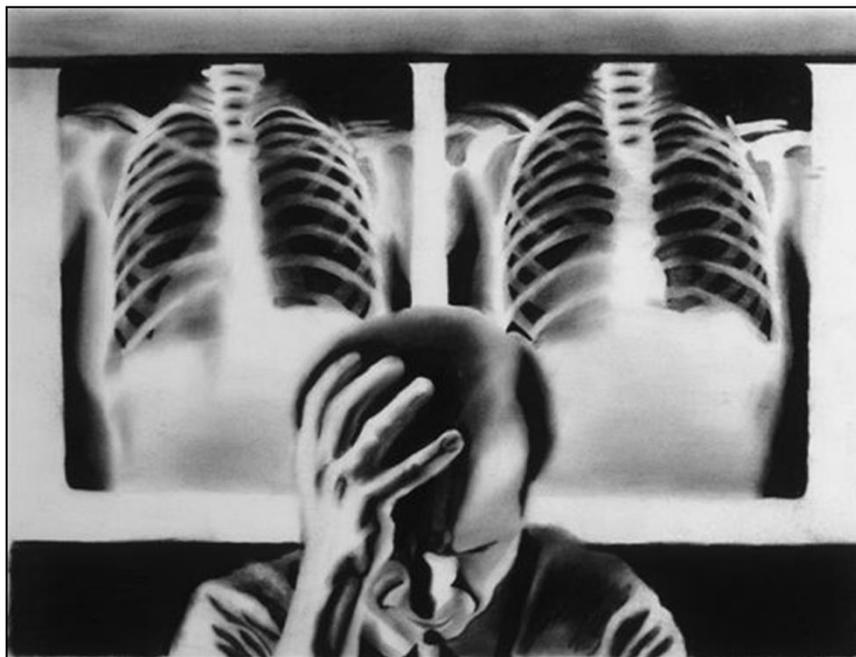


ETICA IN ONCOLOGIA

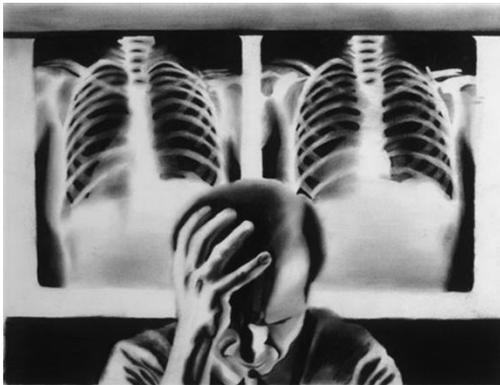


I punti critici del percorso oncologico

Modulo 007_RES - LOCARDINA Revisione n. 4 Data di emissione: 26 marzo 2018 Approvato ad emesso in originale	
S.S. FORMAZIONE PERMANENTE E AGGIORNAMENTO	
Evento Formativo Residenziale	
ETICA IN ONCOLOGIA	
DATE	
Ediz.1: 17 e 24 settembre 2019	
ORARIO	
Dalle ore 9.30 alle ore 17.00	
SEDE	
Via Rosmini 4A - Torino 3° piano	

“...ahimè, SAPERE...
che cosa terribile se non giova
a colui che sa...”

(Sofole, Edipo Re)



(Robert Pope «Doctor with X-Rays»)

“distress bioetico” le 4 “A”

- **A**sk
 - **A**ffirm
 - **A**ssess
 - **A**ct
- *interrogarsi*
 - *riconoscere*
 - *valutare*
 - *agire*

La bioetica del quotidiano

“...nel XXI secolo la bioetica esce dalle aule per tornare là dov'era nata: al letto del malato...”

(E.D. Pellegrino. *U.S.A.* 1920-2013)

UNA PROSPETTIVA

LA MEDICINA NARRATIVA:

RACCONTARE E RACCONTARSI

NARRARE IL DOLORE. Il ruolo delle Medical Humanities

PAOLO CATTORINI

LA RIVISTA ITALIANA DI CURE PALLIATIVE,

4/2005

www.sicp.it

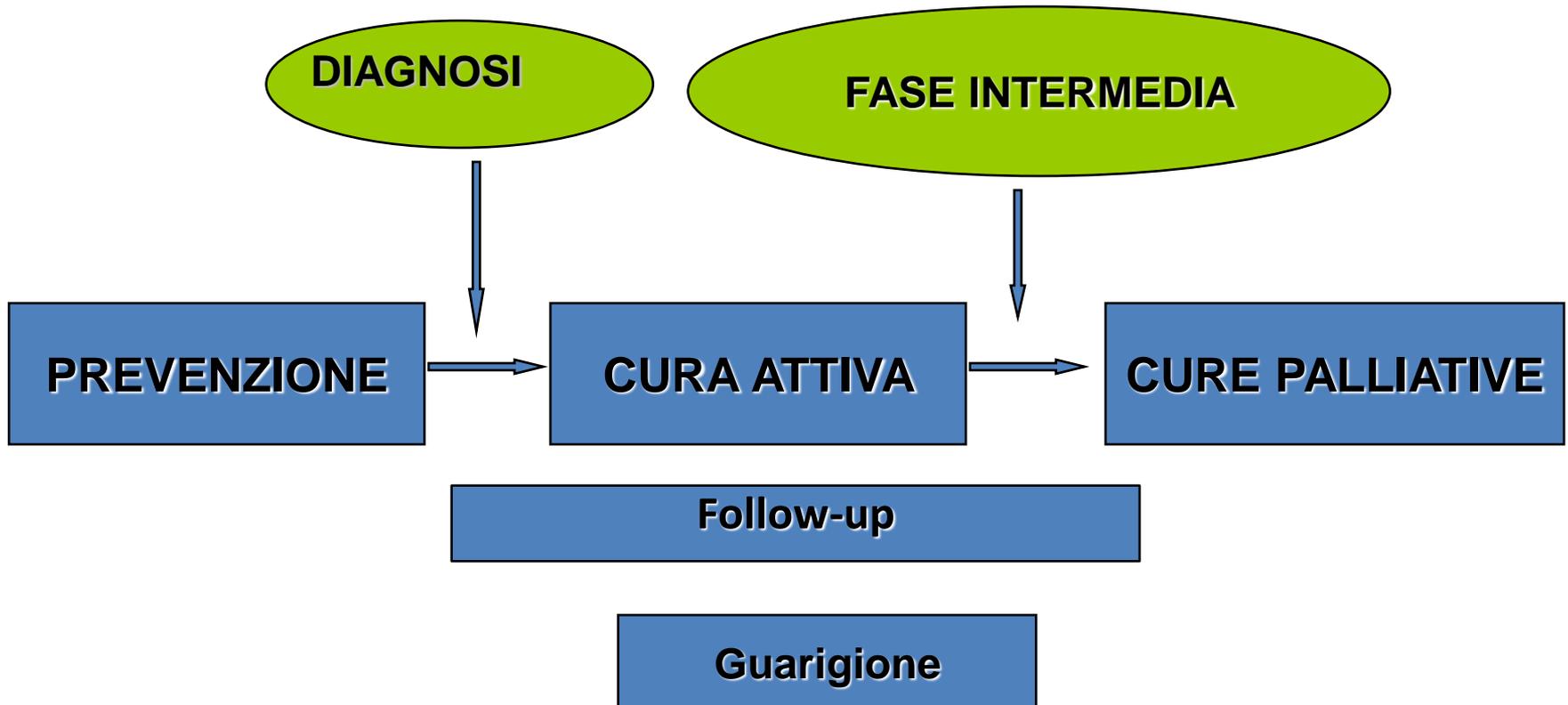
www.sicp.it/rivista-pdf/inverno_2005/narrare_dolore.pdf

- ...l'operatore sanitario può giocare un ruolo cruciale nel restituire l'autonomia aiutando il malato a **ricostruire un significato** di fronte alla minaccia degli eventi...
- ...(Cioè) se un paziente ha bisogno di un alleato è perché desidera **qualcuno che, nell'assisterlo dal punto di vista psicofisico, lo aiuti anche a vedere meglio, a raccontare meglio** ciò che è successo alla propria vita e ciò che avverrà nel futuro della cura...

...per individuare quale sia l'azione **buona** e **giusta**, si ricorre spesso a categorie estetiche... ci si chiede anche quale sia l'azione più **bella**...

*Nelle scelte bioetiche di fine vita ci preoccupiamo dell'effetto che lo stadio conclusivo avrà sulla vita intera **“così come potremmo preoccuparci dell'effetto che avrà l'ultima scena di un'opera teatrale...”** La vita non si giudica calcolando la somma totale di piacere bensì in modo più globale, come quando criticiamo la bruttezza di un finale che sfiguri tutta l'opera letteraria che fino ad allora ci era piaciuta....”*

Il percorso del paziente oncologico



Prevenzione...Diagnosi...

Lack of **Community Insurance** and
Mammography Screening Rates Among
Insured and Uninsured Women
Pagán JA, Asch DA, Brown CJ, e coll. - *J
Clin Oncol* 2008; 26:1865-1870

Receiving the Diagnosis of Lung
Cancer: Patient Recall of
Information and **Satisfaction With
Physician Communication**
Gabrijel S, Grize L, Helfenstein E, e
coll. - *J Clin Oncol* 2008; 26:297-302

Does **Age** Really
Matter? Recall of
Information Presented
to Newly Referred
Patients With Cancer
Jansen J, Butow PN,
van Weert JCM, e coll.
- *J Clin Oncol* 2008;
26:5450-5457



... Impatto della diagnosi e della malattia ...

Better Off Dead: Suicidal Thoughts in Cancer Patients

Walker J, Waters RA, Murray G, e coll. - *J Clin Oncol* 2008; 26:4725-4730

Incidence of Suicide in Persons With Cancer

Misono S, Weiss NS, Fann JR, e coll. - *J Clin Oncol* 2008; 26:4731-4738

Job Loss and Re-Employment of Cancer Patients in Korean Employees: A Nationwide Retrospective Cohort Study

Park JH, Park EC, Park JH, e coll. - *J Clin Oncol* 2008; 26:1302-1309

Randomized Controlled Trial of Collaborative Care Management of Depression Among Low-Income Patients With Cancer

Eli K, Xie B, Quon B, e coll. - *J Clin Oncol* 2008; 26:4488-4496



...I familiari...

Multinational Study of
Cancer Patients and Their
Children: Factors
Associated With Family
Functioning
Schmitt F, Piha J,
Helenius H, e coll. - *J Clin
Oncol* 2008; 26:5877-5883



Prevalence, Severity, and Impact of
Symptoms on Female Family Caregivers of
Patients at the Initiation of Radiation
Therapy for Prostate Cancer
Swore Fletcher B, Paul SM, Dodd MJ, e coll.
- *J Clin Oncol* 2008; 26:599-605

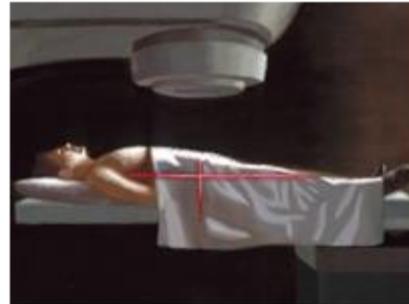
Predictors of
Depressed Mood in
Spouses of Women
With Breast Cancer
Lewis FM, Fletcher KA,
Cochrane BB, e coll. -
J Clin Oncol 2008;
26:1289-1295



...Trattamenti e risultati
("guarigione" e
"cronicizzazione")....

Physician-Identified Factors
Affecting Patient Participation
in Reaching Treatment
Decisions

Shepherd HL, Tattersall MHN, e
Butow PhN - *J Clin Oncol* 2008;
26:1724-1731



Tailored Chemotherapy Information Faxed to
General Practitioners Improves Confidence in
Managing Adverse Effects and Satisfaction
With Shared Care: Results From a
Randomized Controlled Trial
Jefford M, Baravelli C, Dudgeon P, e coll. - *J
Clin Oncol* 2008;26:2272-2277



... Fase avanzata e Cure Palliative...

Il passaggio alle cure palliative: perché «è difficile»?

VOLUME 29 • NUMBER 6 • FEBRUARY 20 2011

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

American Society of Clinical Oncology Statement: Toward Individualized Care for Patients With Advanced Cancer

Jeffrey M. Peppercorn, Thomas J. Smith, Paul R. Helf, David J. DeBono, Scott R. Berry, Dana S. Wollins, Daniel M. Hayes, Jamie H. Von Roenn, and Lowell E. Schnipper



I “DUBBI”...:

“il passaggio alle cure palliative”

- “Sta male perché fa la chemioterapia” ...
- ...o *“starebbe peggio senza la CT”?*

- “sta male perché ha il tumore” ...
- ...o *“sta male e ha il tumore”?*

VOLUME 29 • NUMBER 6 • FEBRUARY 20 2011

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

American Society of Clinical Oncology Statement: Toward Individualized Care for Patients With Advanced Cancer

Jeffrey M. Peppercorn, Thomas J. Smith, Paul R. Helft, David J. DeBono, Scott R. Berry, Dana S. Wollins, Daniel M. Hayes, Jamie H. Von Roenn, and Lowell E. Schnipper

4 PRINCIPI

- AUTONOMIA
- NON-MALEFICENZA
- BENEFICIALITA'
- GIUSTIZIA



AUTONOMIA

(CONSENSO INFORMATO)



■ **NON-MALEFICENZA**
(«proporzionalità»)

BENEFICIALITA'

(«appropriatezza»)

• **GIUSTIZIA** (EQUITA' DISTRIBUTIVA
– ALLOCAZIONE DELLE RISORSE)

Il passaggio alle cure palliative: perché «è difficile»?

VOLUME 29 • NUMBER 6 • FEBRUARY 20 2011

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

American Society of Clinical Oncology Statement: Toward Individualized Care for Patients With Advanced Cancer

Jeffrey M. Peppercorn, Thomas J. Smith, Paul R. Helft, David J. DeBono, Scott R. Berry, Dana S. Wollins, Daniel M. Hayes, Jamie H. Von Roenn, and Lowell E. Schnipper



BARRIERS TO ACHIEVING INDIVIDUALIZED CARE FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER

VOLUME 29 • NUMBER 6 • FEBRUARY 20 2011

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

American Society of Clinical Oncology Statement: Toward Individualized Care for Patients With Advanced Cancer

Jeffrey M. Peppercorn, Thomas J. Smith, Paul R. Hefli, David J. DeBono, Scott R. Berry, Dana S. Wollins, Daniel M. Hayes, Jamie H. Von Roenn, and Lowell E. Schnipper

BARRIERS TO ACHIEVING INDIVIDUALIZED CARE FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER

Consapevolezza dell'importanza del problema

... Avviare delle conversazioni in merito a una prognosi sfavorevole o alla possibilità di rinunciare a qualsiasi terapia rivolta a un tumore presenta difficoltà intrinseche, potendo sembrare una rinuncia o l'ammissione dell'insuccesso con i pazienti, le loro famiglie e altri medici. ...

VOLUME 29 • NUMBER 6 • FEBRUARY 20 2011

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

American Society of Clinical Oncology Statement: Toward Individualized Care for Patients With Advanced Cancer

Jeffrey M. Peppercorn, Thomas J. Smith, Paul R. Helle, David J. D'Amico, Scott R. Berry, Dana S. Wollins, Daniel M. Hayes, Jamie H. Van Roven, and Lowell E. Schipper

BARRIERS TO ACHIEVING INDIVIDUALIZED CARE FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER

Linee guida per sospendere le terapie rivolte alla neoplasia

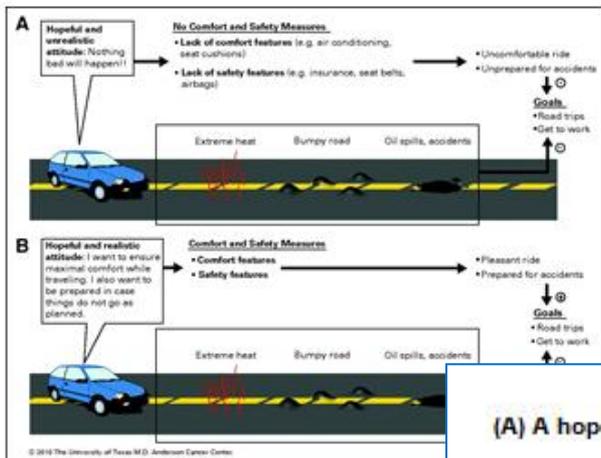
...Pur esistendo, per alcuni contesti, chiare linee guida relative a quando cessare le terapie rivolte al tumore, i medici possono non esserne a conoscenza o apparire incerti su come applicarle a un determinato individuo. In molti casi, esiste un certo grado d'incertezza sulla prognosi nell'immediato ...

BARRIERS TO ACHIEVING INDIVIDUALIZED CARE FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER

Barriere del sistema verso un'assistenza personalizzata ai soggetti affetti da neoplasie in stadio avanzato

...Nel sistema sanitario attuale vi è un disallineamento degli incentivi che involontariamente incoraggia l'erogazione di trattamenti rivolti alle neoplasie in fase terminale, rispetto a offrire colloqui, dispendiosi dal punto di vista temporale e difficili per il coinvolgimento emotivo, volti a privilegiare la franchezza, il comfort, la famiglia e la qualità della vita....

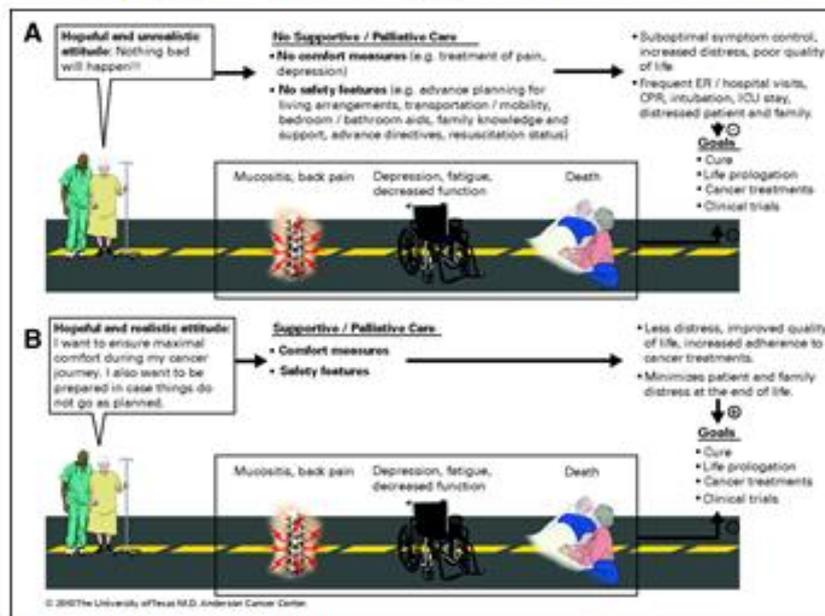
The use of a car is an analogy for setting goals of care.



Bruera E., Hul D JCO 2010;28:4013-4017

©2010 by American Society of Clinical Oncology

(A) A hopeful and unrealistic patient focuses on cancer cure and life-prolongation measures, without paying attention to her symptoms and advance care needs.



Bruera E., Hul D JCO 2010;28:4013-4017

©2010 by American Society of Clinical Oncology

**«non è solo una soluzione
medica»**

LG dell'Hasting Center di New York sul
fine vita

Le difficoltà etiche a fine vita

Advance care planning

Advance care planning

...Spiegare al malato che in ogni momento potrà rivedere con i medici la sua preferenza verso una certa opzione lo aiuta a scegliere mezzi di sostegno vitale

...il lavoro descrive con sincerità e chiarezza tutte le difficoltà che sorgono di fronte ad un tema da affrontare con delicatezza e grande umiltà

(F. Cancelli)

-
- **REALTA' E VERITA'**
 - **PRUDENZA E COMPETENZA**
 - **DISTENSIONE E COLLABORAZIONE**
 - **UMILTA' E FERMEZZA**
-

REALTA' E VERITA'

- i vissuti possono cambiare

 - Si può «cambiare idea»
-

PRUDENZA E COMPETENZA

- ogni valutazione sul singolo caso
-

DISCUSSIONE E COLLABORAZIONE

- clima sereno per avere gli spazi temporali e mentali



DISCUSSIONE E COLLABORAZIONE

«la comunicazione è tempo di cura»

- *«8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura».*
- *“10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende **la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative**”.*

40

...il tempo della comunicazione...

- *..SPAZI*
- *.....TEMPI*
- *.....RAPPORTI NUMERICI*
- *.....ASPETTI ORGANIZZATIVI*
- *.....LAVORO DI EQUIPE*

41

UMILTA' E FERMEZZA

- *limiti* della medicina e *limite* dell'azione medica
 - «il pensiero umile» (*humble approach*)
 - «resistenza» e «resa»
-

Le «figure» del **PENSIERO UMILE**



PROMETEO: pensa di potersi impossessare del fuoco... **PENSIERO FORTE**

NARCISO: dal fallimento di Prometeo, non si interessa più al fuoco, ma ne usa la luce per riflettere la sua immagine... **PENSIERO DEBOLE**

MOSE': sa che c'è il fuoco, e con questa certezza «parte dal monte» per scendere verso l'umanità...

PENSIERO UMILE

the “Humble Approach”: “*problema*” o “*Mistero*”?



«...in un'epoca come la nostra in cui l'uomo sembra essersi trasformato da **pellegrino** in **turista**, alla ricerca di viaggi da compiere ed esperienze da consumare, senza alcuna preoccupazione che l'una sia sensatamente collegata ad un'altra...»

(parte I – Pensiero umile. Un'altra via per abitare il nostro tempo)

IL «MESSAGGIO» DELLE CURE PALLIATIVE... NELLE CASE, NEGLI HOSPICE, NEGLI OSPEDALI, NELLE SCUOLE, NELLE COMUNITA', NELLA SOCIETA'...

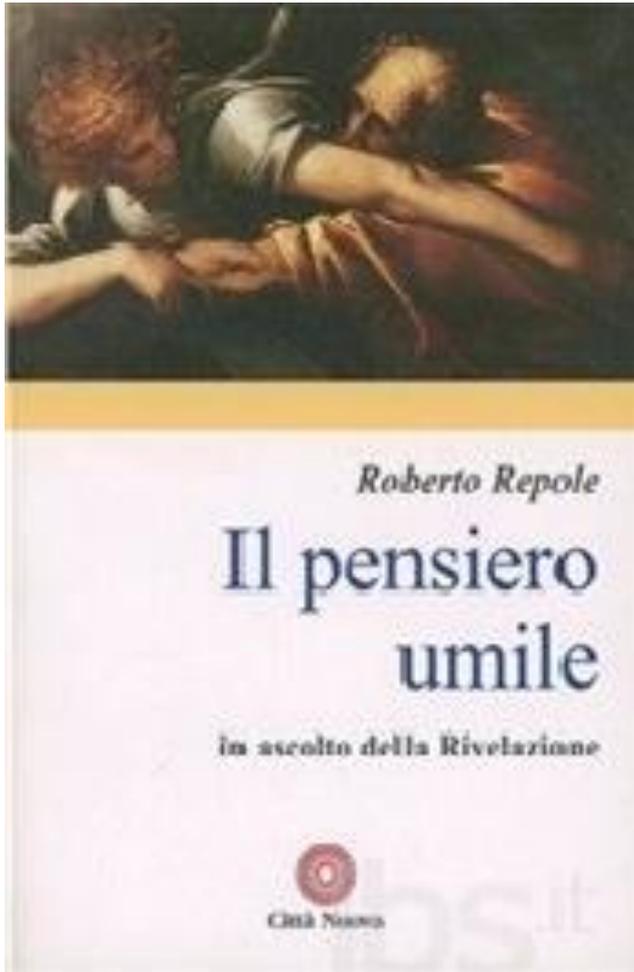
the “Humble Approach”: “*problema*” o “*Mistero*”?

...Ci sono questioni in cui solo per finzione il soggetto può ritenersi estraneo rispetto alla domanda posta... Il male, l'amore, la morte, l'incontro che ho fatto...

«...Distinzione tra il misterioso ed il problematico. Il **problema** è qualcosa che si incontra, che sbarra la strada. Esso sta interamente davanti a me. Invece il **mistero** è un qualcosa in cui mi trovo impegnato, la cui essenza è perciò di non essere tutto intero davanti a me...» [G. Marcel, *Essere e avere, nota*]

«...**IL SOGGETTO UMILE** NON TROVA IDENTITA' NEL RIPIEGAMENTO IN SE STESSO E IN QUELLO CHE EGLI E' CAPACE DI FARE, MA NELLA RELAZIONE ALL'ALTRO, NELL'ESSERE CON L'ALTRO...»

(parte I – Pensiero umile. Un'altra via per abitare il nostro tempo)



“RESISTENZA E RESA”

“...**occorre resistere con l'altro e per l'altro** testimoniando che la sua persona è un bene e per noi. Tale resistenza non è unicamente tecnica, ma primariamente umana (...). Al tempo stesso è **necessario arrendersi**, sia ai limiti della medicina, sia ai limiti intrinseci della vita umana: l'uomo è segnato dalla morte. (...)
...nell'assunzione libera e responsabile di ogni soggetto, nella consapevolezza che anche il morire è parte integrante della vita.”

**La questione
del momento**
DAT E FINE VITA

**“Norme in materia di consenso informato e di
disposizioni anticipate di trattamento”**

Testo unificato approvato alla Camera
il 20 aprile 2017 e al Senato il 14 dicembre 2017: LEGGE 219

L'impianto della legge: 8 articoli

- Articolo 1 “Consenso informato”
- Articolo 2 “Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita”
- Articolo 3 “Minori e incapaci”
- Articolo 4 “Disposizioni anticipate di trattamento”
- Articolo 5 “Pianificazione condivisa delle cure”
- Articolo 6 “Norma transitoria”
- Articolo 7 “Clausola di invarianza finanziaria”
- Articolo 8 “Relazione alle Camere”

«La legge»...nel quotidiano *...nelle case... negli Hospice...*

Alcuni temi:

- **La VERITA'; la PROPORZIONALITA'** (articolo 1: CONSENSO INFORMATO; «Il tempo della comunicazione»)
- **La SEDAZIONE PALLIATIVA** (Art. 2. Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita)
- **La FAMIGLIA** (Art. 3 Minori e incapaci)
- **...OLTRE L'ONCOLOGIA...** (Art. 4. Disposizioni anticipate di trattamento)
- **II PERCORSO** (Art. 5 Pianificazione condivisa delle cure)

F. Turollo

“L'ETICA DI FINE VITA”

- “La bioetica non può e non deve limitarsi semplicemente a porre dei *confini* (...)
- L'attenzione ai limiti (...accanimento terapeutico... eutanasia...) non deve far perdere di vista **IL CENTRO** che, in questo caso, è rappresentato dal **significato** che assume la vita quando si trova in condizioni di sofferenza...

“Quando non ci sono più parole”

- “Se, come abbiamo osservato, la parola può essere un rimedio, occorre ora aggiungere che, **a volte, nella fase terminale della malattia, viene meno anche questa preziosa risorsa**”...
- “Che **cosa ci rimane a disposizione** in questi casi?”...

“Quando non ci sono più parole”

- **“...Ancora la comunicazione... Si possono infatti creare le condizioni per mettere qualcosa in comune anche senza lo strumento della parola.**
- **Per comprendere questo occorre riprendere in considerazione il paradigma materno (...) modello della relazione di cura...”**

“Quando non ci sono più parole”

- “...la **memoria affettiva** continua ad essere viva nonostante l'assenza di pensiero razionale e di linguaggio...”
- “...occorre parlare **con chiarezza**, molto **lentamente**, usare frasi brevi, semplici, concrete, comunicare un concetto alla volta...”
- “..**stare vicino**, con gesti di affetto, *ma anche con i gesti della pulizia e della medicazione...*”

Global Atlas of Palliative Care at the End of Life

A che punto siamo?



January 2014



Palliative care

23 February 2018

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families who are facing problems associated with life-threatening illness. It prevents and relieves suffering through the early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual.

Palliative care is a crucial part of integrated, people-centred health services, at all levels of care: it aims to relieve suffering, whether its cause is cancer, major organ failure, drug-resistant tuberculosis, end-stage chronic illness, extreme birth prematurity or extreme frailty of old age.



WHO/G. Hampton

Fact 1: Palliative care improves lives

Worldwide, only about 14% of people who need palliative care currently receive it. The quality of life of patients and their families who are facing problems associated with life-threatening illness, whether physical, psychosocial or spiritual are greatly improved by palliative care.



WHO/B. Chandra

Fact 2: Pushing policy will drive palliative care forward

World Health Assembly resolution 67.19 on strengthening palliative care, adopted in 2014, emphasizes the need to create national palliative care policies, to ensure secure access to opioids for pain relief, training for all health care staff in palliative care, and the integration of palliative care services into existing health care systems.



WHO/M. Bouesseau

Fact 5: Oral immediate-release morphine is an essential palliative medicine

Opioid laws and prescribing regulations must balance the prevention of illegal use of opioids with ensuring accessibility to morphine to relieve moderate and severe pain.



WHO/C. Gaggero

Fact 6: Children have little access to palliative care

They are at a higher risk than adults to face inadequate pain relief. For children, 98% of those needing palliative care live in low- and middle-income countries with almost half of them living in Africa.



Fact 8: Palliative care shows global disparity

Lack of access to palliative care and pain control is one of the largest inequalities in global health. Most people in high-income countries have access, but only a small percentage of people in low- and middle-income countries do. Each year an estimated 40 million people are in need of palliative care, 78% of whom live in low- and middle-income countries.



WHO/N. Dewi

Fact 9: The need for palliative care has never been greater

It continues to grow with the increase of chronic diseases and people living to an older age.



Fact 10: Integrating home care has multiple benefits

Palliative care that includes home care can improve the quality of life of patients and their families while also saving money for health care systems by reducing unnecessary hospital admissions.

... Per un'etica della reciprocità...

“...una relazione biunivoca e non soltanto uno che dà e uno che riceve.

Il beneficiario non è un semplice oggetto di benevolenza per chi lo beneficia, ma è qualcuno che restituisce a chi lo sta aiutando il significato del suo operare... ”

(Stefano Zamagni - SICP 2008)

**“...*Oltre* si trova l’oceano
sconfinato dei
valori umani e spirituali. L’essere
oggetto
dell’attenzione clinica è una
persona, con i
suoi sentimenti, le sue aspirazioni, le
sue
sofferenze che nessuna tecnologia
potrà
mai cogliere pienamente”**

(P. Polisca)

Communication Fatigue

Diane Portman, MD, FAAHPM^{1,2}

DURING PALLIATIVE COMMUNICATIONS, we try to support patient hope as we discuss devastating prognoses, clarify understanding of treatment choices, and elicit values and goals to plan care. We may struggle to interact naturally while applying and practicing learned communications skills. Over time, the experience becomes more familiar, but such talks remain challenging for clinicians and patients alike. The communication concerns described by both seasoned clinicians and learners are represented in the following narrative poem.

Communication Fatigue

To be effective with patients so seriously ill, to console and support with newly gained skill,
I've taken the courses, role played, and reviewed. Now I must plan, practice, and follow through.
I go through the chart, the lab values, and tests, armed with data to do my best.
I've staged the setting, a quiet scene, and minimized disruptions to stay serene.
Who should join us to hear what's discussed? Stepwise I work to build the trust.
A touch of the shoulder, some tissues nearby, to blot the tears in case you cry.
A glass of water to swallow emotions on hold, creating some pauses as distress unfolds.
So tell me, for you, what makes a good day? Share more about that, I remember to say.
Clarify goals of care and help articulate. Explore, facilitate, and formulate.
I can barely envision how much you've endured. I'm sorry we cannot restore, prolong, or cure.
What a trooper you've been, doing everything right.
Recalling to praise for the arduous fight.
Have you thought about being sicker and what this could

Guide the serious conversation; advance the care plan.
Reframe expectation for lengthy illness.
Acknowledge the surfacing anticipatory grief. Guide the dialogue and later debrief.
Limit the tech jargon reflexively spewed. Emphasize respect during delivery of news.
Share knowledge to inform about what's in store. Sit down, lean in, and gaze up from the floor.
What else are you hoping for and what worries you now?
No I'm not suggesting we throw in the towel.
Naming healthcare surrogates may seem frightening now, but it's important to choose your proxy somehow.
Your condition shows that you're on a brink, but home hospice is not the fearsome death knell you think.
How do you want to spend the rest of your time? At home or in hospital with devices and lines?
Would you prefer to be allowed a natural death, or artificially be given your final breath?
We probe other values and gauge the needs. Plan the follow-up with devotion and speed.
We find new goals to avert despair, searching for means to support your prayers.
Desperately invoking every communications device, to gain your confidence, and help ease your strife,
I think about care deficits we can reliably correct, still trying to emphasize what we can do well.
But while focusing on choices, priorities and needs, I can't help but dwell on your unspoken pleas.
To maintain the crusade to carry on and live, to be ever-present for your spouse and kids.
So we discuss worth and joy in your remaining days, a quest to create meaning in other ways,
while seeking outlets for you to grieve, and define the legacy you want to leave.
I wonder as you contemplate premature demise, and quality

Now depleted and stuck, I may be out of my league, both of us affected by communication fatigue.

information will affect decisions you make.
We're in a different place now. Does that make sense?
Respond with empathy and frequent silence.
Reflectively listen and motivationally interview. Recall the acronyms, the communications lessons.
Avoid missteps, assumptions, and indelible regret, by providing a gentle expectations reset.
What would this look like if things go well? Continue to ask, tell, ask, and tell.

Diane Portman, MD, FAAHPM
Department of Supportive Care Medicine
Moffitt Cancer Center
MCC-SCM
12902 Magnolia Drive
Tampa, FL 33612

E-mail: diane.portman@moffitt.org

¹University of South Florida, Tampa, Florida.

²Department of Supportive Care Medicine, Moffitt Cancer Center, Tampa, Florida.

La bioetica del quotidiano

“**Medicine is a moral enterprise** and if you take away the ethical and the moral dimensions, you end up with a technique...”

(E.D. Pellegrino. *U.S.A.* 1920-2013)



EDMUND D. PELLEGRINO: CAREER HIGHLIGHTS

- **1953:** Becomes founding chair of medicine, Hunterdon Medical Center in New Jersey.
- **1959:** Becomes founding chair of the University of Kentucky's department of medicine.
- **1966:** Takes position as founding vice president for the health sciences at the State University of New York at Stony Brook.
- **1973:** Appointed chancellor and vice president for health affairs at the University of Texas.
- **1975:** Elected first president and chair of the board of directors for the Yale-New Haven Medical Center
- **1978:** Becomes president of The Catholic University of America and professor of clinical medicine and community medicine at Georgetown.
- **1982:** Appointed John Carroll Professor of Medicine and Medical Ethics at Georgetown.
- **1983:** Directs Georgetown's Kennedy Institute of Ethics
- **1989-94:** Founds and directs the Center for the Advanced Study of Ethics at Georgetown
- **1991-1996:** Founds and directs the Center for Clinical Bioethics at Georgetown.
- **1993-1994:** Serves as acting chief, Division of General Internal Medicine, Georgetown University Medical Center
- **2000-2013:** Professor Emeritus of Medicine and Medical Ethics.
- **2013:** Georgetown renames the Center for Clinical Bioethics the Edmund D. Pellegrino Center for Clinical Bioethics.
- **2005:** Chairs President's Council on Bioethics



Dr. Edmund D. Pellegrino