

Accanimento diagnostico e cure palliative: l'esperienza di un hospice

Adelaide Conti¹, Paola Delbon¹, Giovanni Zaninetta²

¹Centro di Studio e di Ricerca di Bioetica - Cattedra di Medicina Legale - Università degli Studi di Brescia

²Unità Operativa Cure Palliative, Hospice Domus Salutis, Brescia

Corrispondenza a:

Paola Delbon

e-mail: bioetica@med.unibs.it

Riassunto

Gli Autori propongono una riflessione in merito all'accanimento diagnostico, in particolare in riferimento ai problemi etici e deontologici nella pratica clinica in un reparto di Cure Palliative. Con il termine "accanimento diagnostico" si intende un'ostinazione intensa e tenace nel porre una diagnosi eziologica precisa e puntuale, nonché l'effettuazione di indagini strumentali e di laboratorio su pazienti con aspettativa di vita limitata, con uno scopo meramente "scientifico", senza finalità terapeutiche specifiche e neppure di miglioramento della loro qualità di vita. Attraverso l'analisi delle cartelle relative ai pazienti ricoverati in un anno nel reparto di Cure Continuative di un hospice, si propone quindi una riflessione etica sul "limite" diagnostico oltre che di cura.

Parole chiave: paziente terminale, accanimento diagnostico, esami di laboratorio e strumentali.

Summary

The authors reflect on diagnostic obstinacy, and in particular they pay attention to ethical and deontological questions in clinical practice in a Palliative Care Unit of a Hospice. Diagnostic obstinacy can be defined as an intense and strong obstinacy to lead to an exact diagnosis and to make medical examinations like blood tests and X-ray imaging, with only a scientific purpose, neither to cure, nor to improve the quality of life. After examining the medical records of patients admitted to the Palliative Care Unit of a Hospice during a year, the authors reflect on ethical problems associated with diagnostic - and not only therapeutic - limit.

Key words: terminally ill patient, therapeutic obstinacy, pharmacological therapy.

INTRODUZIONE

Il Codice di deontologia medica (CDM), approvato dal Consiglio Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in data 30 ottobre 1998, evidenzia la necessità che l'attività del medico, in particolare in riferimento alla fase terminale della malattia, sia orientata alla cura globale della persona, ovvero alla tutela della salute con riguardo anche alla componente psicologica e sociale, con particolare attenzione alla promozione o alla salvaguardia della qualità di vita. L'art. 3 (Doveri del medico) stabilisce genericamente che è dovere del medico "la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto

della libertà e della dignità della persona umana [...]"; più specificamente gli articoli 37 (Assistenza al malato inguaribile) e 14 (Accanimento diagnostico-terapeutico) stabiliscono rispettivamente che "in caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti con opportuna tutela, per quanto possibile, della qualità di vita" e che "il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa, fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita".

Ciò comporta, da un lato, l'astensione da ogni forma di accanimento terapeutico, ovvero la sottoposizione "a terapie importanti (operazioni chirurgiche, terapie di rianimazione, somministrazione di farmaci eccetera) che comportano sofferenza e isolamento dei pazienti prossimi alla fine con lo scopo di prolungare la vita in modo forzato e macchinoso, e solo per breve tempo"⁽¹⁾ e, dall'altro, l'astensione da ogni forma di accanimento diagnostico.

Un eccesso diagnostico potrebbe ravvisarsi per esempio nella prescrizione di un esame radiografico invasivo al fine di operare una diagnosi fine della sede della lesione, nella consapevolezza che non se ne ricaveranno in alcun modo indicazioni per un miglioramento della terapia⁽²⁾.

La notevole sofisticazione dei moderni mezzi diagnostici giustifica la particolare attenzione richiesta al medico nel non eccedere sul malato se il risultato può essere ragionevolmente ottenuto con metodi non eccessivi e dunque non fonte di una inutile sofferenza⁽³⁾.

In tal senso dunque, un impegno medico esasperato e non finalizzato a procurare un beneficio al paziente, sia a fine terapeutico sia in ordine a un miglioramento della qualità di vita, ovvero il ricorso a interventi inadeguati per eccesso al risultato concretamente prospettabile, configura accanimento diagnostico-terapeutico.

MATERIALI E METODI

La casistica riguarda 497 ricoveri effettuati presso l'Unità Operativa di Cure Palliative di un hospice nel corso del 2004. La ricerca, retrospettiva, si è svolta attraverso la consultazione delle cartelle cliniche relative ai ricoveri effettuati nel corso del 2004 (tabella 1).

Tabella 1. Numero ricoveri/Numero esami	
	N.
Ricoveri	
Uomini	263
Donne	234
Totale	497
Età media 69 anni	
Età mediana 70 anni	
ESAMI DI LABORATORIO	8.292
ESAMI RADIOGRAFICI	44
ESAMI ECOGRAFICI	12

Nel corso del 2004 i pazienti ricoverati nell'hospice sono stati complessivamente sottoposti a 8.292 esami di laboratorio (esami del sangue e delle urine), mediamente circa 22,27 esami al giorno (Grafico 1).

Il numero degli esami eseguiti riguarda evidentemente la specifica modalità di approccio clinico delle cure palliative e, marginalmente, un'analisi dei costi diagnostici in un hospice; più rilevante invece dal punto di vista etico è l'aspetto riguardante i prelievi ematici, che rappresentano invece una reale, sebbene spesso sottovalutata, forma di invasività per questi pazienti, caratterizzati da difficili accessi venosi e, soprattutto, da una crescente intolleranza a qualsiasi intervento percepito come futile.

In particolare, i pazienti ricoverati sono stati sottoposti alle indagini di routine previste all'ingresso della struttura sanitaria in 363 casi; in 80 casi sono stati sottoposti due volte a prelievi ematici, e solo in 44 casi (8,85% dei ricoveri) si è fatto ricorso per più di due volte a tali accertamenti. Per i restanti 10 ricoveri, rispetto ai quali non risulta l'effettuazione di dette indagini, sono stati utilizzati esami ematici precedentemente eseguiti e allegati dai pazienti (Grafico 2).

Per quanto riguarda gli esami strumentali, in 44 casi (8,85% dei ricoveri), mai più di un esame per paziente, si è fatto ricorso a esami radiografici, senza somministrazione di mezzo di contrasto (Grafico 3); in 12 casi (2,4% dei ricoveri), mai più di un esame per paziente, a esami ecografici (Grafico 4). In nessun caso si è operata una scelta di esclusione o inclusione rispetto all'età per quanto riguarda sia gli esami ematochimici sia radiologici ed ecografici.

DISCUSSIONE

I progressi scientifici e tecnologici in campo biomedico hanno determinato una forte medicalizzazione della vita e, con particolare riferimento alla sua fase finale, un'estensione delle opzioni terapeutiche assistenziali che rende ancor più complessi i processi decisionali relativi ai malati terminali e ai morenti: "di ciò bisogna tener conto, acquisendo le attitudini essenziali a meglio orientare l'operato verso criteri che possano davvero favorire la qualità della vita residua di un paziente"⁽⁴⁾.

Fondamentale sarà dunque "una modulazione delle scelte da compiere, rispetto a un determinato paziente, secondo i principi [...] della salvaguardia per la qualità della vita e del

Grafico 1. Tipologia esami di laboratorio effettuati

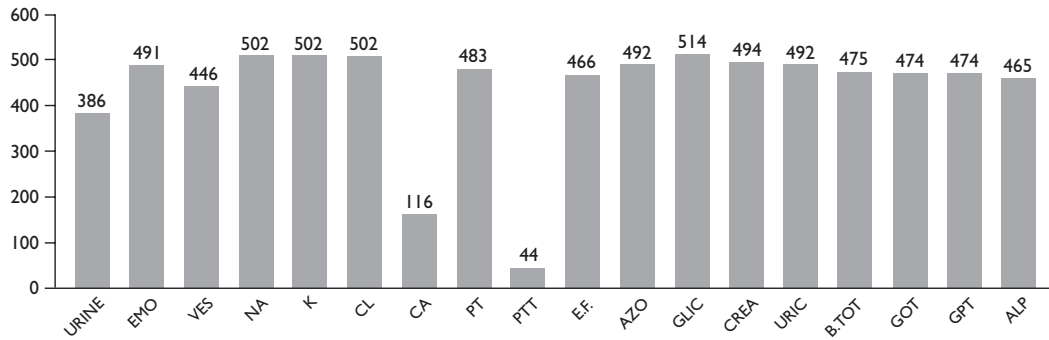


Grafico 2. Frequenza prelievi ematici

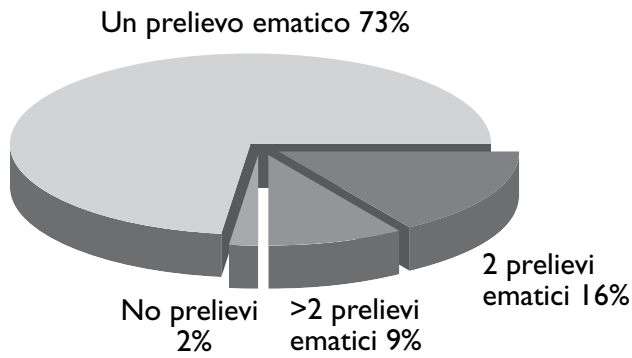


Grafico 3. Frequenza esami radiografici

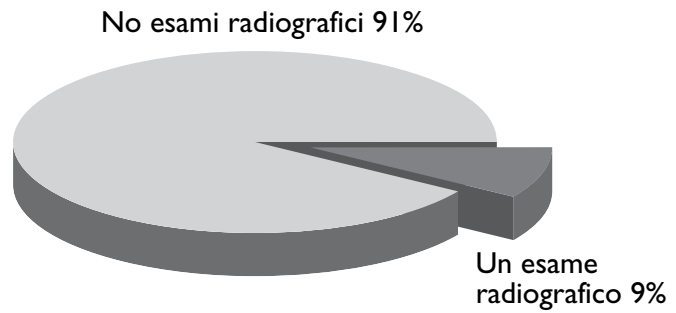
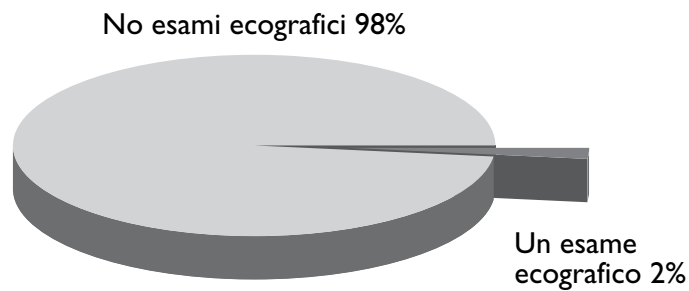


Grafico 4. Frequenza esami ecografici



rispetto del diritto di non soffrire⁽⁵⁾. I dati raccolti mostrano la tendenza a sottoporre il paziente con aspettativa di vita limitata al minor numero possibile di interventi diagnostici; tale tendenza a una riduzione al minimo dell'invasività, soprattutto nei confronti di pazienti oncologici terminali emerge, come visto, oltre che dai dati complessivi relativi agli esami di laboratorio e strumentali effettuati nell'anno 2004 nell'hospice esaminato, anche dalla frequenza nel ricorso a tali indagini per ogni singolo paziente. L'atteggiamento dei medici dell'hospice apparirebbe dunque conforme a quei principi etici e deontologici alla base dell'esercizio della professione sanitaria che impongono lo svolgimento dell'attività di cura nei confronti del paziente nel senso della continuità e dunque in opposizione a ogni possibile forma di abbandono assistenziale, ma al contempo contro ogni forma di ostinazione diagnostica e terapeutica.

Poiché le cure palliative possono definirsi come le cure "attive, totali, effettuate sulle persone affette da un male inguaribile, in cui le cure specifiche per la malattia non hanno alcuna risposta. Il loro obiettivo è quello di non prolungare la vita, ma di migliorarne la qualità"⁽⁷⁾, l'individuazione della "giusta misura", anche in ambito diagnostico, ovvero la definizione di precisi criteri, al fine di evitare gli eccessi, può essere agevolata dal riferimento a questi principi ispiratori che collegano l'eticità di un intervento nei confronti del malato terminale con la sua "idoneità a garantire al malato il più alto grado di qualità della vita, compatibilmente con la gravità della patologia di cui è affetto"⁽⁶⁾. L'eccesso che dà luogo all'accanimento deve essere dunque, in ogni caso, considerato in contrasto con i principi delle cure palliative le quali tuttavia devono rifuggire con altrettanta attenzione dal cosiddetto "accanimento palliativo", la tendenza cioè a rinunciare prematuramente a quegli accertamenti diagnostici e a quelle terapie appropriate che potrebbero prolungare significativamente la vita o, quanto meno, migliorarne ulteriormente la qualità residua. Il raggiungimento dell'equilibrio tra le necessità diagnostiche, le opzioni terapeutiche e gli obiettivi realistici a cui tendere è uno dei compiti cruciali ma inderogabili a cui è chiamata la medicina palliativa per poter garantire a ogni persona prossima alla morte il trattamento eticamente e clinicamente più corretto.

Bibliografia

1. Aramini M. *Introduzione alla bioetica*. Milano: Giuffrè, 2003: 404.
2. Cattorini P. *Bioetica: Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*. Milano: Masson, 1996: 54.
3. Introna F, Colafigli A, Tantalò M. *Il codice di deontologia medica*. Milano: Giuffrè, 1996: 51.
4. Comitato Etico Fondazione Floriani. *Alla fine della vita. Casi e questioni etiche*. Milano: Ed. Guerini e Associati, 2002: 83-4.
5. Cendon P. *I malati terminali e i loro diritti*. Milano: Giuffrè, 2003: 63.
6. Borsellino P. *Bioetica tra autonomia e diritto*. Milano: Zadig, 1999: 176-77.
7. Ventafridda V. *Di fronte alla richiesta di legalizzare l'eutanasia: considerazioni di un clinico*, in Viafora C. (a cura di). *Quando morire? Bioetica e diritto nel dibattito sull'eutanasia*. Padova: Gregoriana Libreria Editrice, 1996: 254.