

Modalità di trattamento con supporto vitale nel neonato con prognosi gravissima o infausta: l'opinione dei medici ed infermieri di una Terapia Intensiva Neonatale

Casarotto Serena, Beghini Renzo, Castellani Marta, Bonafiglia Elena,
Frassoldati Rossella, Carlassara Silvia, Biban Paolo

Terapia Intensiva Neonatale, Pediatria ad Indirizzo Critico
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

1000 gradini per il futuro dei bambini
14-17 settembre 2017

Background

- I progressi nella diagnosi fetale e nelle cure mediche hanno portato ad un aumento della sopravvivenza di neonati **nati estremamente prematuri** ed alla possibilità di curare neonati nati **a termine ma con problematiche gravi**
- Il team medico-infermieristico e i genitori si trovano a prendere **decisioni difficili ed emotivamente forti** che coinvolgono il futuro di quel neonato, per esempio l'applicazione di manovre rianimatorie aggressive, o la sospensione di supporto vitale in neonati gravemente compromessi



- Per **“qualità della vita”** si intende il benessere emotivo, sociale e fisico di una persona, la sua capacità intellettuale e l’abilità di eseguire compiti semplici atti a vivere in una comunità
(Nuffield Council on Bioethics)
- L’obiettivo dei Neonatologi e dei genitori è quello di fare il bene di quel neonato e garantirgli un’adeguata qualità della vita





Disegno dello studio

- Studio **osservazionale trasversale**, per rilevare l'opinione degli operatori sanitari sulle decisioni di fine vita in neonati critici ricoverati in Terapia Intensiva
- Somministrazione di un questionario anonimo online ai medici e infermieri della Terapia Intensiva Neonatale di Verona (95 operatori, di cui 10 medici strutturati, 49 medici specializzandi e 36 infermieri)





Obiettivi

Obiettivi primari:

- Registrare lo status quo su responsabilità decisionali, cure palliative e supporto genitoriale nel fine vita in una Terapia Intensiva Neonatale



Obiettivi

Obiettivi primari:

- 
- 
- 
- 
- 
- Registrare lo status quo su responsabilità decisionali, cure palliative e supporto genitoriale nel fine vita in una Terapia Intensiva Neonatale
 - Valutare l'orientamento degli Operatori Sanitari su casi clinici specifici, nei quali potrebbe essere indicata una sospensione del supporto vitale
- 
- 
- 
- 
- 



Obiettivi

Obiettivi primari:

- Registrare lo status quo su responsabilità decisionali, cure palliative e supporto genitoriale nel fine vita in una Terapia Intensiva Neonatale
- Valutare l'orientamento degli Operatori Sanitari su casi clinici specifici, nei quali potrebbe essere indicata una sospensione del supporto vitale
- Raccogliere le opinioni e i problemi etici riscontrati dagli Operatori Sanitari in questa delicata fase decisionale

Obiettivi

Obiettivi secondari:

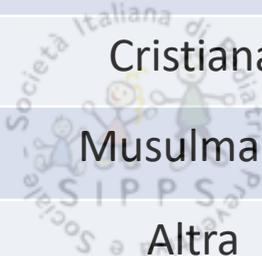
- Valutare eventuali differenze di comportamento e opinione sulla gestione del supporto vitale:
 - in correlazione al sesso e all'età dei soggetti esaminati
 - in base al diverso profilo lavorativo negli Operatori Sanitari
 - in base al diverso orientamento religioso negli Operatori Sanitari

Partecipanti al questionario	Numero (%)
GENERE	
Maschi	10 (14,5%)
Femmine	59 (85,5%)
ETA'	
20-29 anni	13 (18,8%)
30-39 anni	43 (62,3%)
40-49 anni	11 (15,9%)
> 50 anni	2 (2,9%)
PROFESSIONE	
Medici	10 (14,5%)
Medici specializzandi	40 (58%)
Infermieri	19 (27,5%)

Partecipanti al questionario	N (%)
CONCLUSIONE DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE	
< 2 anni	0 (0%)
2-10 anni	13 (18,8%)
10-20 anni	8 (11,6%)
> 20 anni	8 (11,6%)
Non applicabile (specializzando)	40 (58%)
DA QUANTI ANNI IMPIEGATO IN TIN VERONA	
< 2 anni	4 (5,8%)
2-10 anni	17 (24,6%)
10-20 anni	13 (18,8%)
> 20 anni	1 (1,4%)
Non applicabile (specializzando)	34 (49,3%)



Partecipanti al questionario	N (%)
RELIGIONE	
Cristiana	62 (89,9%)
Musulmana	0 (%)
Altra	2 (2,8%)
Nessun credo religioso	5 (7,2%)



Responsabile della decisione

IN SALA PARTO

Decisione di incrementare o sospendere un trattamento di supporto vitale in sala parto in TIN Verona

Medico in turno	38 (55,1%)
Equipe medico-infermieristica in turno	20 (29%)
Direttore dell'Unità Operativa	7 (10,1%)
Responsabile di Reparto	4 (5,8%)

Responsabile della decisione

IN REPARTO

Decisione di incrementare o sospendere un trattamento di supporto vitale in reparto TIN di Verona

Direttore dell'Unità Operativa	35 (50,7%)
Dall'equipe medico-infermieristica con i genitori	20 (29%)
Responsabile di Reparto	11 (15,9%)
Equipe medico-infermieristica	3 (4,3%)

Conflitti

- Il **46%** degli operatori riferisce l'insorgenza di **conflitti** all'interno dell'**equipe medico-infermieristica**, per quanto riguarda la decisione di proseguire o sospendere le cure per un neonato
 - Questi conflitti sono stati risolti per il **45%** con **ripetuti meeting** e per il **33%** con la mediazione del **Responsabile di Reparto**
 - Nel **10%** dei casi i conflitti di opinione possono coinvolgere anche **i genitori**
 - Solo il **48%** degli intervistati riferisce un incontro di confronto tra medici e infermieri dopo che è stata presa una decisione sul supporto vitale

Controllo del dolore e cure palliative

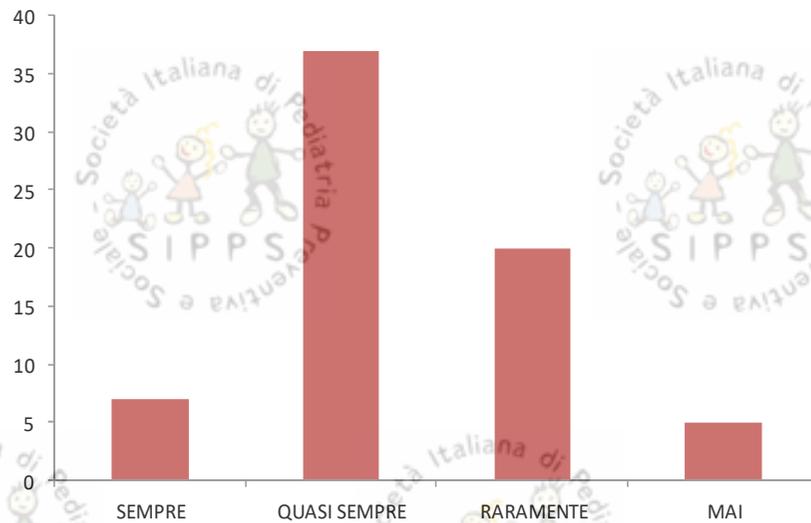
- L'**87%** degli intervistati ritiene utile **un'equipe medico-infermieristica dedicata alle cure palliative**
- Il **98%** degli intervistati ha affermato che il **dolore** viene adeguatamente controllato nel fine vita neonatale
- La **presenza dei genitori** nelle fasi terminali viene incoraggiata dall'**85%** degli operatori
- L'**88%** degli operatori riporta la possibilità per i genitori di **tenere in braccio il proprio figlio e ottenere un suo ricordo** (es. foto, impronta della mano o del piede)

Scenari clinici in sala parto

Astensione da manovre di supporto vitale **in sala parto** nei neonati con situazioni cliniche non compatibili con la vita (es. **agenesia renale bilaterale, anencefalia**)

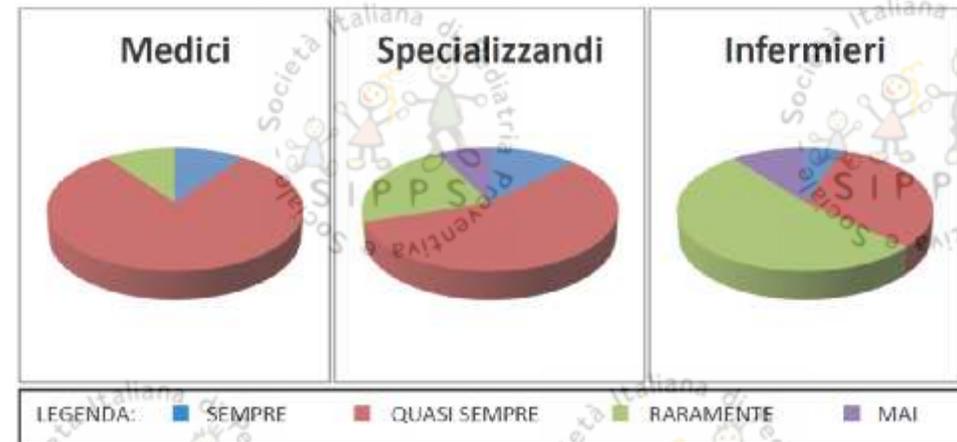
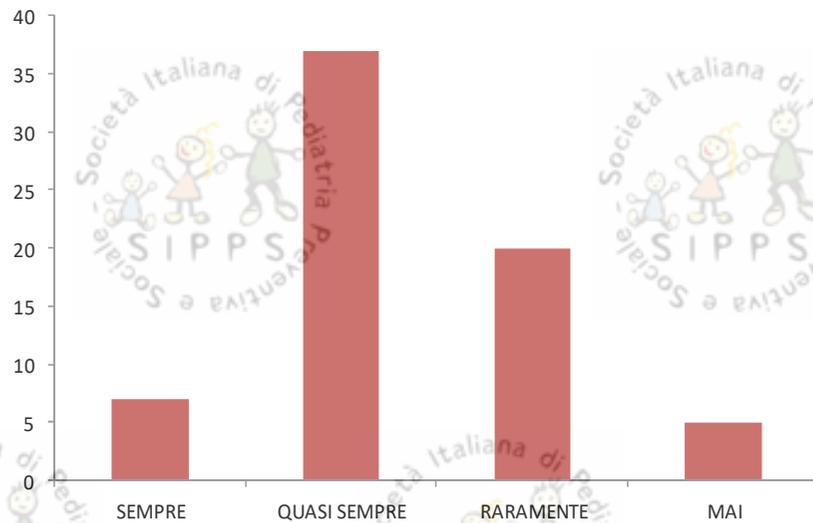
Scenari clinici in sala parto

Astensione da manovre di supporto vitale **in sala parto** nei neonati con situazioni cliniche non compatibili con la vita (es. **agenesia renale bilaterale, anencefalia**)



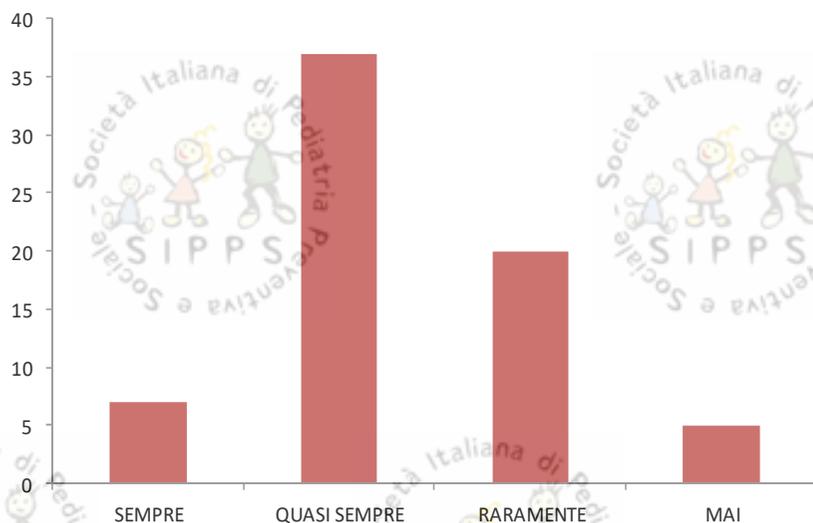
Scenari clinici in sala parto

Astensione da manovre di supporto vitale **in sala parto** nei neonati con situazioni cliniche non compatibili con la vita (es. **agenesia renale bilaterale, anencefalia**)



Scenari clinici in sala parto

Il 64% ha risposto SEMPRE/QUASI SEMPRE. In particolare, MEDICI SPECIALISTI E SPECIALIZZANDI

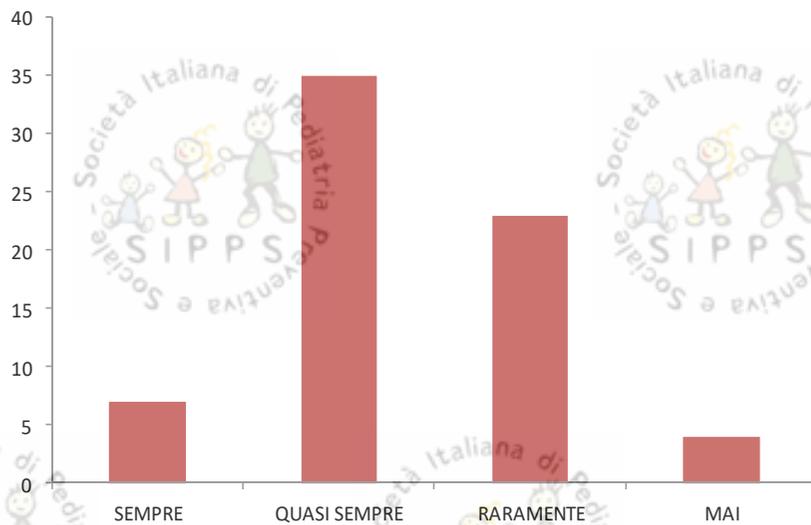


Scenari clinici in reparto

Sospensione del trattamento di supporto vitale in reparto nei neonati con situazioni cliniche non compatibili con la vita (es. agenesia renale bilaterale, anencefalia)

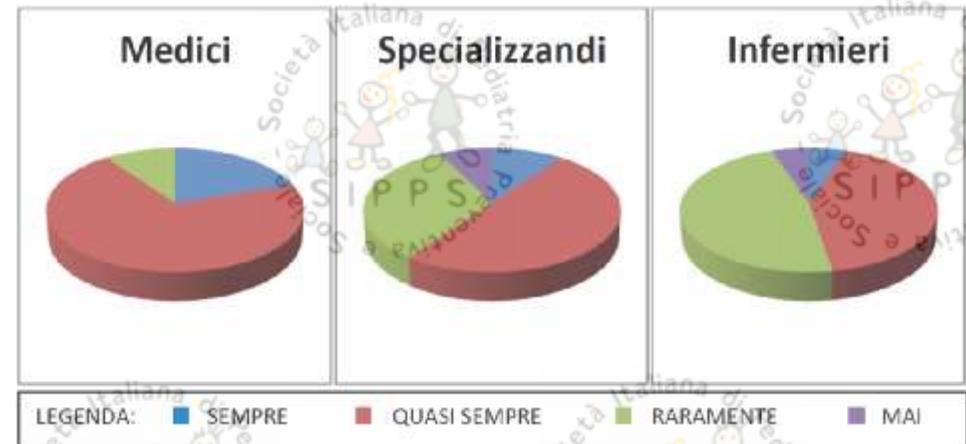
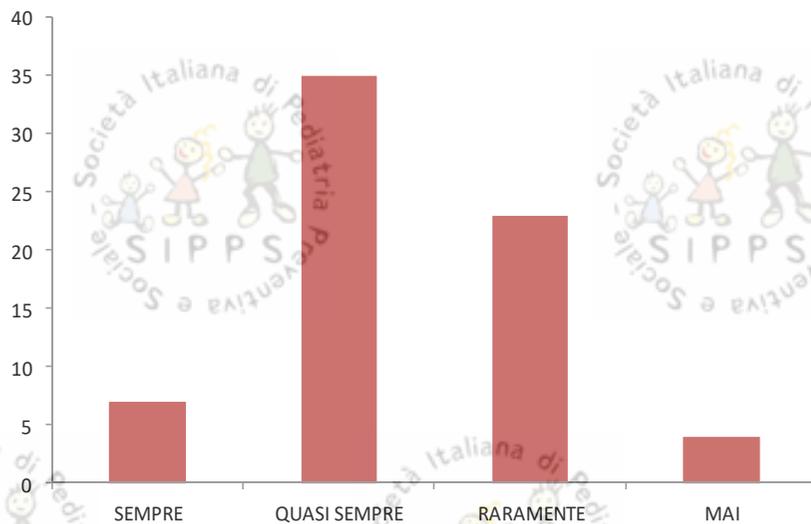
Scenari clinici in reparto

Sospensione del trattamento di supporto vitale in reparto nei neonati con situazioni cliniche non compatibili con la vita (es. agenesia renale bilaterale, anencefalia)



Scenari clinici in reparto

Sospensione del trattamento di supporto vitale in reparto nei neonati con situazioni cliniche non compatibili con la vita (es. agenesia renale bilaterale, anencefalia)



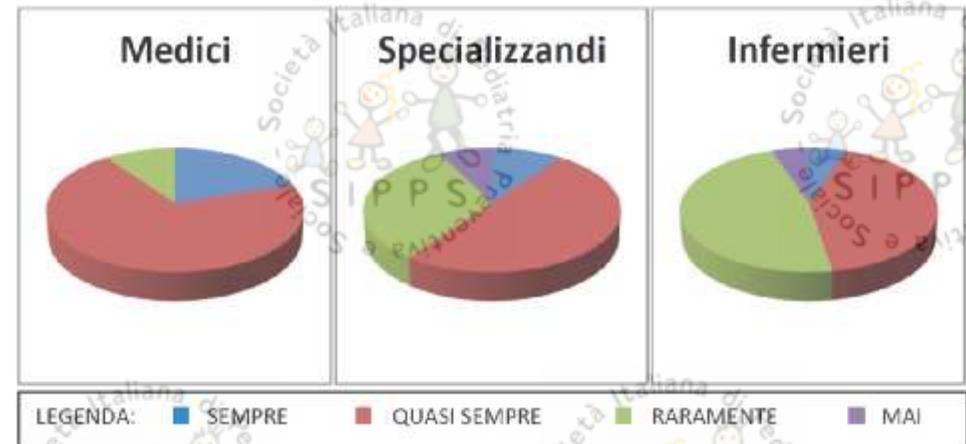
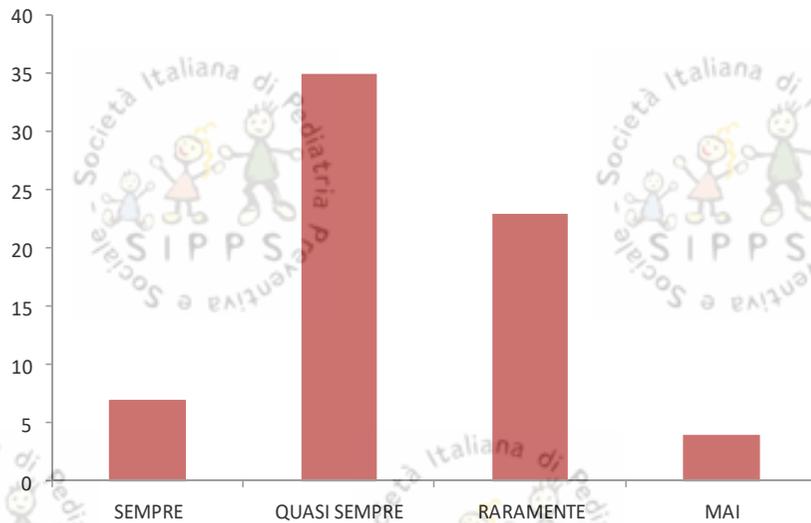
Scenari clinici in reparto

Sospesi

n
(es

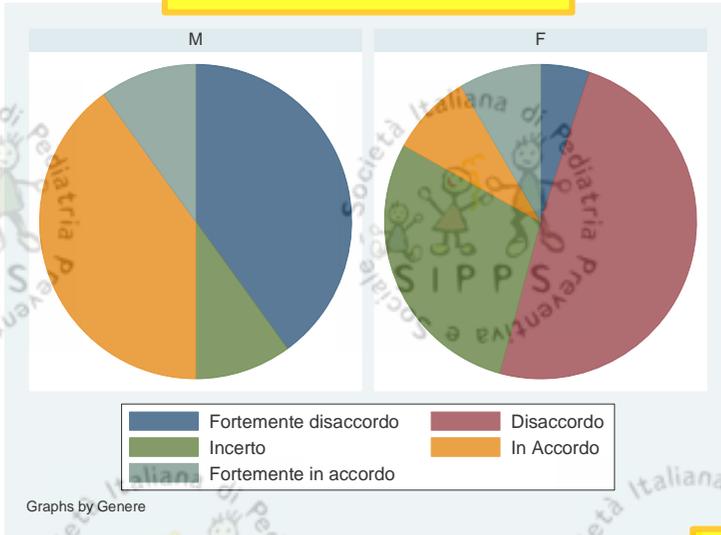
nei

Il 61% ha risposto **SEMPRE/QUASI SEMPRE**, soprattutto **MEDICI SPECIALISTI**

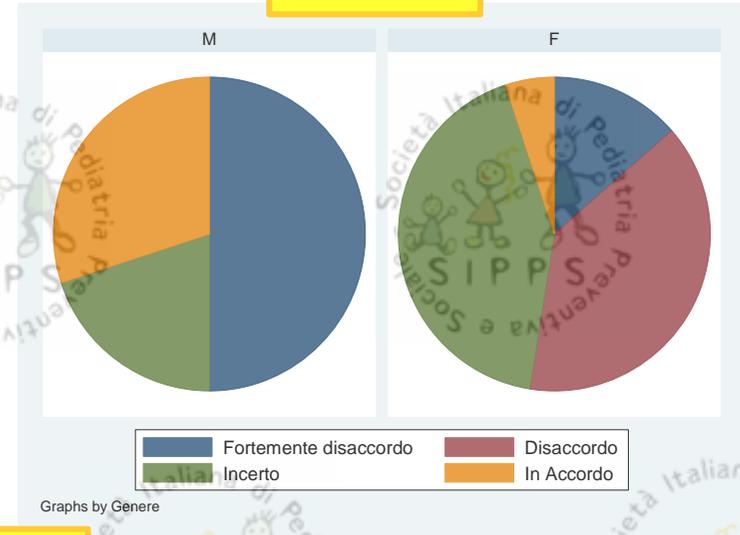


Opinione di maschi e femmine sul garantire supporto vitale

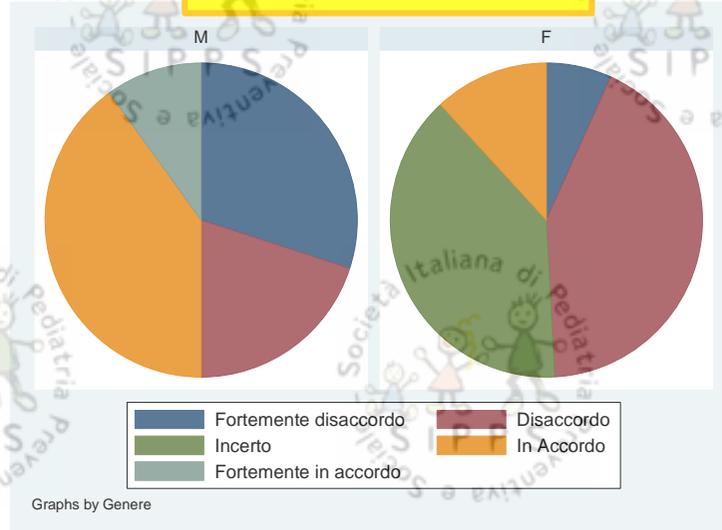
TUTTI I PAZIENTI



< 23 SG

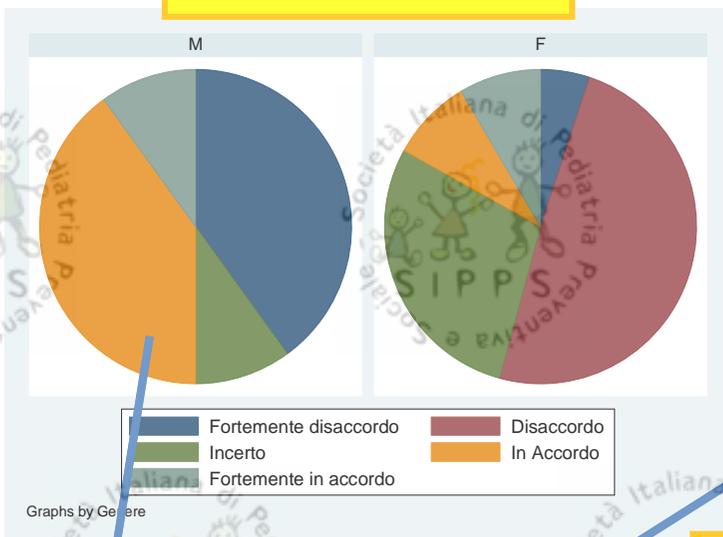


ENCEFALOPATICI

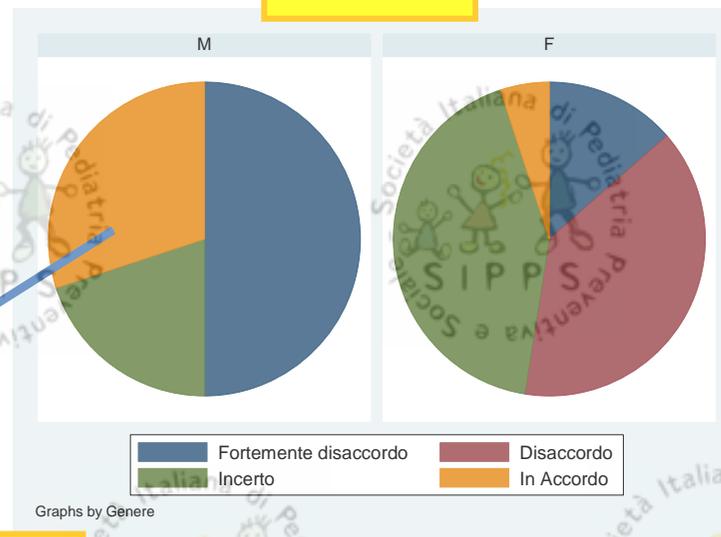


Opinione di maschi e femmine sul garantire supporto vitale

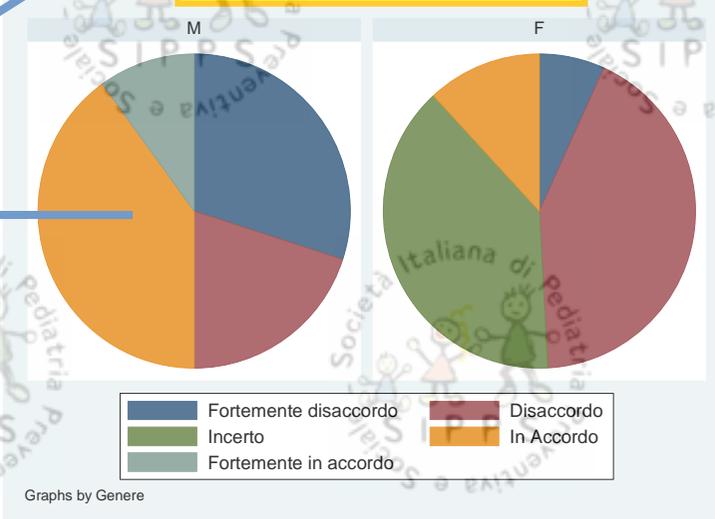
TUTTI I PAZIENTI



< 23 SG



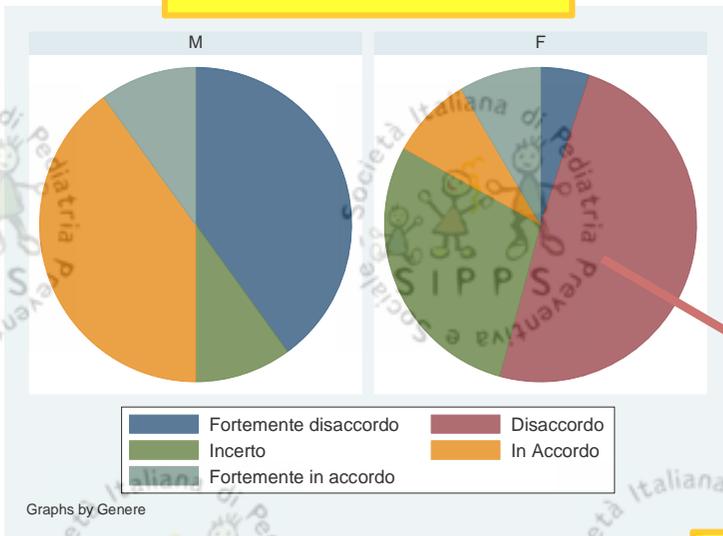
ENCEFALOPATICI



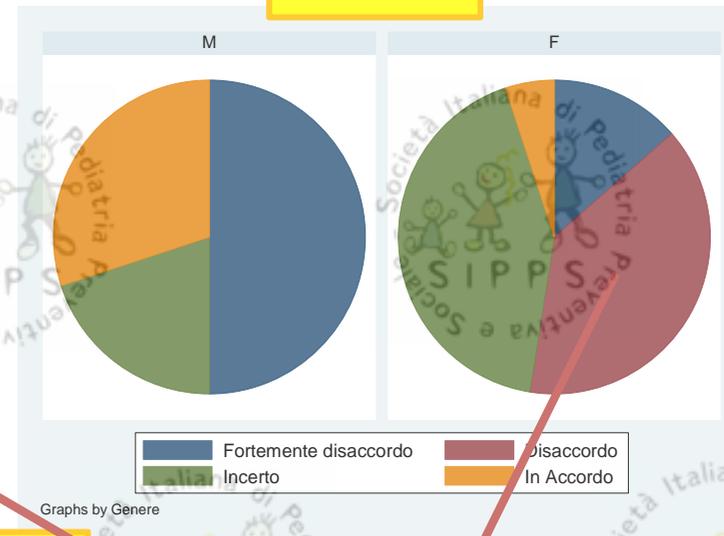
I maschi mostrano ACCORDO o FORTE DISACCORDO

Opinione di maschi e femmine sul garantire supporto vitale

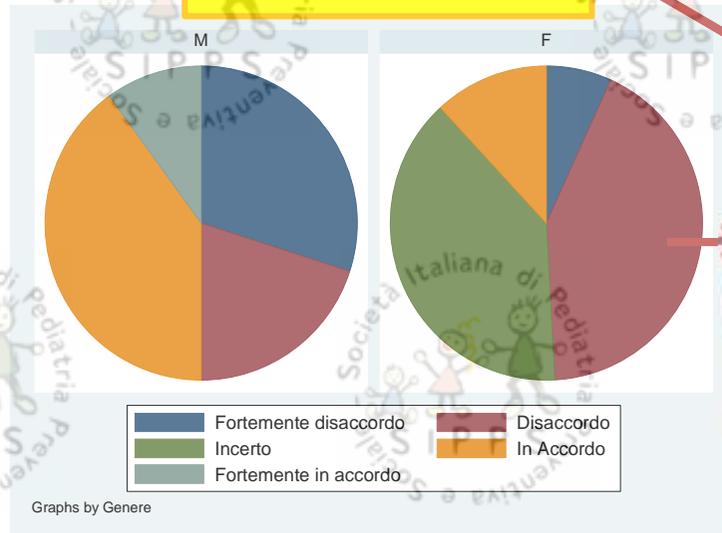
TUTTI I PAZIENTI



< 23 SG



ENCEFALOPATICI



Le femmine mostrano prevalentemente INCERTEZZA o DISACCORDO



Diverse opinioni in base all'età e all'esperienza lavorativa



All'aumentare dell'età e dell'esperienza lavorativa cresce anche l'incertezza sulla decisione da prendere sul supporto vitale, ma **NON IN MANIERA SIGNIFICATIVA**



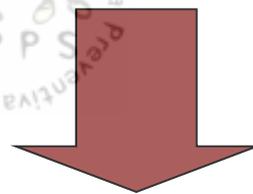
Diverse opinioni in base all'età e all'esperienza lavorativa

- Cuttini afferma che età ed esperienza lavorativa hanno un'influenza sulla scelta, ma in maniera opposta
- Infatti, i medici con più esperienza lavorativa si sono trovati più frequentemente dei giovani di fronte a questo tipo di scelte e si sentono più propensi ad affrontarle

Cuttini e coll. Lancet 2000; 355: 2112-2118

Validità del questionario

- Alla fine del questionario sono state poste delle domande sulla **comprensibilità e adeguatezza** dei quesiti
- E' stata usata una **scala da 1 a 5**, dove 1 rappresentava una domanda non importante/non ben formulata e 5 molto importante/molto ben formulata



Gli operatori hanno valutato il questionario come uno strumento valido per indagare questo tema

Limiti

- Studio monocentrico
- Diversa numerosità campionaria tra medici specialisti (10), medici specializzandi (40) e infermieri (19)
- Disparità campionaria M/F:1/7
- Religione prevalente cristiana

Conclusioni

- L'argomento della gestione del supporto vitale in neonati compromessi è attuale e molto dibattuto. La mancanza di criteri scientifici a cui attenersi non facilita il compito degli operatori
- Nel questionario si è registrata l'incertezza e la difficoltà che hanno gli operatori nel prendere questo tipo di scelte
- Differenze di opinioni e comportamenti negli intervistati possono essere solo parzialmente spiegate da differenze di genere, età, religione, esperienza clinica

Prospettive future

- E' auspicabile incrementare i meeting all'interno dell'equipe medico-infermieristica sia prima di prendere una decisione sulla gestione del supporto vitale, sia dopo che questa è stata assunta, per evitare l'insorgenza di conflitti di opinione
- E' importante approfondire questo argomento in altri studi per poter gestire il neonato nelle fasi terminali in maniera adeguata nei centri di Neonatologia



*Grazie per
l'attenzione*

