

## L'AREA CRITICA TRA DIFENSIVISMO ED ETICA DELLA DESISTENZA

PIER PAOLO DONADIO

## MEDICINA DIFENSIVA

- **NEGATIVA:** rifiuto di prendere in carico pazienti o di eseguire procedure ritenute troppo complesse o troppo rischiose...
- **POSITIVA:** esecuzione di esami, procedure diagnostiche, visite, ricoveri e prescrizione di farmaci inutili....
- **ALLO SCOPO DI RIDURRE LA PROPRIA ESPOSIZIONE A UN GIUDIZIO DI RESPONSABILITA'**

Pier Paolo Donadio 2011

## IN ITALIA

- **LA MEDICINA DIFENSIVA "NEGATIVA"**
- è sempre esistita, anche se una volta non si chiamava così.
- è l'atteggiamento di chi, di fronte a possibili "grane" di qualsiasi genere preferisce defilarsi.
- non riguarda solo le problematiche giudiziarie, ma anche quelle cliniche, psicologiche, relazionali ecc.

Pier Paolo Donadio 2011

## IN ITALIA

- **LA MEDICINA DIFENSIVA "POSITIVA"**
- rappresenta un fenomeno in espansione
- ha conseguenze relevantissime sui costi della sanità
- come pure sui tempi di attesa dei pazienti per ottenere le prestazioni

Pier Paolo Donadio 2011

## IN AMBITO GENERALE

- In ambito generale può sembrare soltanto un «malcostume» che riguarda l'**allocazione delle risorse finanziarie e strutturali...**
- ...che indica un deterioramento del rapporto medico-paziente, con il prevalere della sfiducia da parte dell'uno e del sospetto da parte dell'altro...
- ...e che provoca «sprechi»

Pier Paolo Donadio 2011

## SPRECHI

- **11,8 % della spesa sanitaria**
- **13 miliardi di euro/anno**
- forse mai come in queste ultime settimane siamo stati sensibilizzati al problema ma.....
- .... la salute non è la cosa più importante? ci sono i costi della politica, le spese militari, l'evasione fiscale, perché tagliare proprio sui miei esami del sangue, sulla mia ecografia, sulla mia risonanza?

Pier Paolo Donadio 2011

## MALINTESI

- il paziente non può riconoscere una intenzione «difensiva» dietro la prescrizione sanitaria
- ma la percepisce come atto di attenzione, diligenza, interesse per lui
- la gratuità della prestazione rende la sua erogazione bene accetta e la sua negazione un atto di pura «cattiveria» (*ma che ti costa?*)

Pier Paolo Donadio 2011

## MA ALLA FIN FINE SON SOLO SOLDI

- in ambito generale si potrebbe concludere così
- meglio qualche spesa in più che tranquillizza il paziente e rassicura il medico
- basta che ciò che si prescrive non sia nocivo e avremo più prevenzione, più salute....
- ed anche meno contenziosi, così recuperando una parte della spesa

Pier Paolo Donadio 2011

## Ma è davvero così?

## NON SONO SOLO SOLDI

- c'è sicuramente un problema di allocazione delle risorse **finanziarie**
- ma c'è un uguale problema di allocazione delle risorse **strutturali**
- che si traduce in tempi di attesa allungati anche a danno di chi ha reale necessità, in letti che mancano, in personale insufficiente.....
- *Le risorse, anche se abbondanti, sono limitate per definizione: ciò che è qui non può essere lì*

Pier Paolo Donadio 2011

## IN AREA CRITICA

- c'è sicuramente un problema di allocazione delle risorse **finanziarie e strutturali**
- ma c'è un ben maggiore problema che tocca le questioni **etiche del fine vita**
- nel quale la **medicina difensiva gioca un ruolo fondamentale**, se pure quasi sempre sottaciuto o quanto meno minimizzato....

Pier Paolo Donadio 2011

## IL VERO PROBLEMA

- In area critica, dove già si fa **«di tutto e di più»**, il difensivismo si traduce in **ACCANIMENTO** (overtreatment, futility)

Pier Paolo Donadio 2011

## AREA CRITICA

- reparti di terapia intensiva
  - ad alta tecnologia e costo
  - dove attraverso manovre, macchine, sorveglianza intensiva e terapie complesse...
  - ...si mantengono le funzioni vitali che, se non controllate e sostenute, potrebbero provocare la morte
- pronto soccorso, ambulanze di rianimazione, sistema 118

Pier Paolo Donadio 2011



## DIFFICOLTA'

- I pazienti sono gravi, in pericolo di vita, non coscienti perché in coma o perché sedati
- L'alleanza terapeutica è possibile soltanto «a posteriori»
- Sono necessari molti consulenti

Pier Paolo Donadio 2011

## PAZIENTI NON COSCIENTI E IN PERICOLO DI VITA

- Poiché i pazienti non sono coscienti, ci si relaziona con i famigliari, sapendo che, in caso di insuccesso, saranno eventualmente loro, i congiunti, ad avviare azioni di rivalsa.
- Qualsiasi atteggiamento di perplessità o di negazione nei famigliari (*«ma come mai?»*) rischia di **scatenare il difensivismo** soprattutto nei medici meno capaci di dialogo e di coraggio

Pier Paolo Donadio 2011

## ALLEANZA TERAPEUTICA IN AREA CRITICA?

- mentre un medico lo si sceglie si dice *«sono andato dal (mio) medico»*
- e si sceglie anche un chirurgo, o quanto meno un ospedale e un reparto dove farsi operare e si dice *«mi sono fatto ricoverare, operare»*
- l'area critica non la si sceglie e non a caso si dice *«sono finito in rianimazione»* o *«l'hanno portato in terapia intensiva»*

Pier Paolo Donadio 2011

## DOMANDE INEVITABILI

- è quindi naturale che la relazione inizi con dei reciproci interrogativi.
- *«saranno bravi questi medici, sarà buono questo reparto?»*
- *«che tipo di parenti ha questo paziente, si renderanno conto della sua gravità?»*
- **L'ALLEANZA TERAPEUTICA E' TUTTA DA COSTRUIRE**

Pier Paolo Donadio 2011

## L'ONERE DELL'ALLEANZA

- l'onere della costruzione di questa alleanza è **tutto del medico e del reparto**
- ed occorre agire in modo tale che la famiglia senta che, se avesse potuto scegliere, avrebbe scelto proprio quei medici e quel reparto
- per questo sono indispensabili accoglienza, ascolto, adattamento del linguaggio, tempo, ***prendersi cura di***

Pier Paolo Donadio 2011

## E SE NON CI SIAMO ALLEATI?

- Quando, sia pure per ragioni comprensibili e forse anche inevitabili, l'alleanza terapeutica coi famigliari non c'è e si percepisce sfiducia, sospetto, diffidenza.....
- il povero paziente viene massacrato di futilità perché si tende a voler dimostrare alla famiglia di **aver fatto il possibile e l'impossibile**

Pier Paolo Donadio 2011

## I CONSULENTI

- Spesso si chiamano consulenti, i quali danno pareri che spesso contemplan l'esecuzione di ulteriori accertamenti e/o di trattamenti
- Il rianimatore, che conosce il paziente in toto, può ritenere futile l'indicazione, ma quasi sempre, una volta che è stata scritta, la applica per **timore di risultare a posteriori negligente**

Pier Paolo Donadio 2011

- Le ragioni appena esposte rendono l'area critica un luogo ad alto rischio di medicina difensiva
- Ma proprio perché in area critica si esercita una medicina **massimale** è evidente che **difendersi in area critica equivale ad accanirsi**

Pier Paolo Donadio 2011

## MISSION DELLA TERAPIA INTENSIVA

- far **superare** in modo relativamente sicuro un **periodo critico previsto** e transitorio (p.es. dopo un intervento chirurgico molto pesante)
- **dare un tempo aggiuntivo di sopravvivenza** per consentire ai trattamenti terapeutici di risolvere l'evento acuto (p.es. un grave trauma) che ha determinato l'insufficienza delle funzioni vitali

Pier Paolo Donadio 2011

## A COSA **NON SERVE** LA TERAPIA INTENSIVA

- a togliere i moribondi dai reparti ordinari
- ad allungare la naturale evoluzione di malattie croniche non curabili
- ad allungare la vita di qualche ora o qualche giorno quando il paziente **non è più un malato ma un morente**, nonostante sia stato già sottoposto a trattamenti massimali senza successo

Pier Paolo Donadio 2011

## RICOVERI INAPPROPRIATI = SPERANZE INFONDATE

- se un paziente viene mandato in rianimazione è naturale che la famiglia ritenga che vi sono speranze concrete e si aspetti miglioramenti
- la percezione di speranze infondate induce nei medici **frustrazione e sensi di colpa** che portano o ad aggressività o a difensivismo
- il difensivismo si sostanzia nell'**accanimento** allo scopo di **far vedere che si è fatto tutto il possibile**

Pier Paolo Donadio 2011

## AMMISSIONI DA MALPRACTICE

- può accadere, raramente per fortuna, che un paziente finisca in rianimazione **a causa di errore medico**
- **il difensivismo in quel caso diventa collegiale**, e tutti si sentiranno in dovere di fare di tutto e di più anche quando sanno che non servirà a nulla, nel vano tentativo di ridurre le conseguenze dell'errore

Pier Paolo Donadio 2011

## COME SI MUORE IN RIANIMAZIONE?

- Circa il 20% dei pazienti di T.I. muore.
- Non sono mai morti inattese o improvvise, nè morti «naturali», poiché in rianimazione tutto è artificiale, strumentale o farmacologico
- Si giunge a un punto in cui si sa che non c'è più nulla di utile, anche se la morte può ancora essere procrastinata di ore o giorni....

Pier Paolo Donadio 2011

## SAPER DESISTERE

- Giunge il momento in cui si ha il **dovere di lasciar morire**
- Lasciare come **consentire**, accompagnando e non abbandonando
- La **desistenza terapeutica** nel malato al termine della vita è un atto clinicamente appropriato, **eticamente doveroso che non ha nulla a che vedere con l'eutanasia**

Pier Paolo Donadio 2011

## DESISTENZA TERAPEUTICA

- Si sostanzia dapprima nella **rinuncia ad aggiungere** farmaci, presidi, supporti, apparecchi, che il più delle volte è sufficiente a consentire al morente il trapasso
- Raramente è necessario **sospendere trattamenti o rimuovere presidi**
- E' sempre possibile farlo in modo tale da non impedire attivamente la sopravvivenza

Pier Paolo Donadio 2011

## LA PRASSI IN ITALIA

- Studiati **3.438 decessi** rappresentativi dei circa 30.000 avvenuti nel 2005 nelle rianimazioni italiane (84 centri partecipanti).
- **Nel 62%** dei casi si è avuta una qualche decisione di **desistenza** (*in maggior percentuale nei reparti con risultati migliori*)
- Poiché la morte in rianimazione non è mai improvvisa, la domanda è: **«e gli altri 38?»**

Pier Paolo Donadio 2011

## LA TRIADE MALEDETTA

- **IL WELFARE**
- faremmo lo stesso tutto quello che facciamo se dovessimo chiedere alle famiglie di pagare ?
- E le famiglie lo vorrebbero?
- **IL PAZIENTE NON COSCIENTE**
- faremmo lo stesso tutto quello che facciamo se il paziente fosse cosciente e potesse esprimersi?
- **LA MEDICINA DIFENSIVA:**
- faremmo lo stesso tutto quello che facciamo se non avessimo paura di essere citati in giudizio?

Pier Paolo Donadio 2011

Il ragionamento:  
(*spesso inconsapevole*)

**non paga nessuno...  
lui non ha voce in capitolo  
.... e io mi tutelo**

## IN 32 ANNI DI LAVORO

- Non ho mai visto fare troppo poco
- Ho visto spesso fare troppo

Pier Paolo Donadio 2011

## PERLE

- Sanguinanti inoperabili trasfusi massivamente
- Metastatici polmonari connessi al respiratore
- Anurici terminali dializzati
- Paziente con ascesso cerebrale ingravescente da un anno, in rianimazione quando va in coma
- Shock settici da deiscenza di suture intestinali, inoperabili, tenuti in rianimazione per mesi

Pier Paolo Donadio 2011

## COSCIENZA O PAURA?

- *La mia coscienza mi impedisce ...*  
spesso ho udito citare la «coscienza» per coprire il difensivismo.
- Diffidare di chi ha troppa «coscienza», soprattutto se la ascolta solo in questi casi.....

Pier Paolo Donadio 2011

## TUTTI MEDICI LEGALI

- *Hai ragione, ma da un punto di vista medico legale.....*
- spesso ho udito citare il «punto di vista medico-legale» dagli stessi che fanno firmare i consensi ai parenti (*errore medico legale grossolano...*)

Pier Paolo Donadio 2011

## TUTTI IN GALERA ?!

- *Non voglio mica andare in galera...*
- Tipica espressione dei difensivisti che dimenticano che non si è mai visto un medico detenuto per questioni cliniche
- *Gli unici medici che ho visto davvero in galera ci sono finiti per soldi*

Pier Paolo Donadio 2011

## CONCLUSIONI

- In area critica *molte ragioni inducono ad atteggiamenti difensivistici*
- Il difensivismo in area critica non ha solo effetti devastanti dal punto di vista economico, ma diventa *futilità*
- *Ciò lede la dignità del morente e induce favorevolezza verso l'eutanasia*

Pier Paolo Donadio 2011

## CONCLUSIONI

- La pratica della *desistenza terapeutica*, che non ha nulla a che vedere con l'eutanasia, è *eticamente doverosa*
- La desistenza terapeutica *trasforma la terapia in cura*, cioè accompagnamento dignitoso verso una morte che non si ha più modo di evitare.

Pier Paolo Donadio 2011

## CONCLUSIONI

- La desistenza è vera *alleanza terapeutica* col paziente e con i suoi congiunti, che devono essere anch'essi presi in carico, resi edotti della realtà, ed accompagnati verso il lutto con *empatia e umanità*.

Pier Paolo Donadio 2011