

Convegno AISACE, Pordenone 2004

“Etica della RCP nell’anziano” Relatore dr. Pierpaolo Casalini

L’età avanzata rappresenta un paradigma etico per quanto riguarda le terapie invasive e le manovre di rianimazione. Infatti la corretta applicazione del principio di beneficenza (fare il bene del paziente; evitare di fare il male) applicata alla rianimazione cardiopolmonare suscita conflitti etici soprattutto a posteriori quando ci si accorge che il risultato della rianimazione cardiopolmonare non è stata la prevenzione di una morte evitabile ma il prolungamento di una agonia che si concluderà nella maggior parte dei casi con la morte del paziente.

In molti casi infatti la rianimazione cardiopolmonare non è semplicemente la applicazione corretta di una metodologia di salvataggio ma rappresenta un anello di una catena terapeutica che, inarrestabile, si esercita sul paziente.

Il cammino terapeutico del paziente scivola così facilmente sull’Accanimento terapeutico, espresso molto chiaramente dal codice deontologico come inutile ostinazione di terapie ed accertamenti diagnostici da cui non ci si può più attendere un ragionevole beneficio per il paziente . L’Accanimento è avversato dalla deontologia ma anche da tutte le istituzioni di pensiero etico come ad esempio la Chiesa Cattolica a partire dalle proposizioni di Pio XII, di Paolo VI e di Giovanni Paolo II nella Enciclica *Evangelium Vitae*.

D’altra parte non applicare una metodologia salvavita in una situazione potenzialmente reversibile, come la morte cardiaca prevenibile , configura un atto di eutanasia passiva che eticamente ha lo stesso significato di una eutanasia attiva deliberata, perché esprime l’ intenzionalità di procurare la morte del paziente.

La riflessione etica può aggiungere elementi di approfondimento per orientare la terapia o la astensione dalla stessa in un percorso finalizzato alla ricerca del bene del paziente, obiettivo principale dell’esercizio della Medicina.

Seguendo gli approfondimenti di Tommaso e Pellegrino si possono individuare tre ambiti di riflessione e di decisionalità nel processo terapeutico di un paziente :

-l’ambito dell’efficacia clinica, di cui è competente il medico;

-l’ambito del beneficio come sentito dal paziente, di cui lui ed eventualmente i suoi parenti, sono competenti;

-l’ambito della valutazione dei costi economici e sociali, di cui entrambi, medico e paziente , sono competenti con apporti diversi.

L’efficacia clinica è il campo di approfondimento prettamente medico che è competente sull’efficacia del trattamento e può e deve rifiutare un trattamento ritenuto inutile per non generare un accanimento terapeutico. Si possono però fare errori di valutazione specialmente nell’anziano perché le notizie anamnestiche acquisite possono essere insufficienti, per inadeguatezza delle valutazioni prognostiche oggettive come le scale di punteggio prognostiche, o per altri motivi. Solo in presenza certa di questi dati un medico può ragionevolmente concludere circa la futilità delle terapie e anche sospendere o soprassedere alla rianimazione

cardiopulmonare accettando l'evento morte come ineluttabile e rifiutando una distanasia. Ovviamente spesso il dubbio non può che essere ragionevole e va soppesato con prudenza e moderazione. Il ritardare la sospensione delle terapie vitali (anche la rianimazione cardiopolmonare) quando si trova di fronte a parenti totalmente impreparati all'evento non è mai una procedura raccomandabile perché è menzognera mentre va rinforzata la presenza e lo spirito di compassione verso i familiari cercando e trovando volta per volta l'accompagnamento al decesso del congiunto.

Nell'ambito del beneficio del paziente la sfera dei valori in gioco è reputabile solo dal paziente (e dai suoi parenti come referenti). Solo il paziente nella sua autonomia può valutare, se bene informato preventivamente, se quella terapia sarà per lui di beneficio o sarà sentita troppo invasiva. Come sanitari occorre qui prendere decisamente un'opzione terapeutica, cioè confermare il nostro ruolo di difesa della vita e del benessere del paziente. Infatti la valutazione della "qualità" di vita come superficialmente intesa oggi nel mondo occidentale non è a nostra discrezione ma eventualmente solo del paziente. Essendo un valore non è quantificabile. Occorre anche ricordare che spesso nella cultura occidentale si sta facendo strada l'abitudine a considerare la situazione di sofferenza futura , cioè che deve ancora arrivare, come inaccettabile: l'inizio di una patologia cronica, verosimilmente invalidante e foriera di sofferenza futura per molti è già sinonimo di qualità di vita inaccettabile. L'opzione terapeutica di cui ci facciamo carico come sanitari deve contribuire a fugare questa discutibile concezione perché in questo modo distruggeremmo qualunque speranza di guarigione o comunque di cura delle malattie. A fronte di questa concezione qualche anziano potrebbe ritenere perfino inutile vivere l'anzianità perché ritenuta vita di "scarsa qualità" e occorre discernere in caso di soccorso un'eventuale richiesta di non intervento semplicemente perché da effettuare su una persona anziana. Infatti non esistono studi che dimostrino l'inefficacia di trattamenti rianimatori su anziani perché solamente anziani. Ben diverso è invece il risultato della RCP su anziani che siano anche portatori di patologie come dimostrano svariati studi sulla rianimazione cardiopolmonare intraospedaliera.

In merito invece all'ultimo ambito, quello dei costi economici e sociali occorre specificare che questa può rappresentare un'opzione etica di alto valore sociale purchè scelta liberamente sia dal medico che dal paziente e che si identifica nella eventuale rinuncia da terapie considerate costose e di non ancora dimostrata efficacia a fronte di un risparmio caritatevole per altre categorie di persone. Un paziente potrebbe rifiutare delle cure, anche probabilmente la rianimazione cardiopolmonare , a fronte di una patologia grave , inguaribile anche se non giunta sicuramente alla fase finale. Ovviamente anche il medico può porre la sua parte nella costruzione di una decisione ma occorre specificare il ruolo caritatevole di una eventuale rinuncia che comunque non potrà configurare mai un abbandono terapeutico né la sospensione di cure ordinarie, sempre dovute.

A conclusione di questo breve inquadramento si può concludere che la decisione eventuale di non rianimare un anziano può essere presa a volte dal medico curante,

possibilmente mai da solo ma come decisione di equipe, a fronte di evidente inefficacia della terapia proposta; dal paziente a fronte di una considerazione del beneficio come inteso dal paziente; dal medico e dal paziente in una valutazione oggettiva di costi e valori da mettere in campo.

A nessuno deve essere limitata la cura ordinaria la cui espressione non è tanto clinica ma morale e intesa come il complesso di tutte quelle cure ritenute efficaci, non inadeguate o futili per quel paziente mentre non si è moralmente tenuti ad offrire cure straordinarie, sempre nell'accezione morale salvo per il tempo strettamente necessario a consentire l'umana comprensione dell'evento da parte dei famigliari o a compiere i riti religiosi richiesti dal paziente o dai famigliari.

Occorre sul versante clinico elaborare percorsi di accompagnamento (e non tanto di cura) per queste situazioni e aggiornare con precisione il complesso di notizie cliniche che possono oggettivamente aiutare a comprendere sul caso singolo l'efficacia o l'inefficacia delle cure proposte compresa la rianimazione cardipolmonare sul caso singolo.