

“ETICA ED RCP: QUANDO RIANIMARE?”

Dott. Pier Paolo Casalini (Struttura di Anestesia e Rianimazione ospedale Faenza)

E' assodato che il soccorso adeguato ad un paziente in arresto cardiaco effettuato entro pochissimo minuti dall'episodio possa consentire una ripresa senza danni o con pochissimi danni secondari al paziente. Quindi se si è sicuri di essere intervenuti entro questi tempi si può verosimilmente soprassedere a qualunque disquisizione, anche di riflessione personale, di tipo etico perchè si è di fronte ad una pura emergenza tecnica e quello che ci è chiesto è di applicare la RCP nella maniera più efficace e rapida possibile. Credo che questo principio è applicabile anche quando si possa ragionevolmente pensare che la prima assistenza all'infortunato sia stata abbastanza adeguata, tanto da farci guadagnare ulteriore tempo utile per soccorsi più avanzati: è infatti esperienza comune riscontrare dei danni secondari ridottissimi o addirittura nulli quando si interviene su un paziente che sia stato anche solo abbastanza efficacemente sottoposto a misure rianimatorie da personale non sanitario. Se al contrario non c'è stato soccorso iniziale e il ritardo del soccorso adeguato sia superiore agli otto minuti vi saranno sicuramente danni anossici cerebrali. E questo è l'orizzonte della nostra discussione, il problema fondamentale.

NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI QUELLO CHE SEMBRA UN DUBBIO ETICO E' IN REALTA' UN DUBBIO CLINICO CIOE' NON SI RIESCE A STABILIRE LA ESATTA NATURA CLINICA CON CUI SI HA A CHE FARE PER CARENZA DI INFORMAZIONI E QUINDI NON SI RIESCE A STABILIRE SE IL FENOMENO ACUTO COME L'ARRESTO CARDIACO SIA UN EVENTO INTERCORRENTE O INVECE UN EVENTO ATTESO NELLA STORIA NATURALE DELLA MALATTIA.

Le ricerche sembrano confermare che la presenza di pluripatologie stabiliscano un elemento discriminante per capire se l'evento acuto sia atteso o no e quindi esprima semplicemente l'evoluzione naturale della malattia.

MOLTO PIU' DUBBI SONO I DATI CONCERNENTI SEMPLICEMENTE L'ETA' DEL PAZIENTE, LADDOVE NON SIA PRESENTE UN MARASMA SENILE O UN EVIDENTE DETERIORAMENTO PROGRESSIVO DELLE CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE ANCHE SENZA ESSERE RIUSCITI AD IDENTIFICARE BENE UNA PRECISA PATOLOGIA.

La presenza quindi di malattie importanti o di deterioramento globale e progressivo pongono LA QUESTIONE CLINICA DELLA APPROPRIATEZZA DI UN INTERVENTO RIANIMATORIO PERCHE' I RISULTATI CHE SI POSSONO ATTENDERE SONO DEL TUTTO FUTILI, CIOE', AL MASSIMO, SI POTRA' RIUSCIRE A RITARDARE PER BREVISSIMO TEMPO L'EVENTO TERMINALE!

Non siamo neppure davanti ad una vera disquisizione etica ma, se vogliamo, DEONTOLOGICA, cioè di vicinanza al malato e ai familiari durante il decesso e di COMUNICAZIONE di una notizia tragica con il suo carico di sofferenza.

LA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE SAREBBE IN QUESTI CASI UN ATTO DI ACCANIMENTO TERAPEUTICO.

In ogni caso raccomanderei di utilizzare dei dati oggettivi e di non fidarsi del cosiddetto "OCCHIO CLINICO", anche fosse del medico più esperto perchè quasi regolarmente, in questi casi, è fuorviante.

SI POTREBBE DISQUISIRE SULLA POSSIBILITA', CASO PER CASO, DI NON FORNIRE UNA NOTIZIA COSI' TRAGICA NELL'IMMEDIATO se si cogliesse che i parenti non fossero in grado al momento di sopportarla: ma in questi casi occorrerebbe studiare un percorso specifico per loro tenendo presente il principio deontologico di sostegno ai parenti di una persona deceduta..

Si può allora istituire un ordine di DNR?

Questa procedura, molto utilizzata nei paesi anglosassoni, sembra utile soprattutto a livello della istituzione sanitaria e, laddove usata, viene conferita ai pazienti ai parenti come parte delle informazioni generali di ricovero. Non è ancora una realtà facilmente importabile nel nostro paese e credo che più che una regola istituzionale possa essere usata caso per caso come avviene spesso in realtà a certificare l'informazione data ai parenti sullo stato di salute del congiunto.

IL CONTRIBUTO DELLE TECNOLOGIE: CHE COSA AGGIUNGONO E CHE COSA TOLGONO ALLA UMANITA' DEL PAZIENTE.

L'AVVENTO DI NUOVE TECNOLOGIE o il miglioramento di alcune già presenti come le tecniche di TRACHEOSTOMIA, I VENTILATORI DOMICILIARI, LA DIALISI DOMICILIARE, hanno effettivamente ridotto ed umanizzato delle procedure ritenute alcuni anni fa particolarmente invasive e per questo ritenute, anche solo dieci anni fa quasi degli atti in sé di ACCANIMENTO TERAPEUTICO. Occorre però operare delle distinzioni precise:

esistono patologie e percorsi terapeutici particolarmente specifici, come la Distrofia Muscolare, la Sclerosi Laterale miotrofica, per i quali l'applicazione di queste procedure garantisce anche parecchi anni di vita e per di più a domicilio, pur con enormi disagi.

Ma esclusi questi esempi resta il problema del rianimare o no persone che siano state in arresto cardiaco per più di otto minuti, cioè persone in cui si attenderanno certamente danni cerebrali importanti che limiteranno più o meno fortemente la vita di relazione.

ANCHE IN QUESTO CASO SI PUO' RITENERE INAPPROPRIATO UN ATTO TERAPEUTICO NON TANTO PER L'APPLICABILITA' O MENO DI ESSO MA TENENDO CONTO DEGLI ESITI CHE ESSO DARA' IN QUEL PARTICOLARE PAZIENTE!

Se ci possiamo ragionevolmente attendere un semplice e limitato rallentamento dell'evento morte dai dati in nostro possesso è lecito astenersi dall'applicare quella tecnologia.

IL CONTRIBUTO DELLA ESPRESSIONE DI VOLONTA' DEL PAZIENTE E/ O DEI SURROGATI ALLE DECISIONI IN FINE VITA (IL TESTAMENTO DI VITA). COSA C'E' DI FALSO O DI INUTILE NELLA PROPOSTA DI BIOCARD.

Spesso questo aspetto è invocato come soluzione ai problemi etici. In realtà è un elemento importante e di cui tenere conto. Sono almeno tre le implicazioni che la Volontà del paziente porta con sé in una disquisizione etica: la prima è che, quando possibile, dovrebbe essere sempre raccolta dal paziente adeguatamente informato, anche per ottemperare all'obbligo deontologico di non fare nulla al paziente di ciò di cui non abbia dato il consenso ma questo non è quasi mai realizzabile in urgenza e lo stato di necessità ovviamente predomina.

La seconda è che la volontà del paziente va contestualizzata cioè occorre essere certissimi che ciò che il paziente aveva dichiarato prima di sentirsi male in merito alla sua accettazione eventuale di cure intensive corrisponda certamente alla concretezza attuale volontà della situazione in atto. La letteratura non aiuta molto a far luce in questo né la ricerca sull'utilità di surrogati (cioè parenti) chiamati ad interpretare la volontà attuale di un paziente non in grado di esprimerla sembra dimostrarsi utile perché il surrogato è scarsamente attendibile come tale.

La terza è rappresentata dalle motivazioni etiche del medico stesso: siamo tenuti a difendere la vita e a non omettere il soccorso. E' vero che non possiamo fare nulla al paziente di cui non abbiamo autorizzazione ma è anche vero che lo stesso paziente non ha piena e totale sovranità sul suo corpo e sulla sua vita.

SI PUO' FARE SINTESI?

La sintesi migliore probabilmente consiste nel fatto che di fronte ad un caso complesso , che coinvolga vari aspetti clinici e tecnologici il discernimento dell'appropriatezza di una terapia o meno debba il meno possibile fidarsi del proprio intuito clinico o di quello dei "colleghi più esperti" ma (utilizzando anche questo contributo) fondarsi con dati il più possibile oggettivi. E' questo il momento del ragionamento clinico che dovrà essere il più possibile aggiornato sia dal punto di vista teorico generale (ecco l'uso dei colleghi esperti, non tanto cioè per sapere "cosa farebbero loro" ma per sapere "cosa sanno di")...

Il secondo momento è il riconfronto con la realtà e quindi con le aspettative del paziente e dei parenti: in tanti vissuti apparentemente carichi di conflitti etici in realtà emergono fortissimi difetti di comunicazione, magari nati da visite precedenti, che hanno generato generano aspettative false oppure a volte ci si trova di fronte al rifiuto della patologia in atto e dell'evento morte come fatto atteso .

In uno sguardo verso il futuro, davanti ad ipotesi sperimentali nuove si potrebbe anche, caso per caso, sperimentare un trattamento innovativo purchè non vi sia alcuna alternativa per il paziente e purchè esista un chiaro consenso dei familiari.

L'APPROCCIO BIOETICISTA SECONDO LA DEFINIZIONE DI BIOETICA . CHI PUO' FARE BIOETICA?

Piu' che un vero esperto di bioetica occorre fare esperienza di bioetica, cioè cimentarsi nelle regole della disciplina , fare memoria dei casi avuti e raccogliere le doumentazioni sui casi eclatanti, quelli da cronaca perchè spesso nella loro apparente eccezionalità raccolgono invece la sintesi quotidiana di ciò che ci passa per il corpo e per l'anima, esprimono cioè il sunto del nostro modo di agire.

IL CONCETTO DI DUBBIO RAGIONEVOLE.

Il medico che si trovi di fronte a dati oggettivi che identificano una situazione di aspettativa dell'evento terminale come naturale conclusione della storia del paziente e ad una verosimile improbabile ripresa per la povertà delle condizioni cliniche del paziente stesso che ha subito un arresto cardiaco, oltremodo aggravato da un intervento tardivo , superiore agli otto minuti dall'evento stesso può , a mio avviso, porre l'opzione del DUBBIO RAGIONEVOLE che quella condizione sia effettivamente terminale e che ci si possa ASTENERE o si POSSANO SOSPENDERE manovre rianimatorie eventualmente intraprese. Vale sempre al riguardo della VALUTAZIONE OGGETTIVA, un AGGIORNAMENTO ADEGUATO delle reali aspettative di vita nella situazione patologica di fronte alla quale ci si trova e MOLTO MENO L'INTUITO PERSONALE, fuoriero di errori.

Questa riflessione che in qualche modo sembra limitare l'apporto della volontà del paziente, di cui va comunque tenuto conto, si basa su una fondazione "personalistica" della Bioetica che trova riscontro anche nell'impostazione Ippocratica dell'agire medico laddove si ribadisce che il medico agisce per la difesa della vita e per la ricerca del bene della persona. E' importante riaffermare che la concezione della vita, sottolineata anche dalla riflessione cristiana, è di tipo esteso cioè intende tutta la vita dal suo inizio alla sua naturale fine e quindi coinvolge anche la morte.

E' un'impostazione aperta anche ad un significato trascendente dell'uomo inteso sia in senso religioso ma anche in senso di complesso di valori metafisici di fronte ai quali tutti gli uomini si possono riconoscere. Diventa integrazione dei principi di beneficiabilità, autonomia e giustizia laddove questi non siano intesi fra loro in collisione, come spesso accade nella bioetica di stampo anglosassone dove non c'è gerarchia fra i principi, ma quando si fondano sul bene integrale della persona. L'impegno che come sanitari ci viene richiesto non è, a mio avviso, di trovare volta per volta vie di fga da dei problemi rafforzando ora l'autonomia del paziente, ora la mancanza di posti letto (principio di giustizia?), ora l'evitare delle sofferenze ulteriori al malato...ma dobbiamo tenere il più possibile una linea di fondo unica che è il bene integrale della persona.

LE CATEGORIE MORALI DELLA FUTILITA' E DELLA PROPORZIONALITA' TERAPEUTICA.

LE DEFINIZIONI DI PAPA PIO XII.

I concetti di futilità e proporzionalità terapeutica più che espressioni cliniche sono vere e proprie categorie morali, cioè ragionamenti deduttivi applicati a situazioni cliniche volte a valutare la portata morale del fare o non fare una certa azione in situazioni particolari. L'uso che se ne fa spesso come di un sinonimo clinico per definire l'appropriatezza di una cura o per definire la sospensione della cura stessa è in qualche modo sbagliato e riduttivo. Infatti la proporzionalità non indica solamente se sia appropriato o no fare un intervento per rispondere a una data esigenza clinica ma valuta l'azione nella globalità della vita della persona, quindi si riferisce più ad un processo di cure che ad un intervento specifico, e coinvolge anche l'onerosità delle cure non solo dal punto di vista economico ma dal punto di vista della onerosità umana del paziente e dei suoi congiunti. Il coinvolgimento dei congiunti non è valutato come sostituzione alla decisione da prendere (se rianimare o no quel paziente, per esempio) ma quanto di carico di sofferenza anche dei parenti.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA;
- 2) ELIO SGRECCIA: "Manuale di Bioetica" Vita e Pensiero 1988.
- 3) S. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE: "Dichiarazione sull'Eutanasia" 1980.
- 4) REICH: "Encyclopedia of Bioethics " 1978.
- 5) MAZZON D. et Al." Vari articoli sulla Futilità e sull'appropriatezza in MONITOR 2000-2002.