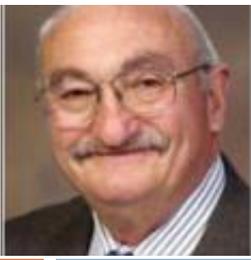


ETICA E RESPONSABILITÀ IN EMERGENZA URGENZA

Anna Maria Ferrari

NAPOLI 19_11_2016



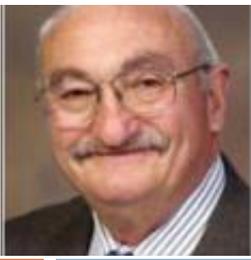


NO OPIATES FOR HEADACHE, Peter Rosen, MD

The Journal of Emergency Medicine, 36, 3, 302-304, 2009

Mi sono ricordato della prima volta in cui sono stato coinvolto in argomenti etici nel Dipartimento d' Emergenza.

Un paziente cirrotico, molto noto nel nostro Pronto Soccorso per le sue frequenti visite per alcolismo, così come per precedenti episodi di sanguinamento da varici esofagee, era entrato in Pronto Soccorso con i segni di una nuova emorragia digestiva.



NO OPIATES FOR HEADACHE, Peter Rosen, MD

The Journal of Emergency Medicine, 36, 3, 302-304, 2009

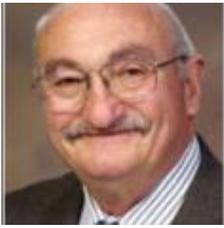
Era in shock emorragico, coperto di sangue, vomito, ed altre secrezioni corporee.

Subito dopo era andato in arresto, e fui testimone di una rianimazione molto caotica, durante la quale molte delle persone coinvolte sembravano essere lente e svogliate.



Sembrava che le persone coinvolte si dividessero in due gruppi

- *un gruppo sembrava sollevato dal fatto che il paziente fosse in arresto..... Esprimevano il loro sollievo per non dover sprecare altre preziose risorse per “quell’ ubriacone” che aveva già prosciugato troppe unità di sangue ed occupato troppi letti in Terapia Intensiva.*
- *l’ altro gruppo stava provando a rianimare il paziente nonostante la loro stessa riluttanza, ma esprimeva la coscienza del fatto che “questo è quello per cui siamo qui”; e non è compito nostro giudicare se i nostri successi talvolta avvengono in persone che noi non rispettiamo, o dalle quali non vogliamo essere coinvolti.*

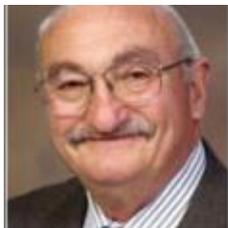


.... e quindi compresi quale era il problema originario...

*Avevo ceduto al mito secondo il quale dovevo
amare i miei pazienti, e poiché non li amavo
vivevo male il loro recupero*



- *Chi decide quali pazienti dovrebbero accedere al Pronto Soccorso?*
- *Chi è degno di essere mio paziente?*



La realtà è che ci sono persone che non sono gradevoli

Essi spesso hanno un odore cattivo, hanno pensieri cattivi, compiono cattive azioni. Spesso fanno domande irragionevoli. Tuttavia hanno anche problemi medici, per alcuni dei quali noi stessi riconosciamo l' esigenza delle nostre cure. E' stato solo nel momento in cui sono stato in grado di comprendere questo e di smetterla di preoccuparmi di quel che il paziente faceva per mantenere il proprio stato di malattia che ho iniziato a sentirmi come un vero medico.

E' stato solo assumendomi la responsabilità di provare a realizzare le missioni della medicina che ho iniziato a sentirmi appagato come medico.

Queste missioni sono:

- 1) curare la malattia***
- 2) alleviare la devastazione della malattia***
- 3) dare conforto.***



Il sistema di valori

- Il medico si trova a fare i conti con il proprio sistema di valori: un sistema di valori diverso da quello del paziente che ha di fronte, dei suoi familiari o dei colleghi con i quali può condividere la trattazione del caso clinico
- Talvolta i sistemi di valori in campo sono così distanti da generare un'inguaribile frattura morale e frustrazione

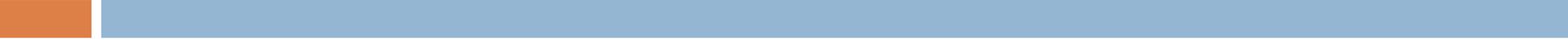


Il sistema di valori

Il medico deve sapere mettere tra parentesi il personale sistema di valori, privilegiando l'ascolto e l'attenzione per il sistema di valori del paziente



Etica in medicina



Nella pratica clinica quotidiana qualsiasi circostanza che crea problemi di tipo decisionale nei confronti del malato apre la porta ad interrogativi di natura etica

Etica medica

Saper essere

Saggezza, empatia,
virtù (compassione, prudenza,
lealtà), umanità



Bioetica

In Italia due paradigmi:

➤ l'uno costituito dal cosiddetto ***principio di sacralità della vita***: secondo il quale la vita umana è valore in sé, intangibile sempre e comunque. Tale principio regge fortemente la bioetica fondata su una forte tradizione religiosa.

➤ l'altro dal ***principio della qualità della vita***: secondo il quale per ottenere una buona qualità della vita occorre promuovere più che limitare la scienza. Non è la vita in sé ad avere valore ma la sua configurazione per il singolo vivente in relazione alla propria personale idea di bene.



FNOMCEO
FEDERAZIONE NAZIONALE
DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA 2014



FNOMCeO
FEDERAZIONE NAZIONALE
DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI

Art. 1

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA 2014

Il Codice di deontologia medica identifica le **regole, ispirate ai principi di etica medica**, che disciplinano l'esercizio professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra iscritti ai rispettivi Albi professionali.

Il Codice, **in armonia con i principi etici di umanità e solidarietà e civili di sussidiarietà**, impegna il medico nella tutela della salute individuale e collettiva vigilando sulla dignità, sul decoro, sull'indipendenza e sulla qualità della professione



Art. 20 Relazione di cura

La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità.

Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul **mutuo rispetto dei valori e dei diritti** e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura.



Il medico assicura l'assistenza indispensabile, in condizioni d'urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà se espresse o tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento se manifestate.

Malessere comunicativo-relazionale medico/paziente

I più impermeabili al malessere comunicativo-relazionale sembrano i medici dei reparti d'emergenza, rafforzati dall'alta specializzazione del loro sapere e dalle avveniristiche tecnologie che manipolano: sono i “risolutori” che incarnano l'immagine del “**manovratore indisturbato**”

I 4 PRINCIPI DELL'ETICA BIOMEDICA

secondo Beauchamp e Childress

(Beauchamp TL, Childress JF, Principles of Biomedical Ethics, 1994)

- **Autonomia**
- **Non Maleficenza**
- **Beneficenza**
- **Giustizia**

I PRINCIPI DELL'ETICA BIOMEDICA

Ne esistono anche altri ...

- **Riservatezza**
- **Dire la verità**
- ...

I grandi capitoli etici in emergenza urgenza

- Autonomia del malato, consenso informato e direttive anticipate
- La rianimazione: quando iniziare e quando terminare
- Il fine vita e l'accanimento terapeutico
- Le cure palliative

Autonomia



In una società laica pluralistica l'autorità
per le azioni che coinvolgono altri
discende dal loro permesso

Autonomia

- Il modello dell'**autonomia** come guida nel prendere decisioni cliniche impone al medico l'obbligo del rispetto per l'autodeterminazione del paziente, dando perciò rilievo ai valori e ai progetti di vita di quest'ultimo.
- Il **paternalismo** con cui venivano prese le decisioni dal medico in un passato abbastanza recente è l'esatto contrario del rispetto dell'autonomia del malato

Autonomia in emergenza

..... possono verificarsi particolari situazioni cliniche nelle quali, per prevenire un grave danno o addirittura per proteggere la vita di pazienti **senili, depressi, confusi o incapaci di esprimere giudizi autonomi**, potrebbero essere richiesti atti di paternalismo.

Lo stesso può avvenire anche in casi di emergenza, come quelli che quotidianamente si verificano all'interno dei Pronto Soccorso, dove, a causa della necessità di un immediato intervento, l'autonomia del paziente potrebbe non trovare piena attuazione

Consenso informato



Negli ultimi decenni in Italia le tematiche relative al cosiddetto consenso informato si sono sviluppate più sulla base di una deriva difensivistica e giuridica, piuttosto che non culturale e di emancipazione dei cittadini



Art. 38- Dichiarazioni anticipate di trattamento

Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale.

La dichiarazione anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali.

Il medico, nel tenere conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità di vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria.

Perché DEVO rianimare?

*“È ovvio che ogni tentativo di rianimazione è vano, e non deve neppure essere tentato, nei casi che giungono al cedimento delle funzioni vitali alla fine di un iter patologico, acuto o cronico, ma per una **prognosi infausta**: neoplasie, malattie cardiovascolari e/o polmonari progressive, insufficienze globali di origine degenerativa o infiammatoria di parenchimi nobili quali il fegato o il rene, e via dicendo”.*

M. L. Bozza e O. Damia, tra i fondatori della Scuola Anestesiologica italiana, negli anni '50

Perché DEVO rianimare?

“La rianimazione è opportuna e ha un fondamento solo quando è possibile un completo ristabilimento delle principali funzioni vitali dell’organismo nel suo insieme, cioè il ritorno alla vita dell’uomo come persona. Se l’interruzione della circolazione è stata prolungata, soprattutto se è stata preceduta da un logorante processo di estinzione, le modificazioni degenerative che si sviluppano nei tessuti più differenziati e vulnerabili, come la corteccia cerebrale, riducono praticamente a zero tutti gli sforzi del rianimatore”

Vladimir Negovskij, padre della moderna rianimazione, che fu Direttore dell’Istituto di Rianimazione dell’Accademia delle Scienze di Mosca durante gli anni ‘50/’60, che pure fu tra i più interventisti tra tutti i rianimatori

Part 3: Ethical Issues

2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

Mary E. Mancini, Chair; Douglas S. Diekema; Theresa A. Hoadley; Kelly D. Kadlec; Marygrace H. Leveille; Jane E. McGowan; Michele M. Munkwitz; Ashish R. Panchal; Michael R. Sayre; Elizabeth H. Sinz

Ethical Principles

Ethical, legal, and cultural factors influence decisions about resuscitation.

Ideally, these decisions are guided by science, patient or surrogate preferences, local policies and legal requirements, and established ethical principles.

Principle of Respect for Autonomy

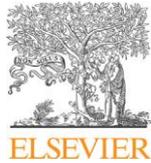
Respect for autonomy is an important social value in medical ethics and law. This principle is based on society's respect for a competent individual's ability to make decisions about his or her own health care.....

When decision-making capacity is temporarily impaired by conditions such as active illness, treatment of these conditions may restore capacity. When an individual's preferences are unknown or uncertain, **it is ethically appropriate to treat emergency conditions until further information is available**

Criteria for Not Starting CPR

While the general rule is to provide emergency treatment to a victim of cardiac arrest, there are a few exceptions where withholding CPR would be considered appropriate:

- Situations where attempts to perform CPR would place the rescuer at risk of serious injury or mortal peril (eg, exposure to infectious diseases).
- Obvious clinical signs of irreversible death (eg, rigor mortis, dependent lividity, decapitation, transection, decomposition).
- A valid advance directive, a Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) form (www.polst.org) indicating that resuscitation is not desired, or a valid Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) order.

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation

Clinical paper

A survey of key opinion leaders on ethical resuscitation practices in 31 European Countries[☆]



Spyros D. Mentzelopoulos^{a,*}, Leo Bossaert^b, Violetta Raffay^c, Helen Askitopoulou^{d,e},
Gavin D. Perkins^{f,g}, Robert Greif^h, Kirstie Haywoodⁱ, Patrick Van de Voorde^{j,k},
Theodoros Xanthos^{l,m}

^a University of Athens Medical School, Athens, Greece

i massimi esperti dei 32 Stati europei in cui European Resuscitation Council organizza le sue iniziative hanno risposto ad un questionario relativo alle normative riguardanti le pratiche rianimatorie e le scelte etiche nelle rispettive nazioni e alla organizzazione dei servizi di soccorso rianimatorio extra- ed intra-ospedaliero.

Results: Data from 31 countries were analysed. Domains A, B, and D total scores exhibited substantial variation (respective total score ranges, 1–41, 0–19 and 9–32), suggesting variable interpretation and application of bioethical principles, and particularly of autonomy. Linear regression revealed a significant association between domain A and D total scores (adjusted $r^2 = 0.42$, $P < 0.001$).

Conclusions: According to key experts, ethical practices and emergency care still vary across Europe. There is need for harmonised legislation, and improved, education-based interpretation/application of bioethical principles. Better application of ethical practices may be associated with improved emergency care organisation.



Clinical paper

A survey of key opinion leaders on ethical resuscitation practices in 31 European Countries[☆]



Spyros D. Mentzelopoulos^{a,*}, Leo Bossaert^b, Violetta Raffay^c, Helen Askitopoulou^{d,e},
Gavin D. Perkins^{f,g}, Robert Greif^h, Kirstie Haywoodⁱ, Patrick Van de Voorde^{j,k},
Theodoros Xanthos^{l,m}

Survey items were organised in an analytical framework comprising 4 domains:

- (A) Ethical practices including approaches to end-of-life and family presence during CPR
- (B) Determinants of access to best resuscitation and post-resuscitation care
- (C) Diagnosis of death and organ donation
- (D) Emergency care organisation.



Clinical paper

A survey of key opinion leaders on ethical resuscitation practices
in 31 European Countries[☆]



Spyros D.
Gavin D.
Theodoros

L'indagine ha dimostrato che fra i diversi Paesi europei permane un'ampia variabilità nell'applicazione pratica dei principi etici.

Il principio di autonomia del paziente è oggi supportato dalla legislazione nella maggioranza degli Stati (direttive anticipate in 20 paesi e DNAR in 22 paesi).

Termin
Treatm
CPR in
high
Family
on ac
Family
[pare

In 29 dei 32 Paesi coinvolti nello studio la defibrillazione può essere effettuata dalla prima ambulanza giunta sulla scena.

CPR, Card
* Legal
a law art
† Com

‡ Frequency of practice differs according to circumstances, such as the out-of-hospital or the in-hospital setting.

** Certain forms and/or combinations of treatment limitation such as withholding of CPR and invasive treatments are commonly practiced and may thus be presumed as having gained legal acceptance corresponding to a non-forbidden status in 21 countries; in contrast, another form of treatment limitation, i.e. withholding of feeding/hydration may not be presumed as having gained legal acceptance in 11 of the aforementioned 21 countries, because it is not commonly practiced.

†† In a total of 15 countries, family presence during CPR is commonly practiced either for adults, or for children, or for both adults and children; in a total of 16 countries, family presence during CPR is not commonly practiced either for adults or for children.

‡‡ In the Results section, this is referred to as not usually permitted which is considered as synonymous to not commonly practiced.

ough)



Futilità dei trattamenti

La World Medical Association (WMA), definisce **futile un trattamento medico che "non offre alcuna ragionevole speranza di recupero o di miglioramento", o dal quale "il paziente non è assolutamente in grado di trarre beneficio"**.

La RCP è considerata futile quando le probabilità di una sopravvivenza di buona qualità sono minime.

Il primo requisito per considerare un trattamento futile è la presenza o l'assenza di un'indicazione clinica.

La decisione di non attuare una RCP non richiede il consenso del paziente o delle persone che gli sono vicine che spesso nutrono aspettative non realistiche circa le possibilità di successo e i potenziali benefici dei trattamenti rianimatori. Iniziare un trattamento futile può offrire alla famiglia e al paziente false speranze che possono comprometterne la capacità di valutazione e l'autonomia decisionale.

Accanimento terapeutico

Un altro importante documento dell'Assemblea Medica Mondiale approvato a Venezia nel 1983, ovverosia la ***Dichiarazione sulla Fase Terminale della Malattia***, evidenzia

il dovere per il medico di evitare l'accanimento terapeutico, astenendosi, in accordo con il paziente, da trattamenti che non gli arrecherebbero beneficio o che potrebbero addirittura aumentargli le sofferenze nella fase terminale della malattia.

Tale astensione non esime tuttavia il professionista dall'obbligo di assistere il morente e di somministrargli i calmanti e i medicinali necessari a rendergli meno dolorosa quest'ultima fase della sua esistenza.

Criteri per individuare l'accanimento terapeutico

- Si tratta dell'evoluzione prevista e normale di una malattia incurabile
- La morte è ineluttabile a breve termine (ore, giorni, settimane)
- L'intervento terapeutico non fa che prolungare l'agonia
- Il paziente non otterrà alcun beneficio dalla terapia
- La qualità della vita successiva del paziente è gravemente compromessa e la terapia non desiderata da paziente, parenti e persona di fiducia
- Il rischio di dipendenza definitiva dalle tecniche di compenso delle funzioni vitali è maggiore, non desiderato dal paziente, parenti e persona di fiducia, con un ricovero prolungato in rianimazione e definitivo in un servizio specialistico
- Le funzioni cognitive alterate del paziente non permettono l'adesione a una gestione terapeutica pesante

trattamento sproporzionato

ogni trattamento che:

- è riconosciuto tale dal paziente
- non migliora la prognosi della malattia
- prolunga inutilmente un processo di morte irreversibile

**CURE
SPROPORZIONATE**

L'INTERVISTA A FRANCESCO

VI RACCONTO IL MIO PRIMO ANNO DA PAPA

*Nessuno è obbligato a usare mezzi
straordinari quando si sa che è in una fase
terminale. Io consigliavo le cure palliative*

«Io non sono uno specialista negli argomenti bioetici. E temo che ogni mia frase possa essere equivocata. La dottrina tradizionale della Chiesa dice che nessuno è obbligato a usare mezzi straordinari quando si sa che è in una fase terminale. Nella mia pastorale, in questi casi, ho sempre consigliato le ~~cure palliative~~. In casi più specifici è bene ricorrere, se necessario, al consiglio degli specialisti».

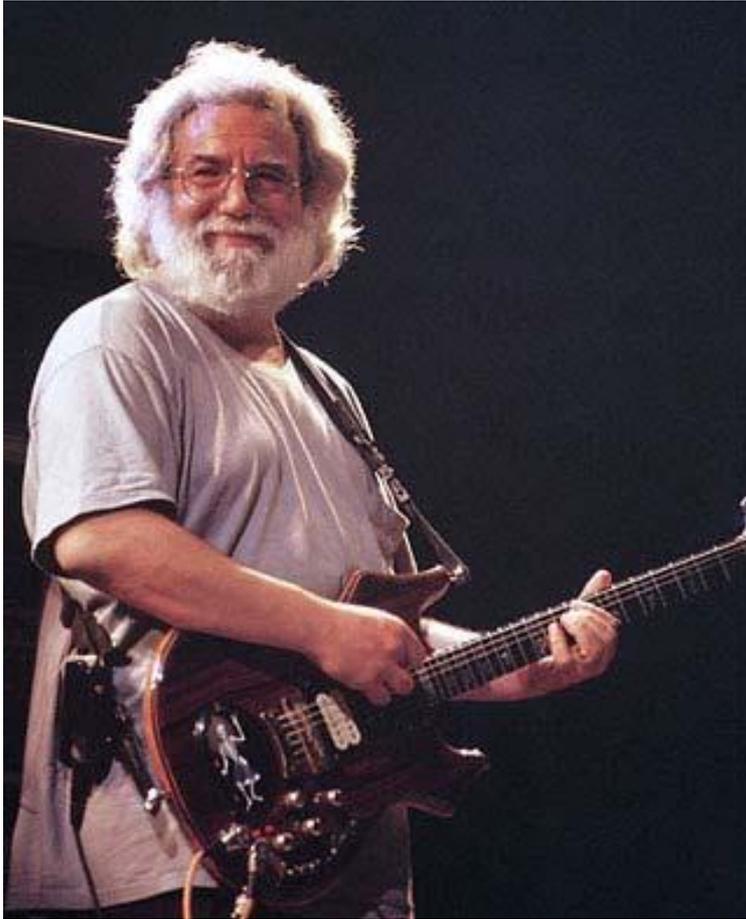
Cure palliative

- L'organizzazione Mondiale della Sanità definisce le cure palliative come
un approccio che migliora la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari di fronte ai problemi causati da malattie che minacciano la vita, attraverso il controllo del dolore, degli altri sintomi e delle problematiche psicosociali e spirituali
- Dalla letteratura si evince che di tutti i pazienti che muoiono solo il 10% muore improvvisamente o per evento inatteso e ben il 90% dei pazienti muoiono dopo un lungo periodo di malattia e con deterioramento graduale

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

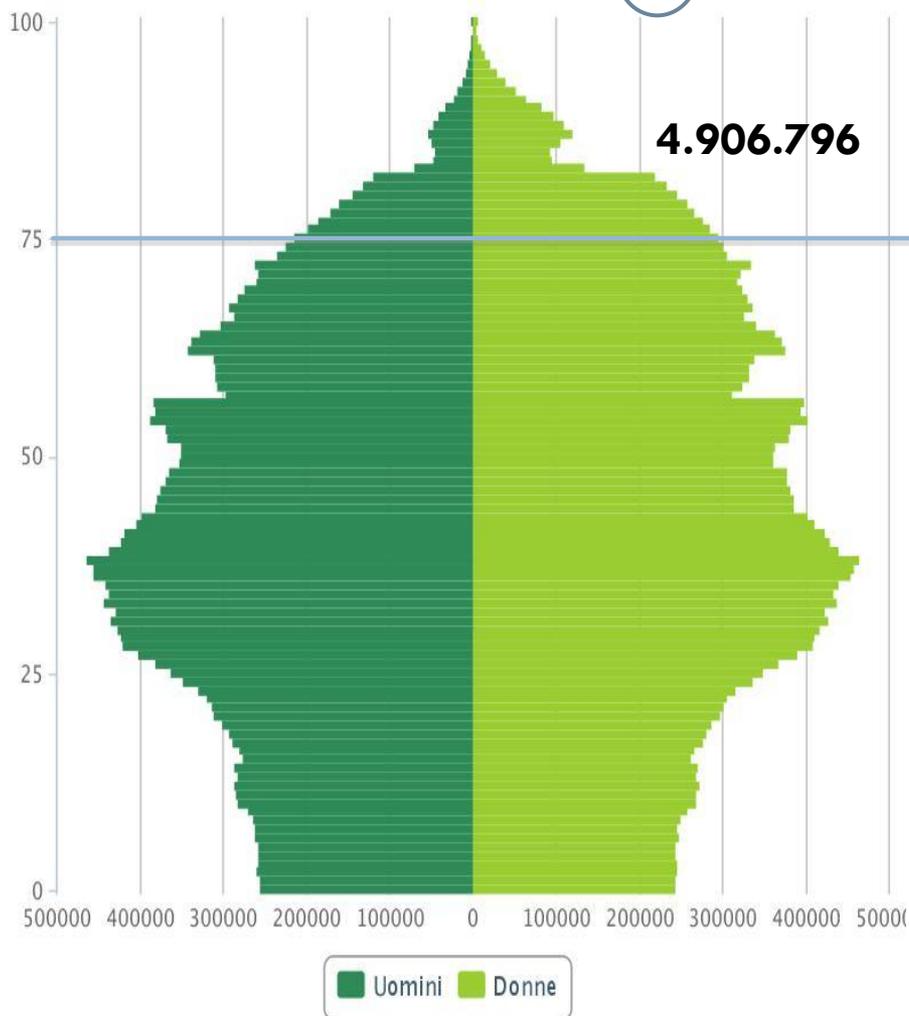
- In una ricerca del 2003 condotta in tutti i reparti di rianimazione degli ospedali di Milano, solo il 34% dei medici ha risposto di avere familiarità con il concetto di proporzionalità e di futilità delle cure. Tale questione è strettamente correlata a quello delle cure palliative
- In due dipartimenti di emergenza presso un ospedale di Londra circa il 64% dei pazienti over 65 muoiono per un fatto acuto e in poche ore dall'arrivo in ospedale; di questi più del 50% hanno avuto un ricovero negli ultimi 12 mesi e la diagnosi d'ingresso richiedeva l'attivazione di cure palliative che invece venivano erogate solo nell'8%

Why Us?

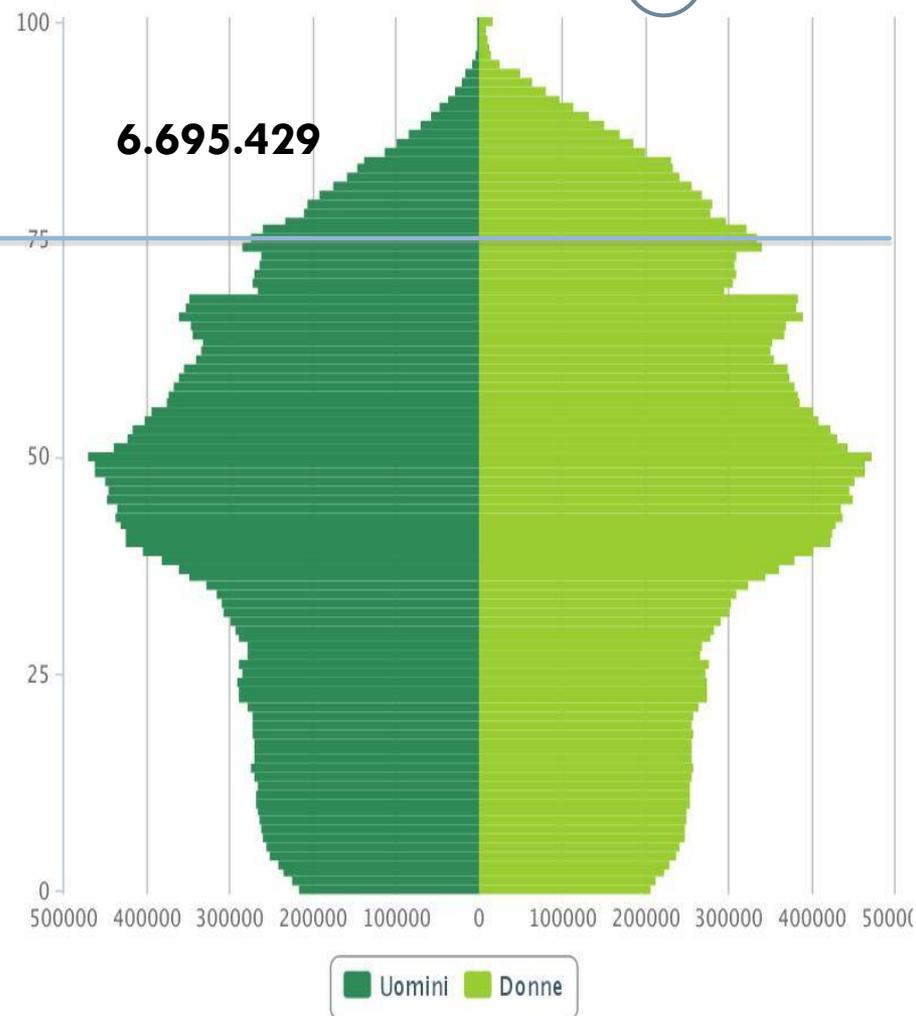


“ Someone has to do something and it’s just incredibly pathetic that it has to be us.”

Popolazione italiani Italia anno (2003)



Popolazione italiani Italia anno (2015)



Stefano Bertolissi¹, Guido Miccinesi², Francesco Giusti²

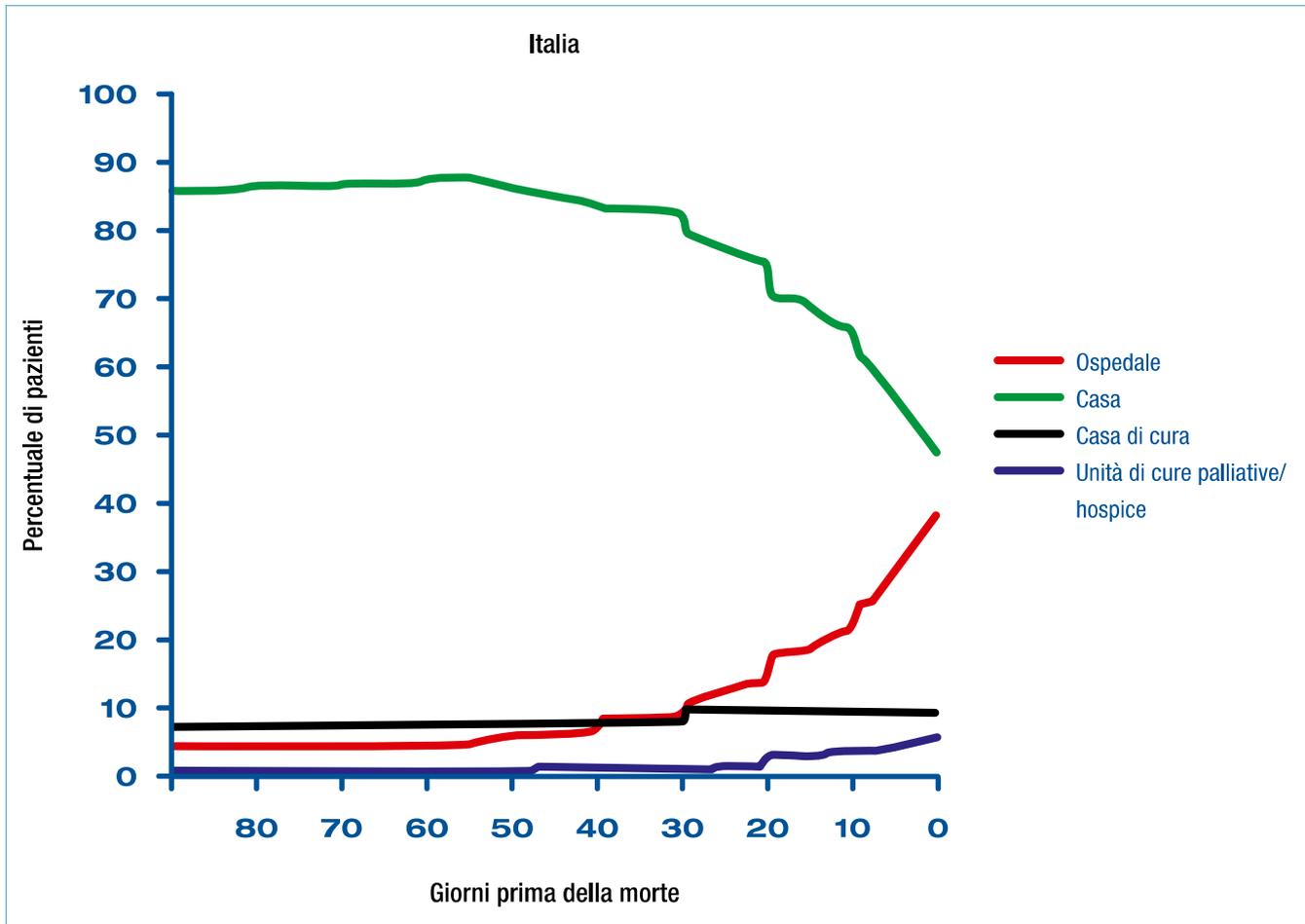
¹ Medico di Medicina Generale, SIMG Udine; ² Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze

Come si muore in Italia

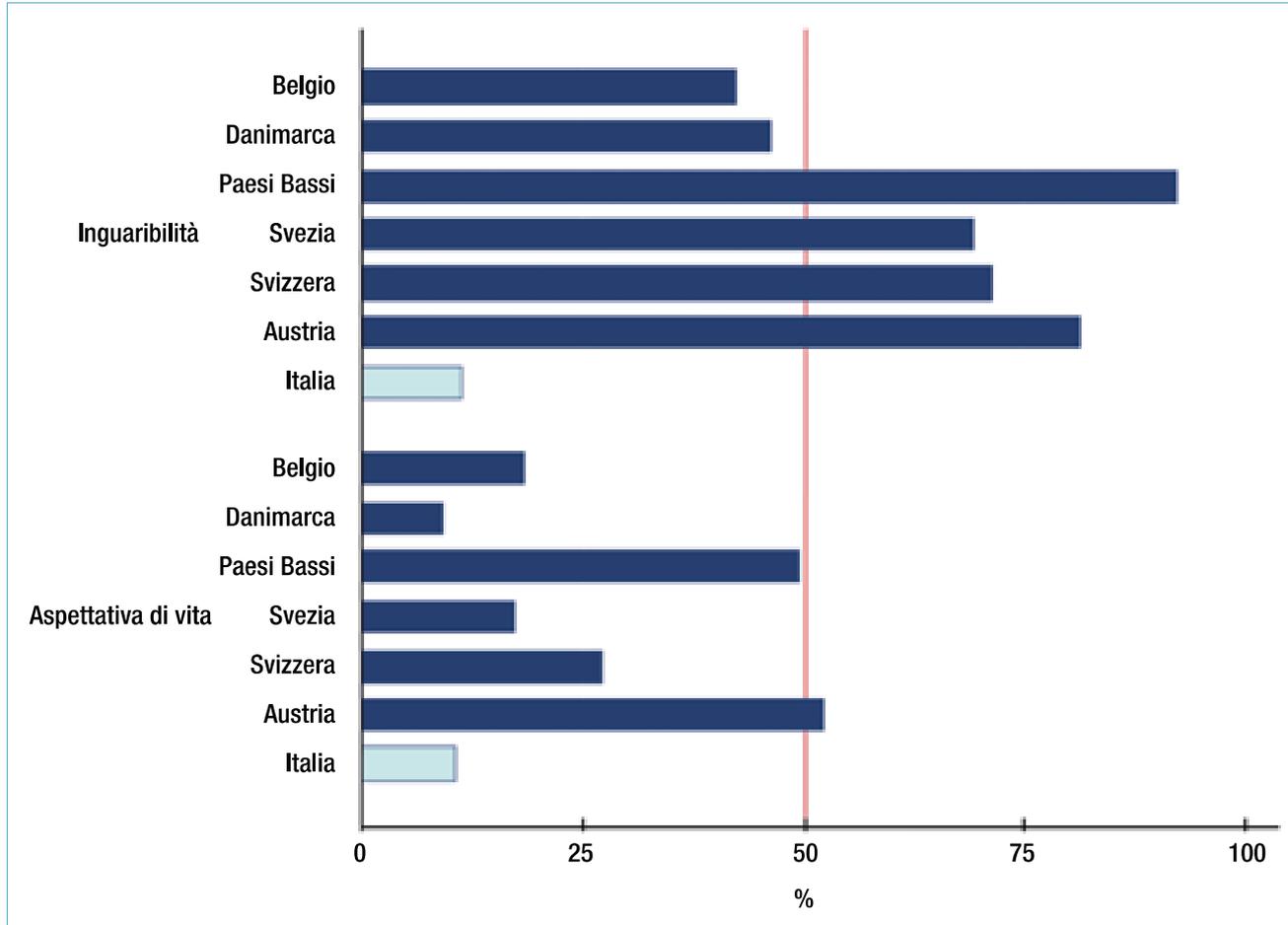
Storia e risultati dello studio Senti-MELC

Dossier Cure palliative

Spostamenti del luogo di cura negli ultimi tre mesi.



Informazione nel fine vita: Eureld 2003 (da Cartwright et al, 2007, mod.)⁵.





Art. 39 - Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA 2014

Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita.

Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, **prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative**, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento.



GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE": CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE? "DOCUMENTO CONDIVISO" PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

Documento approvato e condiviso da:

- SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (SIARTI)
- ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)
- SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)
- SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI (AIPO)

Five Things Physicians and Patients Should Question

1

Avoid computed tomography (CT) scans of the head in emergency department patients with minor head injury who are at low risk based on validated decision rules.

Minor head injury is a common reason for visiting an emergency department. The majority of minor head injuries do not lead to injuries such as skull fractures or bleeding in the brain that need to be diagnosed by a CT scan. As CT scans expose patients to ionizing radiation, increasing patients' lifetime risk of cancer, they should only be performed on patients at risk for significant injuries. Physicians can safely identify patients with minor head injury in whom it is safe to not perform an immediate head CT by performing a thorough history and physical examination following evidence-based guidelines. This approach has been proven safe and effective at reducing the use of CT scans in large clinical trials. In children, clinical observation in the emergency department is recommended for some patients with minor head injury prior to deciding whether to perform a CT scan.

2

Avoid placing indwelling urinary catheters in the emergency department for either urine output monitoring in stable patients who can void, or for patient or staff convenience.

Indwelling urinary catheters are placed in patients in the emergency department to assist when patients cannot urinate, to monitor urine output or for patient comfort. Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) is the most common hospital-acquired infection in the U.S., and can be prevented by reducing the use of indwelling urinary catheters. Emergency physicians and nurses should discuss the need for a urinary catheter with a patient and/or their caregivers, as sometimes such catheters can be avoided. Emergency physicians can reduce the use of indwelling urinary catheters by following the Centers for Disease Control and Prevention's evidence-based guidelines for the use of urinary catheters. Indications for a catheter may include: output monitoring for critically ill patients, relief of urinary obstruction, at the time of surgery and end-of-life care. When possible, alternatives to indwelling urinary catheters should be used.

3

Don't delay engaging available palliative and hospice care services in the emergency department for patients likely to benefit.

Palliative care is medical care that provides comfort and relief of symptoms for patients who have chronic and/or incurable diseases. Hospice care is palliative care for those patients in the final few months of life. Emergency physicians should engage patients who present to the emergency department with chronic or terminal illnesses, and their families, in conversations about palliative care and hospice services. Early referral from the emergency department to hospice and palliative care services can benefit select patients resulting in both improved quality and quantity of life.

4

Avoid antibiotics and wound cultures in emergency department patients with uncomplicated skin and soft tissue abscesses after successful incision and drainage and with adequate medical follow-up.

Skin and soft tissue infections are a frequent reason for visiting an emergency department. Some infections, called abscesses, become walled off and form pus under the skin. Opening and draining an abscess is the appropriate treatment; antibiotics offer no benefit. Even in abscesses caused by Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), appropriately selected antibiotics offer no benefit if the abscess has been adequately drained and the patient has a well-functioning immune system. Additionally, culture of the drainage is not needed as the result will not routinely change treatment.

5

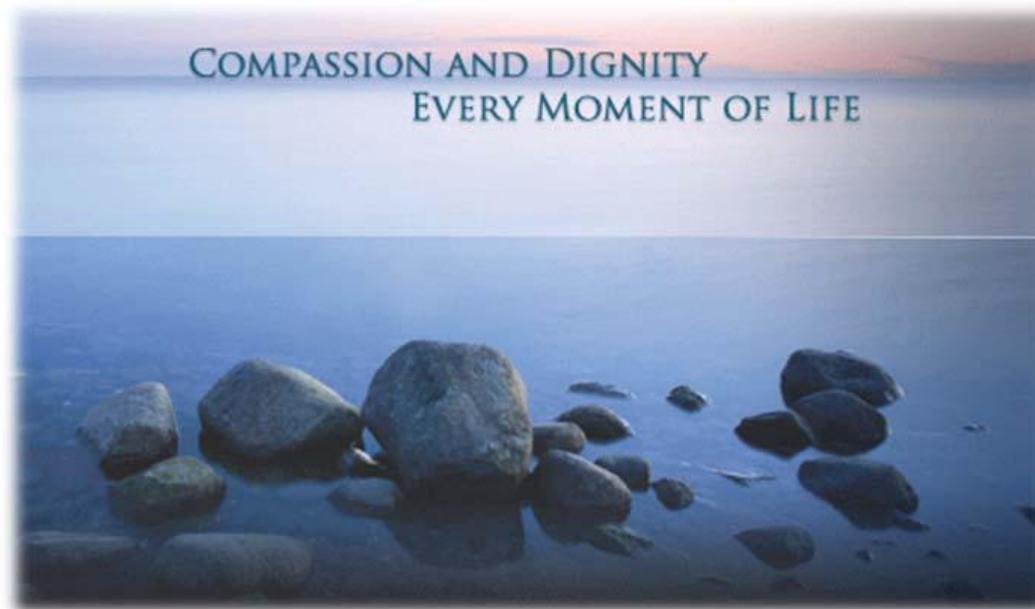
Avoid instituting intravenous (IV) fluids before doing a trial of oral rehydration therapy in uncomplicated emergency department cases of mild to moderate dehydration in children.

Many children who come to the emergency department with dehydration require fluid replacement. To avoid the pain and potential complications of an IV catheter, it is preferable to give these fluids by mouth. Giving a medication for nausea may allow patients with nausea and vomiting to accept fluid replenishment orally. This strategy can eliminate the need for an IV. It is best to give these medications early during the ED visit, rather than later, in order to allow time for them to work optimally.

3

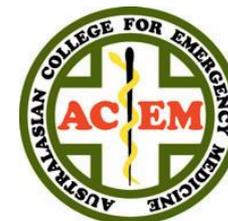
Don't delay engaging available palliative and hospice care services in the emergency department for patients likely to benefit.

Palliative care is medical care that provides comfort and relief of symptoms for patients who have chronic and/or incurable diseases. Hospice care is palliative care for those patients in the final few months of life. Emergency physicians should engage patients who present to the emergency department with chronic or terminal illnesses, and their families, in conversations about palliative care and hospice services. Early referral from the emergency department to hospice and palliative care services can benefit select patients resulting in both improved quality and quantity of life.



ACEM POLICY

Policy on end of life and palliative care in the emergency department (P455)



Purpose

This policy is a document of the ACEM. It aims to encourage honest discussion and awareness of end-of-life care (EoLC) planning within the community, ensure that ED staff are confident in providing good EoLC and that EDs have systems and processes in place regarding recognising and appropriately caring for patients at the end of life (EoL).

Scope

This policy applies to all Australasian EDs and pertains to the treatment of adults at the EoL.

This policy recognises the role that emergency medicine and EDs have in the continuum of EoLC within the diverse communities that they serve.

End-of-life care

Includes physical, spiritual and psychosocial assessment and care and treatment delivered by health professionals and ancillary staff. It also includes support of families and carers and care of the patient's body after their death.^{1,2}

People are 'approaching the end of life' when they are likely to die within the next 12 months. This includes people whose death is imminent (expected within a few hours of days) and those with

- Advanced, progressive, incurable conditions;
- General frailty and co-existing conditions that mean that they are expected to die within 12 months;
- Existing conditions, if they are at risk of dying from a sudden acute crisis in their condition; or

medical, residential and other personal decisions (but not financial or legal decisions) is considered to be an Advance Care Directive (ACD). More than one substitute decision-maker may be appointed under an ACD.^{1,4}

Non-beneficial treatment

Interventions that will not be effective in treating a patient's medical condition or improving their quality of life. Non-beneficial treatment may include interventions such as diagnostic tests, medications, artificial hydration and nutrition, intensive care and medical or surgical procedures. Non-beneficial treatment is sometimes referred to as futile treatment, but this is not a preferred term.²

ETHICS SEMINAR

A Model for Emergency Department End-of-life Communications After Acute Devastating Events—Part I: Decision-making Capacity, Surrogates, and Advance Directives*

A Model for Emergency Department End-of-life Communications After Acute Devastating Events—Part II: Moving From Resuscitative to End-of-life or Palliative Treatment

Walter E. Limehouse, MD, MA, V. Ramana Feeser, MD, Kelly J. Bookman, MD, and Arthur Derse, MD, JD



Emergency Medicine Australasia (2011) 23, 640–643

doi: 10.1111/j.1742-6723.2011.01435.x

PERSPECTIVE



Emergency medicine and futile care: Taking the road less travelled

Alan E O'Connor,^{1,3} Sarah Winch,² William Lukin^{1,2} and Malcolm Parker²

¹Department of Emergency Medicine, The Royal Brisbane and Women's Hospital, ²School of Medicine, The University of Queensland, Brisbane and ³School of Medicine, Griffith University, Gold Coast, Queensland, Australia

Ethique et urgences Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence.

Groupe de travail : Jean-Marie Haegy (1), Marc Andronikof (2), Marie-Jo Thiel (3), Josette Simon (4),
Micheline Bichet-Beunaiche (5) , Anne-Marie Bouvier (6), Gilbert Leclercq (7).

(1) Jean-Marie HAEGY, Praticien Hospitalier, Service d'Accueil et d'Urgence, CHG Louis. Pasteur, 36,
avenue de la Liberté, 68024 Colmar (COORDINATEUR)

(2) Marc ANDRONIKOF, Praticien Hospitalier, Hôpital Européen Georges Pompidou 75015 Paris

(3) Marie-Jo THIEL, médecin, professeur d'éthique. Université Marc Bloch, 67084 Strasbourg

(4) Josette SIMON, Cadre infirmier, Spécialiste Clinique en Soins d'Urgence. Division des Urgences
Médico-Chirurgicales Hôpitaux Universitaires de Genève CH-1211 Genève. Suisse

(5) Micheline BICHET-BEUNAICHE, Infirmière, SAU/CHG 72000 Le Mans.

(6) Anne-Marie BOUVIER, Praticien Hospitalier, Unité Post-Urgence, Hôpital Lariboisière 75010 Paris

(7) Gilbert LECLERCQ, Praticien Hospitalier, SAMU 93 93009 Bobigny

Tirés à part et Correspondance : Denis Baron, Pôle Urgence, CHU, 44093 Nantes Cedex, France.

Texte approuvé, après révisions, par le Conseil d'Administration de la SFMU le 17 janvier 2003.



The College of Emergency Medicine

Patron: HRH The Princess Royal

7-9 Breems Buildings
London
EC4A 1DT

Tel: +44 (0)20 7404 1999
Fax: +44 (0)20 7067 1267
www.collemergencymed.ac.uk

CLINICAL EFFECTIVENESS COMMITTEE

End of life care for adults in the Emergency Department

Best Practice Guidance (February 2012)

Dignità ferita?

- Duro "j'accuse" di un'infermiera: "Al pronto soccorso non rispettata la privacy e la dignità dei pazienti"

La donna era ricoverata nelle stesse ore dell'82enne lasciata su una barella per un giorno intero: "In quelle corsie accadono cose raccapriccianti e la colpa non è certo di chi ci lavora"

Dignità ferita?



Malato terminale muore al pronto soccorso, il figlio scrive alla Lorenzin: “Nessuna dignità”

Le ultime 56 ore di vita del padre passate “tra vagabondi, tossicodipendenti e medici indifferenti”. La risposta della ministra: “Invieremo gli ispettori”

Publicato il 05/10/2016

Il futuro?

- **Slow medicine**
- **Medicina narrativa**
- **Medical Humanities**

Grazie dell'attenzione

Anna Maria Ferrari