

da NEGRI NEWS 138 MENSILE DELL'ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI

www.marionegri.it

TERAPIE INTENSIVE

Il GiViTI

Talvolta è appropriato desistere
dr.ssa ISABELLA BORDOGNA

Limitare le cure intensive nella fase terminale della vita non ha nulla a che vedere con l'eutanasia: è il messaggio forte e chiaro che il Comitato Scientifico del GiViTI (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva) vuole trasmettere. Desistenza terapeutica, rinuncia all'accanimento terapeutico e cure palliative sono atti medici importanti, dovuti al paziente, da non confondere con l'eutanasia. I risultati di una ricerca francese e una americana.

Negli ultimi 30 anni il progresso tecnoscientifico ha fornito al medico di Terapia Intensiva (TI) nuove possibilità di intervento sui pazienti in condizioni critiche, come l'abolizione della coscienza mediante sedazioni prolungate o la sostituzione di funzioni vitali come la respirazione e la pompa cardiaca, oppure la possibilità di diagnosticare la morte con criteri neurologici, rendendo così possibile il trapianto di organi. Queste nuove possibilità pongono il delicato problema di quando sia opportuno porre dei limiti alle cure intensive.

Il dibattito attorno a questo tema è oggi molto acceso, anche perché gli enormi successi della TI hanno alimentato nell'opinione pubblica una fiducia nella pratica delle TI che spesso va oltre le possibilità concrete di intervento.

Ne abbiamo parlato con alcuni esponenti del Comitato Scientifico del GiViTI (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva).

Differenza sostanziale

Guido Bertolini - epidemiologo dell'Istituto Mario Negri e responsabile del Centro di Coordinamento GiViTI - sottolinea la differenza sostanziale tra i diversi tipi di pratica: "La desistenza terapeutica, la rinuncia all'accanimento terapeutico e il prodigarsi nelle cure palliative sono atti medici importanti e dovuti al paziente.

Il pubblico non dovrebbe essere portato a confondere tali termini con l'eutanasia.

Far ricadere, come è accaduto di recente sulla stampa, sotto il termine di eutanasia tutte le modalità non naturali di morire e confondere l'eutanasia con la desistenza terapeutica o la limitazione di trattamenti nei malati in fase terminale, è inappropriato e genera confusione in un terreno già ricco di implicazioni emotive, morali, etiche, sociali e giuridiche.

Per eutanasia si deve intendere esclusivamente la soppressione intenzionale della vita di un paziente. Nulla a che vedere quindi con quello che può avvenire in TI".

In che cosa consiste la desistenza terapeutica?

Secondo Davide Mazzon - coordinatore della Commissione di Bioetica della SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione Terapia Intensiva), direttore del Reparto di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale di Belluno e membro del GiViTI: "La finalità dei trattamenti effettuati in TI è quella di sostenere temporaneamente le funzioni vitali, soprattutto quella respiratoria e quella cardiocircolatoria, di un organismo gravemente malato.

L'obiettivo è guadagnare tempo, mentre si cerca di curare la malattia di base. Nella pratica però può accadere che quest'ultima non sia più curabile e ciò rende la sostituzione delle funzioni vitali progressivamente inefficace, fino a constatare il sicuro insuccesso dei trattamenti in atto. Quando ciò accade, diviene addirittura doveroso desistere da quei trattamenti che hanno come unica conseguenza un penoso e inutile prolungamento dell'agonia del malato giunto alla fase terminale.

Ultime fasi

Porre limiti ai trattamenti intensivi nei pazienti senza alcuna speranza di sopravvivenza è in linea con i più autorevoli documenti in materia, sia del Comitato Nazionale di Bioetica, sia delle Società Scientifiche, nonché con il Codice di deontologia medica. In questo senso, è frutto di ignoranza o di superficialità porre sullo stesso piano l'eutanasia e la desistenza terapeutica, che è praticata sia nelle TI che al di fuori di esse, quando non vi siano prospettive di successo delle terapie fornite al paziente.

Questa confusione concettuale e terminologica porta addirittura alcuni medici italiani a considerare impropriamente la desistenza da cure "inappropriate per eccesso", poiché prolungano solo l'agonia, come un atto di eutanasia. Basterebbe invece pensare alla differenza tra l'intento di "lasciar morire" un paziente in fase agonica, senza travolgerlo con trattamenti di nessuna utilità per lui, e quello di agire per "dargli la morte", che è invece da intendersi come eutanasia in senso stretto.

Non è superfluo ricordare, comunque, che nell'attuare la desistenza terapeutica i medici non abbandonano mai il paziente e si impegnano anzi ad alleviarne le sofferenze attraverso la pratica delle cure palliative, mirate a controllare il dolore e l'ansia che il paziente può accusare nelle ultime fasi della vita".

Ma è possibile stabilire con certezza quando un paziente si trova in fase terminale?

Secondo Mazzon "Le TI ricoverano oggi sempre più spesso pazienti molto anziani, affetti da patologie croniche riacutizzate o da patologie acute che insorgono nel contesto di patologie croniche.

Si tratta di individui magari non al loro primo ricovero in TI, che a ogni ricovero successivo risultano sempre più gravi e meno rianimabili.

Processo lento

La morte in questi casi non è mai un evento imprevisto, improvviso o di brevedurata. È semmai un processo lento, progressivo e prevedibile, ed è quindi molto facile identificare queste situazioni".

Sono circostanze, come afferma Mazzon, in cui la medicina intensiva è talvolta in grado di prolungare per un breve periodo, ore o giorni, il processo della morte, senza alcun beneficio per il paziente.

Guido Bertolini illustra che cosa avviene a questo proposito negli altri Paesi "Sono state recentemente pubblicate su riviste scientifiche internazionali - afferma - due importanti ricerche, una francese e una americana.

Si tratta in entrambi i casi di indagini basate sull'analisi di diverse migliaia di pazienti reali e non su pratiche riferite.

Volendo riportare un solo dato, dalla ricerca statunitense è emerso che il 74% dei decessi in TI sono stati preceduti da una decisione di desistenza terapeutica, mentre la stessa percentuale in Francia si è attestata al 53%.

Questi numeri ci fanno capire bene come la modalità del morire in TI non possa essere considerata diversa da ciò che avviene nella maggior parte degli altri reparti ospedalieri, in cui di fronte a un malato terminale affetto da una patologia inguaribile ci si dovrebbe astenere da ogni forma di accanimento terapeutico.

Non comprendere questa analogia porta ad assumere posizioni che possono solo generare confusioni e aumentare le sofferenze. Vorrei comunque ricordare che i progressi scientifici in questo ambito sono stati davvero straordinari e hanno consentito, per quanto riguarda l'Italia, di ridurre la mortalità in TI negli ultimi 8 anni di più del 17%, a parità di gravità dei pazienti. Di fatto, oggi meno del 19% dei pazienti ammessi in TI decede.

Questo è davvero un dato importante, se pensiamo che si tratta, nella stragrande maggioranza dei casi, di pazienti che avrebbero altrimenti avuto poche speranze di sopravvivenza".

Il GiViTI (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva) è stato fondato nel 1991 da alcuni esperti di rianimazione e terapia intensiva (TI)

riunitisi presso l'IRFMN Milano per promuovere e realizzare progetti di ricerca in quest'ambito.

Al GiViTI, coordinato presso l'IRFMN Bergamo, aderiscono oggi 210 reparti di TI (circa la metà di quelli esistenti in Italia).

Obiettivi: aumentare e migliorare le conoscenze disponibili per l'assistenza del malato in condizioni critiche, valutare e migliorare la qualità dell'assistenza erogata dalle TI aderenti.

Ad oggi il GiViTI ha realizzato 15 progetti di ricerca, ha editato 2 volumi e prodotto più di 30 articoli scientifici.

