras, in Gallura, s'Accabadora uccise un uomo di 70 anni. La donna non fu condannata e il caso fu archiviato. I Carabinieri, il Procuratore del Regno di Tempio Pausania e la Chiesa furono concordi che si trattò di un gesto umanitario. Infatti tutti sapevano e tutti tacevano. Nessuna condanna sembra sia stata mai perpetrata nei confronti di questa donna missionaria che si faceva carico materialmente e moralmente di porre fine alle sofferenze del malato. La sua esistenza è sempre stata ritenuta un fatto naturale, come esisteva la levatrice che aiutava a nascere, esisteva s'Accabadora che aiutava a morire. Si dice addirittura che spesso era la stessa persona e che il suo compito si distinguesse dal colore dell'abito (nero se portava la morte, bianco o chiaro se doveva far nascere una vita). Questa figura, espressione di un fenomeno socio-culturale e storico è la pratica dell'eutanasia, nei piccoli paesi rurali della Sardegna è legata al rapporto che i sardi avevano con la morte. Nella cultura della comunità sarda, non è mai esistita una vera paura di fronte agli ultimi istanti della vita dell'uomo. Si può anzi dire che i sardi avessero una propria e personale gestione della morte, considerata la conclusione del naturale ciclo della vita. Diverse sono le



pratiche di uccisione utilizzate dalla femmina Accabadora. Si dice che entrasse nella stanza del morente vestita di nero e con il volto coperto (una delle sue gonne era sollevata a coprirle il viso), e che lo uccidesse tramite soffocamento con un cuscino, oppure colpendolo sulla fronte o dietro la nuca con un colpo secco (da cui, probabilmente, il termine Accabadora, dallo spagnolo (?) acabar, terminare, che significa etteralmente dare sul capo), tramite un bastone d'olivo, su mazzolu. Questo era uno strumento appositamente costruito e che si può vedere nel Museo Etnografico Galluras. Consiste in un ramo di olivastro lungo 40 centimetri e largo 20, con un manico che permette un'impugnatura sicura e precisa. Su mazzolu esistente al museo Galluras è stato trovato nel 1981: s'Accabadora lo aveva nascosto in un muretto a secco vicino a un vecchio stazzo che una volta era la sua casa. Un'altra pratica sarebbe consistita nello strangolare il moribondo ponendone il collo tra le sue gambe.

Alcuni Autori, fra cui l'Alziator, descrivono come strumento principale dell'Accabadora non una mazza ma un piccolo giogo in miniatura, da poggiare sotto il cuscino del moribondo al fine di alleviare la sua agonia. Uno dei motivi principali per cui si credeva che un uomo fosse costretto a subire una lenta e dolorosa agonia in punto di morte era che potesse "avere da espiare" qualche grave misfatto: se lo spirito non voleva staccarsi dal corpo era palese la colpa del moribondo, il quale si era macchiato di un crimine vergognoso (aveva bruciato un giogo, o aveva spostato i termini limitari della proprietà altrui, oppure aveva ammazzato un gatto).

Altro rito che veniva compiuto era quello di togliere dalla stanza del moribondo tutte le immagini sacre e tutti gli oggetti a lui cari: si credeva in questo modo di rendere più semplice e meno doloroso il distacco dello spirito dal corpo. In ogni caso, poco davvero si sa della pratica, visto che la donna veniva lasciata da sola con il moribondo.

S'Accabadora andava via in punta di piedi, quasi avesse compiuto una missione, ed i familiari del malato le esprimevano profonda gratitudine per il servizio reso al loro congiunto offrendole prodotti della terra. La pratica non doveva essere retribuita dai parenti del morto poiché il pagare per dare la morte era contrario ai dettami religiosi e della superstizione.

### **CIO' CHE ACCADE OGGI. MA DOVREBBE ACCADERE?**

**"Essere immortale è cosa da poco: tranne l'uomo, tutte le creature lo sono, giacché ignorano la morte; la cosa divina, terribile, incomprensibile, è sapersi immortali".**

**(Jorge Luis Borges)**

Novantatré anni, Paziente affetto da mieloma multiplo e adenocarcinoma vescicale, demente, allettato; riferita "perdita di coscienza": la Centrale Operativa 118 attribuisce un codice "Rosso neurologico" e invia Ambulanza e Automedica; il target è a circa 14 km e 10 minuti dall'Ospedale.

Novantadue anni, adenocarcinoma del colon, adenocarcinoma della mammella, allettata; motivo della chiamata: "la Paziente non risponde più". L'Automedica si trova a circa 43 km dal target (circa 35 minuti di percorrenza), e viene inviata sul posto per "Arresto cardiaco, RCP in corso, scarica DAE non consigliata".

Ottantotto anni, Paziente terminale, dimesso su richiesta dei Parenti alle 15,30; la telefonata, alle 17 circa dello stesso giorno, giunge per "chiedere informazioni sugli adempimenti in caso di decesso". Vengono inviate Ambulanza e Automedica; il Medico che arriva sul posto trova il Paziente, che i Parenti stavano preparando per la veglia funebre, sul pavimento (rimosso quindi dal suo letto di morte), con la maglietta lacerata, un DAE applicato, BLS in corso.

Novantacinque anni, la Centrale invia il MSA ad effettuare una constatazione di decesso per un Paziente "morto secco secco" (sic). All'arrivo il Personale trova i Parenti in attesa delle Onoranze Funebri e, in un'altra stanza, il personale MSB che, DAE applicato, sta effettuando RCP sul Paziente, disteso a terra.

Quanto raccontato sopra è accaduto, ed è ovviamente documentabile da parte di chi scrive. Non so, ma non penso, si tratti di una serie di circostanze. Non so neppure se si tratti di una pratica comune presso altre Centrali Operative. Mi si passerà quindi la licenza di omettere la sede nella quale lavoro abitualmente. Non ho esempi analoghi, ma con età più giovanili, da documentare e da riferire. Ma, credetemi, il mio pensiero sarebbe e resterebbe il medesimo.

### **UN ARGOMENTO SCOMODO. NON LO PUBBLICHERA' NESSUNO.**

**"Tutto ciò che vive, non vive solo né per sé stesso" (William Blake, 1757 - 1827)**

Ho iniziato a parlare con qualche collega e con qualche "ad-

detto ai lavori" dell'idea che avevo in mente, cioè di scrivere questo lavoro. La migliore tra le risposte ricevute, comunque a denti stretti, fu del tipo "E' un argomento troppo scomodo, che coinvolge troppe discipline e che tocca troppi interessi: lascia perdere, tanto non te lo pubblicherà nessuno". Perché - ho domandato ingenuamente - non dovrebbe interessare nessuno? La risposta è stata ancora più disarmante: **"Non ho detto che non interessi nessuno, anzi. Ti sto solo dicendo che è un argomento fastidioso, che tocca fede e religione, politica e bioetica, interessi e medicina difensiva. Per questi e mille altri motivi non lo pubblicherà nessuno!"**.

### **IL CONCETTO DI "FINE VITA"**

**"Ciecamente sogniamo di superare la morte attraverso l'immortalità" (Anonimo)**

Fino a non molto tempo fa, il concetto di malattia implicava, quale possibile evoluzione di essa, anche il concetto di morte. Come ebbi a scrivere in un altro lavoro ("*Aiuto, cosa succede? Ho paura! L'emergenza sanitaria vista da e con gli occhi di un bambino*" - *Emergency Oggi* - Marzo 2008, pagg. 8-12;), tale concetto era addirittura vissuto come "quotidiano" anche per quanto riguardava i pazienti pediatrici! Nel nostro meraviglioso mondo moderno, ipertecnologico, in cui il narcisismo ed il culto della persona rappresentano la nuova religione, ed in cui nulla sembra impossibile, anche il prolungamento all'estremo dell'esistenza umana (e quindi l'allontanamento del limite della sopravvivenza umana verso un lontano orizzonte), ecco che probabilmente ci "siamo giocati" il concetto di fine vita, e quindi di morte! Il concetto appena

espresso trova ormai conferma da parte di eminenti pensatori: come ebbe a sottolineare Corrado Viafora, Professore di Bioetica presso l'Università di Padova, **"...l'oscenità da tenere fuori dalla vita sociale non è più il tabù del sesso: ora è il tabù della morte..."**. Ancora, l'antropologo Vincent Thomas, **"...Il morire in ospedale, tipico della società moderna, è un morire burocraticizzato, tecnicizzato, programmato, ridotto a fenomeno biologico e igienico-sanitario, suscettibile di essere modellato in virtù del sapere e del potere..."**

Ecco dunque che la cessazione dei battiti cardiaci nel vecchietto allettato e caricato di mille patologie (o semplicemente cullato ed accompagnato all'*exitus* dalla senescenza) non viene più, salvo rari casi, vissuto come "fine vita, naturale completamento e chiusura di un'esistenza",

**ma come "arresto cardiaco", meritevole di tutti i tentativi possibili finalizzati ad una sua ripresa e quindi ad una... Restitutio?**

E' vero, nel nostro tempo sono anche mutate le attenzioni sociali e familiari nei confronti dei concetti di malattia e di morte; se è pacifico che, fino a non molti anni or sono, rappresentava per una famiglia un punto d'onore mantenere i nonni al proprio domicilio e curarne il trapasso sotto il tetto al quale erano magari nati, attualmente il vissuto

del lutto e della morte **devono** essere quanto più possibile resi asettici dal proprio domicilio e dalla vita quotidiana. Forse, solo in alcune contrade rurali, o presso le abitazioni di coloro che vengono da altre culture, questo concetto permane come faticosa parte di una vera realtà sociale!

### **EMERGENZA SANITARIA O "EMERGENZA DIFENSIVA"?**

**"Non v'è rimedio per la nascita e la morte salvo godersi l'intervallo" (George Santayana, 1863-1952)**

Di cosa si tratta quindi? Relativamente a quanto espresso poco sopra, in presenza di un paziente "in fin di vita" (Vi ricordate quanto si usava questa definizione? Vi ricordate - attualmente - di averla sentita utilizzare?) quello che vorrei tentare di individuare, a questo punto, è il confine tra quella che, lecitamente, debba essere considerata un'emergenza sanitaria, e quella che, invece, sia da considerare (e **debba** essere da considerare) il termine di un'esistenza umana.

**Il concetto di medicina difensiva consiste nella pratica di processi diagnostici e/o di misure terapeutiche attuate principalmente non tanto per migliorare la salute del paziente, ma per tutelarsi di fronte alle responsabilità medico legali relative alle cure mediche prestate.** Evitare la possibilità di un contenzioso medico legale è la motivazione principale del porre in atto pratiche di medicina difensiva. Molto comune negli Stati Uniti, con un'incidenza variabile tra il 79% e il 93%, la medicina difensiva viene praticata specialmente nella *medicina di emergenza*, nei reparti di ostetricia e in altri interventi specialistici ad alto rischio. Ulteriore diversificazione si può ottenere parlando di **medicina difensiva positiva**, che si attua con un comportamento cautelativo di tipo preventivo (assurance behaviour): il comportamento cautelativo si esplica nel ricorso a servizi aggiuntivi (test, visite o trattamenti) non necessari, atti a diminuire la possibilità che si verifichino risultati negativi, dis-

suadere i pazienti dalla possibilità di presentare ricorsi; redigere documentazione che attesti che il medico ha operato secondo gli standard di cura previsti, in modo da cautelarsi da eventuali future azioni legali; **la medicina difensiva negativa** si pratica con l'astensione dall'intervento di cura (avoidance behaviour) che si manifesta nel caso in cui il medico eviti determinati pazienti o interventi ad alto rischio.

**I medici prescrivono quindi più esami di quelli strettamente necessari, oppure si rifiutano di trat-**

**tare un caso particolarmente a rischio.** Una ricerca è stata effettuata dal Centro Studi "Federico Stella" sulla Giustizia Penale e la Politica Criminale, per indagare sulle ragioni che spingono i professionisti ad adottare questo tipo di atteggiamento. Il 77,9% del campione ammette di avere adottato almeno un comportamento di Medicina Difensiva durante l'ultimo mese di lavoro; il 69,8% afferma di aver proposto il ricovero di un paziente in ospedale, nonostante fosse gestibile ambulatorialmente; il 61,3% dichiara di aver prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario; il 51,5% afferma di aver prescritto farmaci non necessari; Per quanto concerne le *motivazioni* relative a tali comportamenti, l'80,4% ha timore di un contenzioso medico-legale; il 65,7% risente l'influenza di precedenti esperienze di contenziosi a carico dei propri colleghi; il 59,8% ha timore di ricevere una richiesta di risarcimento; il 51,8% è influenzato da precedenti esperienze personali di contenzioso.

Secondo i più recenti dati a disposizione, anche in Italia negli ultimi anni si è registrato un allarmante aumento delle richieste di risarcimento da parte dei pazienti a carico dei medici e delle strutture sanitarie. Dal 1995 al 2005 si è passati da 17.000 sinistri denunciati a circa 28.500 con un aumento del 65%. Il rischio della medicina difensiva è che l'obiettivo prioritario della tutela della salute del paziente venga subordinato alla minimizzazione del rischio legale.

La tecnologia ricopre un ruolo decisivo nella pratica della Medicina difensiva: **gli specialisti ammettono di utilizzarla per tranquillizzare i pazienti e se stessi.** Ma l'uso difensivo della tecnologia ha un effetto-valanga: più gli specialisti prescrivono procedure diagnostiche inutili o trattamenti aggressivi per condizioni a basso rischio, più questo tipo di approccio tende a diventare lo standard legale per la pratica clinica. Anche il rapporto paziente-medico viene sostanzialmente alterato in caso di Medicina difensiva: alcuni specialisti possono passare maggior tempo con i pazienti e tendere a fornire informazioni più detta-

gliate sulle patologie riscontrate, ma altri tendono a chiudersi, reagire con sospetto, ad abbandonare il paziente "rischioso" al proprio destino. Una ricerca pubblicata dal Journal of the American Medical Association, ha dimostrato che una maggioranza schiacciante degli specialisti di determinate aree terapeutiche adotta questa strategia professionale. Quanto spesso i medici modificano il loro comportamento professionale a causa del timore di procedimenti giudiziari per malpractice? Un gruppo di ricercatori del Department of Health Policy and Management della Harvard Medical School ha analizzato un gruppo di specialisti di aree terapeutiche con maggiore incidenza di cause giudiziarie (*medicina d'emergenza, chirurgia generale, chirurgia ortopedica, neurochirurgia, ostetricia e ginecologia, radiologia*) operanti in Pennsylvania. Un totale di 824 medici operanti in 6 strutture sanitarie distinte è stato preso in esame. Il 93 per cento ha dichiarato di praticare Medicina difensiva. **Un comportamento "sicuro" consistente nel prescrivere con facilità test e procedure diagnostiche e chiedere consulti viene adottato dal 92 per cento dei medici interpellati.** Il 43 per cento riferisce di prescrivere procedure diagnostiche clinicamente non necessarie. Evitare procedure e pazienti che vengono percepiti come 'pericolosi' dal punto di vista giudiziario è un altro comportamento assai diffuso: il 42 per cento degli interpellati ammette candidamente di aver volutamente ristretto il suo campo d'azione professionale negli ultimi 3 anni per evitare complicazioni! Per strano che possa apparire, in questa mia esposizione non desidero fornire la soluzione ad un problema, ma il mio primo scopo è quello di *fornire un problema*, in modo da poter avere quanti più spunti di discussione - e quindi proposte di soluzioni - possibili. Non esporrò quello che è il *mio* punto di vista in merito, né porterò ad esempio altre opinioni, di cui comincia ad abbondare la letteratura e la bibliografia specifica. Gli unici riferimenti alla Letteratura internazionale siano visti quali riferimenti allo "stato dell'Arte" della Comunità scientifica.

**FERMIAMO UN ATTIMO IL GIOCO,  
E FACCIAMO IL PUNTO.**

***"Quando, finalmente, impariamo a vivere, sopraggiunge la morte."* (Lucio A. Seneca, 5 a.C.-65 d.C)**

Ho espresso, forse, il concetto che vorrei richiamare ad una certa attenzione. Per farlo, sono consapevole di aver scagliato un macigno nello stagno. Se qualcuno sta leggendo queste righe, vorrà dire che abbiamo smentito la Cassandra citata al secondo paragrafo di quest'articolo.

Quello che sta diventando evidente a tutti, almeno a coloro che desiderano continuare a vedere, è che la maggior parte degli atti medici nell'emergenza-urgenza rispondono sempre meno a

criteri strettamente clinici e di reale utilità terapeutica, e sempre più a criteri di "difesa" dei sanitari, e dei vertici gerarchici e delle strutture sanitarie preposte, che in ultima analisi alimentano ed alimenteranno sempre più, formando un circolo vizioso a spirali sempre più strette che si traduce in una farisaica alimentazione di false speranze non solo per il malato, ma soprattutto per i familiari del malato stesso.

In altre parole: la frase tipica del vecchio medico coscienzioso che al capezzale del malato sentenziava *"Non vi è più nulla da fare, è questione di ore"*, viene e verrà sempre più da interpretare come *"Non c'è più nulla da fare però, per essere sicuri e non aver rischi da correre con eventuali contestazioni e risarcimenti da pagare, mandiamo lo stesso tutti i mezzi che abbiamo a disposizione, facciamo lo stesso tutto quello che abbiamo a disposizione, però deve essere chiaro che, per il Paziente, non cambia nulla"*.

Nel 2003 è stato pubblicato l'esito di un vasto studio europeo,



cui partecipò anche l'Italia. Gran parte delle morti che avvengono in un contesto di medicalizzazione sono il risultato di una precisa, anche se forse non sempre pienamente consapevole, decisione del Medico. La scienza medica ha, quindi, pressoché sempre la possibilità di rimandare il momento della morte, di poco o di tanto che sia, e la scelta del medico (sospendendo o attuando un trattamento in grado di rimandare il decesso), di fatto, "decide" il momento della morte. Ciò in Europa, avviene almeno nel 50% di tutti i decessi, ed è verosimile pensare che questa percentuale si avvicini al 100% nei casi di malati ospedalizzati, ricoverati in RSA o in hospice. Sovente, il Medico decide anche il luogo (casa, ospedale, RSA, hospice, ambulanza, ecc) dove il malato morirà e, implicitamente, anche il "come" morirà: se sottoposto ad interventi invasivi, o addirittura ad accanimento, oppure se morirà tranquillo, circondato dai propri cari. Davanti ad un malato terminale, il Medico si trova di fronte ad un dilemma: se si astiene dall'applicare terapie "salva vita", o decide di interrompere trattamenti che lo tengono in vita, potrebbe essere accusato di aver compiuto un atto di eutanasia o, quanto meno, di non aver fatto **"tutto il possibile"**, di non aver utilizzato **"tutti gli strumenti a disposizione"** (si pensi, ad esempio, alla decisione di effettuare o meno un'intubazione oro-tracheale ed una rianimazione cardio-polmonare avanzata!). Se invece decide di ritardare la morte, utilizzando ciò che la tecnica medica gli mette a disposizione, potrebbe essere chiamato a rispondere di accanimento terapeutico. Il problema è insolubile, ed il medico non ha modo di sottrarsi a questa responsabilità, perché qualsiasi decisione egli prenda comporterà ritardo o anticipazione della morte del suo malato. Ad un certo grado di evoluzione clinica in una malattia terminale, la qualità della vita può diventare più importante del prolungamento della sopravvivenza (Ahmedzai 2004). Scegliere per la qualità della vita residua, o per la dignità del morire (i due concetti si possono toccare in certe situazioni, ma non sono interscambiabili), implica intensificare il controllo dei sintomi e della sofferenza accettando la possibilità di anticipare in qualche misura il momento del morire, o sospendere trattamenti che potrebbero prolungare la vita stessa. Proseguire la cura senza compiere questa svolta a favore della qualità di vita o della dignità del morire è una decisione che può "garantire" nei confronti dei superiori o dei Parenti, ma certamente può condizionare l'esito dell'assistenza.

### **COSA DICE LA LETTERATURA**

**"In principio era il Verbo" (Giovanni, 1,1)**

I progressi della Scienza medica hanno significato, come si diceva sopra, un generale miglioramento della prognosi di molte

afezioni, ed un notevole incremento della sopravvivenza e delle aspettative di vita di molti Pazienti critici. Parallelamente, è cresciuto anche il livello di complessità del processo decisionale in ambito clinico, ivi compreso il processo che porta alla decisione di iniziare e/o proseguire una rianimazione cardio-polmonare avanzata. La rianimazione cardio-polmonare venne introdotta nel 1965 al fine di "strappare" da una morte imminente le vittime di arresto cardiaco. L'intento era - e dovrebbe essere tutt'ora - quello di **prevenire la morte prematura** di pazienti vittime di ACC. La procedura veniva indicata attuabile qualora si ipotizzasse di riuscire a riportare la vittima di arresto cardiaco ad una situazione di benessere pari a quella precedente l'evento critico. E' noto che una larga percentuale dei Pazienti rianimati non recuperino uno status ante quo tale da garantire una buona qualità di vita. Ciò accade soprattutto quando la rianimazione sia iniziata troppo tardivamente, e di conseguenza il cervello abbia riportato un danno ipo/anossico più o meno importante. La rianimazione cardio-polmonare può essere una procedura salva-vita, ma può essere decisamente abusata, qualora la vittima sia già precedentemente troppo ammalata (Pazienti gravemente ammalati e/o terminali) o la cui restituito sia decisamente improbabile (anziani, Pazienti gravemente defedati).

Per lungo tempo, quindi, furono considerati basilari alcuni concetti correlati ad una RCP, che possiamo definire principi di "amministrazione": autonomia, beneficence, nonmaleficence, giustizia ed equità. Potrà quindi apparire ovvio che ci siano situazioni in cui l'inizio di una RCP sia chiaramente indicata, mentre in altre situazioni il *non* intraprendere una rianimazione risulta altrettanto giustificato. Eventuali situazioni di rifiuto, da parte dei parenti o espresse in vita dallo stesso Paziente, dovrebbero essere rispettate dallo staff sanitario. Negli Stati Uniti, il concetto del **"Do Not Resuscitate"** esprime la volontà da parte di un Paziente, espressa in vita, liberamente e sotto forma di impegno scritto, di non essere sottoposto a RCP in caso di evento critico, o di fine vita. Tale forma di espressione del consenso è disponibile e valida in alcuni Stati, mentre non lo è in altri. Ancora, in alcuni degli Stati in cui è legiferato il concetto di DNR, il personale sanitario è tenuto a rispettarlo *ovunque*; in altri Stati solo presso il *domicilio* del Paziente, in altri ancora solo all'interno degli Ospedali o degli Hospice. E' però da sottolineare il fatto che, nel caso di volontà DNR da parte di un Paziente, i Parenti sono generalmente informati a **non** attivare i Servizi sanitari di Emergenza attraverso il 9-1-1.

Il Senatore Ignazio Marino, allora Presidente della Commissione Sanità, nel 2007 portò all'attenzione delle Istituzioni il concetto di **desistenza terapeutica**. Con questa espressione si intende l'atteggiamento terapeutico con il quale il personale sanitario desiste dalle terapie futili ed inutili. La desistenza terapeutica è

un concetto che proviene prevalentemente dall'ambito medico dell'anestesia e rianimazione e si applica nei confronti dei pazienti malati terminali, o quando la prognosi infausta diventa evidente e le cure, somministrate "per eccesso", non hanno alcuna prospettiva di dare giovamento. Il principio della desistenza terapeutica riconosce i propri fondamenti nel concetto di accompagnamento alla morte secondo criteri bioetici e di deontologia professionale. La desistenza terapeutica non ha nulla a che fare con l'eutanasia, da cui anzi prende le distanze, e vuole combattere l'accanimento terapeutico. La desistenza terapeutica, così come la rinuncia all'accanimento terapeutico, sono sicuramente atti medici importanti e dovuti al Paziente, nel rispetto di quell'esclusivo ed inimitabile rapporto fiduciario che lega indissolubilmente ogni Medico ai propri assistiti. Disporre della propria vita, non è ancora un diritto acquisito.

Ai medici europei è stato chiesto apertamente anche se la disponibilità o indisponibilità della vita umana sia una scelta individuale (Lecaldano 2004). La maggioranza dei medici in Svizzera, Belgio e Olanda ha espresso il proprio consenso all'assunto posto, senza ulteriori determinazioni di tipo clinico, nella formulazione per cui "ogni persona dovrebbe avere il diritto di decidere di anticipare la fine della propria vita". Tale adesione dei medici al principio della disponibilità della vita umana, è ancora più netta e raggiunge la maggioranza in Danimarca. Poco più di un terzo dei medici italiani, invece, si dice concorde. Ancora meno favorevoli alla disponibilità della vita umana sono i medici svedesi. Diversa la posizione dei medici di fronte all'uso di farmaci letali in assenza di esplicita richiesta del paziente: risulta accettabile ai medici belgi, meno nel resto d'Europa. In particolare nei Paesi Bassi, il paese che vanta l'adesione più alta al principio di disponibilità della vita umana, solo una esigua minoranza dei medici si dichiara d'accordo con l'uso di farmaci letali in assenza di esplicita richiesta del paziente. Nello studio di Duchateau e altri, furono valutate dai Medici intervenuti su Pazienti in ACC, alcune condizioni: evidenza di importante decadimento cognitivo, evidenza di deterioramento funzionale, ridotta o assoluta mancanza di autonomia. La valutazione se intraprendere o meno una rianimazione cardio-polmonare avanzata fu assunta, nel 48% dei casi, in completa autonomia dal Medico intervenuto. È importante sottolineare il fatto che dei 227 Pazienti arruolati nello studio, 114 furono sottoposti a tentativi di rianimazione avanzata (età  $61 \pm 18$  anni), 113 non furono rianimati (età  $73 \pm 19$  anni); quattro di questi avevano espresso in vita, sia pur verbalmente, il desiderio di non essere rianimati. Criteri quali scadenti condizioni cliniche precedenti, lungo intervallo tra collasso e inizio di RCP, importanti e invalidanti patologie preesistenti, espressione di volontà in vita da parte del Paziente sono gli elementi che hanno avuto quale comune denominatore l'indirizzare il Medico

a non intraprendere alcuna forma di rianimazione.

Il privilegio di responsabilità di cui ogni Medico è depositario ed affidatario, quindi, non può che realizzarsi nel principio di **fedeltà al Paziente**, fedeltà che sublima nella ricerca e nella contestualizzazione di ogni essere umano affidato alle nostre cure, *sia pur per un breve periodo di tempo*. La dimensione clinica della Persona, intesa come *inquadramento clinico*, anche ottenuta esasperando i mezzi più sofisticati che la scienza mette a nostra disposizione, non divenga mai prevaricante sulla dignità del Paziente-Persona. Il Medico *deve* potere e sapere sublimare questo "contratto", anche rimanendo sgomento di fronte alla morte del "suo" Paziente! Nessun regolamento, nessuna organizzazione, nessuna Legge potrà, in ogni caso, rompere questo legame di fedeltà!

#### CONCLUSIONI

***"...Non ci si può affidare alla scienza, se non per chiederle qualche strumento tecnico. Ma al massimo essa permette un debole prolungamento dei nostri giorni, anche se il suo impegno può testimoniare quella solidarietà umana che è l'auspicabile orizzonte di tutto il suo dinamismo"***  
(Card. C.M. Martini, Arcivescovo Emerito di Milano).

E in Italia, dunque? Non abbiamo nulla di scritto né tanto meno di legiferato, in materia di fine vita né tanto meno di DNR. Le decisioni di intraprendere una rianimazione cardio-polmonare, e di porre termine ad essa, rispondono quindi ad esclusivi conetti, peraltro assolutamente soggettivi, di buon senso, etica, scienza e coscienza!

È necessario che i medici e gli operatori sanitari che assistono le persone anziane riflettano in modo sereno e severo sul tema della morte, che rappresenta un momento fondamentale del rapporto di cura, avendo coraggio di riprendere temi come pietà, compassione, fedeltà che sembrano banditi dalle valutazioni antropologiche e sociologiche, le quali, da sole, non riescono a delineare la profondità del rapporto medico-paziente. Il rischio più attuale è che alcune decisioni vengano assunte, anche a livello inconscio, sotto la pressione di problemi extraclinici, sia a livello di sistema in cui si opera che delle singole situazioni personali. Si rende ormai indispensabile, quindi, l'esigenza di definire standard stabiliti non su comportamenti singoli, per quanto spiacevoli o - al contrario - auspicabili, ma su una prospettiva che sappia comprendere le valenze cliniche, culturali, etiche, spirituali ed antropologiche di ogni persona e quindi diventi premissa per l'atto di cura.

**In Italia, la decisione di non trattare un Paziente, è ancora vista come un ostacolo insormontabile.** Almeno il 75 per cento dei medici europei (quasi il 100 per cento in Danimar-

ca) ritiene di dover rispettare il rifiuto delle cure espresso da un paziente, più specificamente la richiesta di interrompere o non intraprendere trattamenti di sostegno vitale: una convinzione che vale solo per poco più del 50 per cento dei rispondenti nel campione italiano. Ancor più netto è il rifiuto della nomina, legalmente riconosciuta, di una persona, scelta dal malato stesso, che lo rappresenti per tutte le decisioni di fine vita in caso di incapacità: solo una minoranza dei medici italiani (ma anche belgi, danesi e svedesi) è d'accordo. Sul tema del limite alle cure i medici italiani sono quindi distribuiti su posizioni differenziate e tendono in media a un atteggiamento più conservatore rispetto a quello dei loro colleghi europei.

Il medico deve nuovamente essere capace di accettare i limiti della medicina senza interpretarli come fallimenti personali, deve saper assumere responsabilità pesanti resistendo a pressioni anche improprie esercitate da molte parti, deve esser partecipe della sofferenza altrui, tenendo in conto gli aspetti medico-legali senza farli divenire la motivazione principale di ogni percorso di cura. **Il buon medico sarà dunque un utilizzatore sapiente della Scienza, un utilizzatore prudente e libero della tecnica, e di entrambe dovrà valutare i limiti, l'utilità e l'applicabilità su ogni singolo Paziente.**

Il *dovere* di curare, il *diritto* ad essere curati, impone scelte precise e, nei contesti verso i quali stiamo dirigendo, indilazionabili. Occorre trovare una strada percorribile che raccolga le opinioni anche più distanti, e che tenga in considerazione gli obblighi della realtà, le emozioni del cuore, la razionalità del cervello. E' necessario saper e poter recuperare la dignità dei nostri Pazienti e l'Autorevolezza della nostra Professione. Una volta individuato un percorso attuabile e condivisibile, sarà cura e obbligo di ogni Professionista formarsi adeguatamente, allo scopo di poter e dover decidere quanto sia giusto, sufficiente, obbligatorio e deontologicamente corretto per ogni Paziente che si affida o che è affidato alle proprie cure, sia per poche decine di minuti, sia per periodi di tempo molto più lunghi.

Dopo questa lunga disamina mi accorgo, però, di ritrovarmi di nuovo al punto d'inizio. Come preannunciato, ho desiderato porre all'attenzione di chi legge un problema. **Non ho fornito soluzioni. Non ho trovato una via d'uscita al quesito di partenza.** Anzi, è forse il momento di cominciare a porsi ulteriori interrogativi! **La vita di un Paziente di 95 anni, più o meno in buona salute, "vale" meno di quella di un cinquantenne?** E ancora: si arriverà al punto in cui una Centrale Operativa 1-1-8 ed il relativo Medico responsabile (di turno o Dirigente) saranno "inquisiti" non già per *non aver inviato* un MSA, ma per *averlo inviato* come "risorsa ulteriore" (non necessaria?) ad un Paziente per il quale nessun intervento sanitario sarebbe indicato? Dopo aver cercato una risposta, e sentendomi



**:: KIT EVEREST**

# 855.SET.12

il kit comprende i seguenti articoli:

**:: X-TRIM 2 tavola spinale pieghevole**  
# 855.05

Nuova tavola spinale pieghevole in fibra di carbonio. Peso ed ingombro ridotti al minimo, meno di 5 kg per una spessore di 5mm, importantissima per facilitare la manovra "roll on".

Priva di qualsiasi parte in metallo, è completamente radio-trasparente e quindi può essere inserita direttamente in T.A.C., risonanza magnetica e altri apparati diagnostici, evitando lo spostamento del paziente.

Concepita e realizzata per qualsiasi tipologia di soccorso: ambulanza, moto-mediche, elicottero, ecc... Predisposizione per l'uso e irrigidimento rapidissimi mediante due longheroni scorrevoli e solidali. Disponibile in versione rigida ad un modulo.

CE Direttiva 93/42/CEE - EN 1865

**NEW!**



**:: EVEREST telo da soccorso**  
# 855.00

Telo da elisoccorso progettato per essere utilizzato con tavole spinali e materassini a depressione. Collaudato per tutti i tipi di verricelli esistenti, permette la massima operatività in abbinamento alla tavola spinale HAGA. Dotato di tasche per accessori. Prodotto in materiale ultraresistente e antistrappo.

CE Direttiva 93/42/CEE - EN 1865



**:: TAYLAN cinghiaggio per tavola spinale**  
# 855.02

Sistema di cinghiaggio per immobilizzazione ferito studiato per la tavola spinale HAGA. Completamente regolabile e dotato di aggancio rapido con connettori.



**:: PATTY sospendita**  
# 855.03

Sospendita per telo soccorso EVEREST. Composta da due parti di cinque fettucce con colori differenziati. Leggera e compatta garantisce alti carichi di rottura, SWL 400 kg.





comunque più documentato, sono dunque disorientato quanto prima. Però ho condiviso il mio dubbio ed il mio interrogativo che, forse grazie a qualcuno che leggerà e se ne occuperà, non resterà senza risposta.

## DEFINIZIONI

**"Il primo passo nell'evoluzione dell'etica è un senso di solidarietà con altri esseri umani" (Albert Schweitzer, Premio Nobel per la pace 1952)**

Alla fine di questa breve trattazione, ritengo utile riportare alcune definizioni "in lingua corrente" di alcune definizioni relative ad alcuni termini di uso comune, che spesso ricorrono, ma che per quanto semplici possano, in alcuni contesti, generare dubbi o prestarsi ad errate interpretazioni. Non sono riuscito a trovare una definizione attendibile, esaustiva e pienamente condivisibile della parola "**vita**". Tanto meno del concetto di "fine vita". Non ho, a questo punto, neppure preso in considerazione il distinguere l'esistere dall'essere.

*"La vita è la condizione che distingue gli organismi animati dagli oggetti inanimati. Si contrappone alla morte. Per gli esseri umani, la vita assume importanza anche in quanto esistenza, ampliando così il suo significato dal campo puramente biologico e scientifico a quello filosofico e spirituale". (Wikipedia)*

La parola "**scienza**" deriva dal latino "scientia", che significa conoscenza. Fin dai tempi dell'Illuminismo questa parola (e la sua origine latina) aveva il significato di qualsiasi sistematica o esatta registrazione della conoscenza. Di conseguenza la "scienza", a quel tempo, aveva lo stesso tipo di significato dato alla filosofia. Per "scienza" si intende quindi un complesso organico di conoscenze ottenuto con un processo sistematico di acquisizione delle stesse allo scopo di giungere ad una descrizione precisa della realtà delle cose e delle leggi in base alle quali avvengono i fenomeni. Le regole che governano tale processo di acquisizione di conoscenze sono generalmente conosciute come metodo scientifico. In ambito moderno, gli elementi chiave del metodo scientifico sono l'osservazione sperimentale di un evento (naturale o sociale), la formulazione di un'ipotesi generale sotto cui questo evento si verifichi, e la possibilità di controllo dell'ipotesi mediante osservazioni successive.

Il termine **coscienza** deriva dal latino Cum-scire ("sapere insieme") ed indicava originariamente un determinato stato interiore. Anticamente con tale termine si intendeva qualcosa di diverso da ciò che si ritiene oggi nell'ambito psicologico e filosofico. Non tutti gli antichi dividevano l'uomo in mente e corpo. Anzi era molto diffusa l'idea (oggi tornata alla ribalta) che l'uomo avesse tre funzioni relativamente indipendenti chiamate "centro intellettuale", "centro motore-istintivo" e "centro emozionale",

collocate rispettivamente: in una parte dell'encefalo, nella parte terminale della colonna vertebrale (dove un tempo nell'uomo compariva la coda) e nella zona del plesso solare, in quelli che sono oggi chiamati "gangli del simpatico e del parasimpatico". Ebbene "coscienza" indicava *quello stato interiore di sintonia tra i tre centri (sapere insieme) che, se raggiunto, permetteva all'uomo di elevare la propria ragione*. La psicologia tradizionale indica con coscienza una funzione generale propria della capacità umana di assimilare la conoscenza. All'inizio vi è consapevolezza, cioè constatazione attiva della nuova conoscenza, quando a questa segue la permeazione definitiva del nuovo come parte integrante del vecchio, si può parlare di coscienza. Questa funzione, applicata al susseguirsi di fenomeni di conoscenza (non solo sensoriali) genera il fenomeno della coscienza. Ancora, in ambito etico, è intesa quale capacità di distinguere tra il bene ed il male, al fine di adottare conseguenti ed idonei comportamenti. Per quanto riguarda la definizione di **buon senso**, mi affido ad una citazione inopinabile: *«Il buon senso è la cosa nel mondo meglio ripartita: ciascuno infatti pensa di esserne ben provvisto, e anche coloro che sono i più difficili a contentarsi in ogni altra cosa, per questa non sogliono desiderarne di più. Né è verosimile che tutti s'ingannino; anzi ciò dimostra che la facoltà di ben giudicare e di distinguere il vero dal falso (ch'è propriamente quello che si dice buon senso o ragione) è eguale per natura in tutti gli uomini...» (Renè Descartes, Discorso sul metodo)*.

**L'etica** (dal greco antico "èthos", comportamento, costume, consuetudine) è *quella branca della filosofia che studia i fondamenti oggettivi e razionali che permettono di distinguere i comportamenti umani in buoni, giusti, o moralmente leciti, rispetto ai comportamenti ritenuti cattivi o moralmente inappropriati*. L'etica può anche essere definita come la ricerca di uno o più criteri che consentano all'individuo di gestire adeguatamente la propria libertà nel rispetto degli altri. Essa pretende inoltre una base razionale, quindi non emotiva, dell'atteggiamento assunto, non riducibile a slanci solidaristici o amorevoli di tipo irrazionale. In questo senso essa pone una cornice di riferimento, dei canoni e dei confini entro cui la libertà umana si può estendere ed esprimere. In questa accezione ristretta viene spesso considerata sinonimo di filosofia morale: in quest'ottica essa ha come oggetto i valori morali che determinano il comportamento dell'uomo. L'etica si occupa anche della determinazione di quello che può essere definito come il senso, talvolta indicato con il maiuscolo Il Senso dell'esistere umano, il significato profondo etico-esistenziale (eventuale) della vita del singolo e del cosmo che lo include. Anche per questo motivo è consuetudine differenziare i termini 'etica' e 'morale'. Un altro motivo è che, sebbene essi spesso siano usati come sinonimi, si preferisce l'uso del termine 'morale' per indicare l'assieme di valori, norme e costumi di

un individuo o di un determinato gruppo umano. Si preferisce riservare la parola 'etica' per riferirsi all'intento razionale (cioè filosofico) di fondare la morale intesa come disciplina.

## CITAZIONI GIURIDICHE

**"La vita è una ricerca di potenza" (Ralph Waldo Emerson)**

### CODICE DI PROCEDURA PENALE

#### **Art. 579: Omicidio del consenziente**

Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui e' 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 e' 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 infermita' o per l'abuso di sostanze alcooliche 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, e' punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, e' 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 e' minore degli anni quattordici o comunque e' priva della capacita' d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio.

### CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

#### **Titolo II, Capo IV**

#### **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 provocarne la morte.

#### **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.

#### **Titolo II, Capo V: Assistenza ai malati inguaribili**

#### **Art. 39 (Assistenza al malato a prognosi infausta)**

### **Angelo GIUSTO**

Medico dell'Emergenza, ha frequentato un Master in "Pronto Soccorso ed Emergenze Pediatriche" presso l'Istituto "G. Gaslini" di Genova. Ha partecipato alla 2° Edizione del "Neonatal Intensive Care" presso la Scuola Internazionale di Scienze Pediatriche presso la Fondazione "Gaslini International". Certificato BLS-D, ACLS, PBLIS-D, PALS, PEPP, ITLS, PEDIFACT'S, ECx2, ATLS provider, BLS-D, PBLIS-D, ACLS, PEPP, ITLS e PEDIFACT'S Istruttore, è Direttore di Corso PEPP per l'Italia.

E' abilitato al volo sanitario su mezzi ad ala fissa e rotante. Si occupa di formazione per i V.d.S. CRI, così come per numerose altre Associazioni di Volontariato del Soccorso Sanitario (ANPAS). Fa parte del Comitato Scientifico PEPP - Italian Chapter, ed è referente per la Liguria per i corsi PEPP. Ha pubblicato "Appunti di Primo Soccorso" e "Manuale di Primo Soccorso", linee-guida per Aspiranti V.d.S. CRI, e numerosi altri articoli sempre relativi all'emergenza sanitaria pre-ospedaliera. Web-Master del sito "SavonaEmergenza" (online dal 1999), collabora con il sito Farmasalute, e con altre pagine web relative all'emergenza sanitaria. Attualmente si occupa con particolare attenzione della medicina di emergenza pediatrica e neonatale nell'ambito del soccorso extraospedaliero. Si è occupato dello studio e della pianificazione di catastrofi e maxi-emergenze. E' stato Pre-Hospital Disaster Manager per il servizio presso il quale lavora. V.d.S. presso il Comitato C.R.I. di Vado Ligure (SV), è Ufficiale Medico del Corpo Militare C.R.I., ed ha acquisito la qualifica di Insegnante Militare di area sanitaria.

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 psicofisiche 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 ragione-

volmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico.

## CONVENZIONE DI OVIEDO

### Capitolo II - Articolo 9 (Desideri precedentemente espressi)

I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione.

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. "Decisioni di fine vita – Appunti dal Gruppo ricerca di Brescia"; *Giornale del Gruppo di Ricerca Geriatrica*, Lug. 2007, pagg. 69-71;
- AA.VV. Royal College of Nursing (UK): "Decisions relating to Cardiopulmonary Resuscitation"; Oct. 2007, pagg 1-16;
- AA.VV. - American Heart Association, Inc. "ECC Guidelines – Part 2: Ethical Aspects of CPR and ECC"; (Circulation, 2000;102:1-12.)
- AA.VV. "Do Not Resuscitate – Advance directive for EMS – Frequently Asked Questions and Answers"; California Emergency Medical Services Authority; From [www.emsa.ca.gov](http://www.emsa.ca.gov);
- AA.VV. "Comitato nazionale per la bioetica. Parere sulle dichiarazioni anticipate di trattamento"; 18 Dicembre 2003. ([http://www.palazzochiigi.it/bioetica/testi/Dichiarazioni\\_anticipate\\_trattamento.pdf](http://www.palazzochiigi.it/bioetica/testi/Dichiarazioni_anticipate_trattamento.pdf))
- AA.VV. Codice di procedura penale
- AA.VV. "Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (Convenzione di Oviedo) - Consiglio d'Europa (04/04/1997 – Ratifica del Parlamento Italiano del 28/03/2001);
- AA.VV. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri – "Codice di Deontologia Medica"; 2006;
- AHMEDZAI, S., al. "On behalf of the international working group convened by the European School of Oncology. A new international framework for palliative care". *Eur J Cancer* 2004; 40: 2192.
- BRESCIANI, C. "Accompagnamento spirituale del morente", in "Etica e Ospitalità – Fatebenefratelli Notiziario", n. 2 Aprile/Giugno 2009, pagg. 22-25;
- BUCARELLI, A., LUBRANO, C.: "Eutanasia ante litteram in Sardegna. Sa femmina accabbadora. Usi, costumi e tradizioni attorno alla morte in Sardegna"; *Scuola Sarda*;
- BUSHFIELD, Suzanne; DEFORD, Rev Brad "End-Of-Life Care and Addiction: A Family Systems Approach"; Springer Publishing Company, U.S.A., 2009
- CASERTANO, F. SAMUELI, C.: "Aspetti deontologici e giuridici della desistenza terapeutica"; *Bollettino OM-CeO Venezia*, 06/2007, pagg. 27-29;
- CLANCY, C.M. "Talking about End-of-life Treatment decisions", from U.S.Department of Health & Human Services web site – AHRQ; July 7, 2009;
- DUCHATEAU, F.X., BURNODA, A., RICARD-HIBONNA, A., MANTZA, J., JUVIN, P.; - Department of Anesthesiology and Intensive Care, Beaujon University Hospital; "Withholding advanced cardiac life support in out-of-hospital cardiac arrest: A prospective study"; *Resuscitation* (2008) 76, 134-136;
- ECKBERG, E. "The continuing ethical dilemma of the DNR order"; *AORN Journal*, April 1998;
- FABBRO, F. "Etica dell'accompagnamento e desistenza terapeutica"; II° Simposio Nazionale sulle problematiche di fine vita; *Bollettino OM-CeO Venezia*, Marzo 2009, pagg. 8-15;
- GIUSTO, A. "Aiuto, cosa succede? Ho paura!"; *EmergencyOggi*, Marzo 2008, pagg. 8-12;
- KERWIN, J. EMS, Atlantic health system, Overlook Hospital, Summit, U.S.A.: "Ethical dimensions. Medical decisions for EMS"; *N. J. med.* 1999 Jan;96(1):47-9;
- MANNER, P.A.: "Practicing defensive medicine - Not good for patients or physicians"; Epub Jan. 2007, American Academy of Orthopaedic Surgeons web site
- MAUREEN, E.L., GARVIE, P.A., McCARTER, R., BRIGGS, L., JANPING, H., D'ANGELO, L.J.: "Who will speak for me? Improving End-of-Life Decision-Making for adolescent with HIV and their families"; *Pediatrics*, Vol. 123 No. 2, February 2009, pagg. 199-206; Epub Jan. 26, 2009;
- MICCINESI, G.: "Decisioni di fine vita: le opinioni dei medici"; in "Occhio clinico", n. 3 – Marzo 2005;
- MONTELIBANO, L., Louisiana State University Health Sciences Center – New Orleans, U.S.A.; "Cardiopulmonary resuscitation and medical ethics" - *J. La State Med. Soc.* 2000 Dec; 152(12):642-8;
- ORR, RD, Loma Linda University, CA: "Tough choices. The ethics of CPR"; *JEMS* 1992 Aug; 17(8): 84-7;
- PACE, B. MA: "Decisions about End-of-Life Care"; *JAMA* 2000;284(19):2550; Epub Nov. 20, 2009;
- PANTING, G.: "Doctors on the defensive" *Society Guardian*, Friday 1 April 2005 15.58 BST;
- RODRÍGUEZ NÚÑEZ A, LÓPEZ-HERCE CID J, HERMANA TEZANOS MT, REY GALÁN C. - Comité de Etica Asistencial del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela y Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas, Spain; "Ethics and pediatric cardiopulmonary resuscitation"; *An. Ped. (Barc.)* 2007 Jan;66(1):45-50;
- SAMUELI, C. "Un problema aperto: la desistenza terapeutica"; *Bollettino OM-CeO Venezia*, 05/07, pagg. 17-18;
- STRATTON S.J., RASHI P. et. Al., Los Angeles County Pre-Hospital care Coordinators – Dep. Em. Medicine, University of California, Irvine School of Medicine, Irvine, CA; "out-of-hospital unwitnessed cardiopulmonary collapse and no bystander CPR: a practical addition to resuscitation termination guidelines"; *J. Emerg. Med.* 2008 Aug;35(2):175-9. Epub: 2007, Aug 29;
- SPEAR, S.J., SCHMIDHOFER, M.. "Ambiguity and Workarounds as Contributors to Medical Error." *Annals of Internal Medicine* 2005, 142(8): 627-30;
- STEWART, RM., JOHNSTON, J. GEORGEHEGAN, K. et al.: "Trauma Surgery Malpractice Risk: Perception Versus Reality. Proceedings of the 116th Annual Meeting of the Southern Surgical Association December 2004." *Annals of Surgery* 2005; 241(6): 969-77;
- STUDERT, DM., MELLO, M.M., SAGE W.M. et al.: "Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment." *JAMA* 2005; 293:2609-17;
- TOSCANI, F: Istituto di Ricerca in Medicina Palliativa "Lino Maestroni" – Cremona; "Decisioni di fine vita nel paziente anziano con demenza grave: aspetti etici e metodologici di una ricerca. Studio EOLO (End of Life Observatory-Dementia Retrospective)-PSODEC (Prospective Study on Demented Elderly Care); Epub.
- WILLARD, C. "Cardiopulmonary resuscitation for palliative care patients: a discussion of ethical issues"; *Palliat. Med.* 2000, Jul;14(4):308-12;
- ZEDDA, C.: "S'Accabbadora" – Pubblicato in "La Testata" – Ondine [www.claudiazedda.it](http://www.claudiazedda.it)