

COMITATO CONSULTIVO REGIONALE DI BIOETICA

Parere su "CRITERI DI ACCESSIBILITÀ' IN TERAPIA INTENSIVA." ¹

1. DEFINIZIONE

Si propone con il termine "Terapia Intensiva" il seguente ambito operativo: "Utilizzo di manovre e/o di presidi strumentali e farmacologici volti al ripristino e/o mantenimento di una o più funzioni fondamentali per la sopravvivenza che siano acutamente compromesse".

Non rientrano invece in questa definizione le modalità terapeutiche volte a vicariare stabilmente una funzione vitale compromessa (per es. dialisi negli insufficienti renali stabilizzati, ventilazione meccanica definitiva per insufficienze respiratorie croniche a varia eziologia, etc.); parimenti non rientrano nella riflessione i ricoveri in Terapia Intensiva motivati dalla necessità di garantire un elevato monitoraggio a pazienti con grave rischio di crisi improvvisa (per es. aritmie cardiache maligne) o dopo interventi chirurgici maggiori.

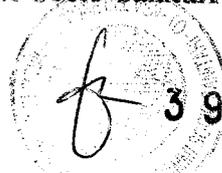
2. DATO DI BASE

L'erogazione di cure coi caratteri di "Terapia Intensiva" necessita obbligatoriamente di appositi Reparti adeguatamente strutturati con elevata disponibilità di personale e tecnologia. I costi relativi alla Terapia Intensiva sono molto elevati: si calcola che in U.S.A. corrispondano al 15% dell'intera spesa ospedaliera e siano pari all'1% del PIL²; in assenza di dati validati, si può ritenere che il costo medio di una giornata di degenza sia anche in Italia 3-4 volte maggiore rispetto a quello di un reparto per acuti.

Considerato il trend epidemiologico (aumento della durata della vita media, delle patologie cronico degenerative e delle possibilità terapeutiche legate allo sviluppo

¹ Nel presente documento non si è affrontato esplicitamente il problema del consenso del paziente in Terapia Intensiva, specificatamente per quanto riguarda "l'incapacità" (p.e. paziente in coma, sedato farmacologicamente, etc) ed il "rifiuto" di essere sottoposto a trattamenti rianimatori. A tal proposito si ricorda che la letteratura giuridica ed etica sul consenso è abbondante, anche se si rileva una certa carenza di riflessione per quanto riguarda specificatamente l'ambito della Terapia Intensiva: l'emergere di interrogativi sempre più pressanti e rilevanti di carattere etico e legale fa sì che sull'argomento necessitino ulteriori riflessioni.

² 1 cf. CIVETTA J.M. "Trattato di Rianimazione e Terapia Intensiva" A.Delfino Ed, 2217 - 2218, 1995



tecnologico) ed in accordo con la letteratura³, si può ragionevolmente affermare che esiste già oggi ed esisterà sempre più in futuro uno squilibrio tra domanda crescente d'accesso alla Terapia Intensiva e possibilità reale di soddisfarla.

3. PROBLEMA

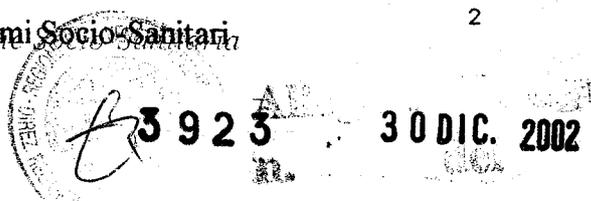
Alla luce di quanto sopra il Comitato di Bioetica Consultivo della Regione Veneto si è posto il seguente quesito: è eticamente lecito ipotizzare dei criteri per regolare l'accesso e/o la prosecuzione delle cure in Terapia Intensiva?

4. FONTI GIURIDICHE E DEONTOLOGICHE

Le fonti giuridiche e deontologiche di cui tener conto, ma non esaustive, nel dibattito etico su quest'argomento sono:

- l'Art. 32 della Costituzione "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".
- l'Art. 5 del Codice Civile "Atti di disposizione del proprio corpo": "Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume".
- l'Art. 12 del Codice di Deontologia Medica (Ed. ottobre 1998) "Prescrizione e trattamento terapeutico": "... al Medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nell'applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico...fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle. Le prescrizioni ed i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente".
- l'Art. 14 del Codice di Deontologia Medica "Accanimento diagnostico-terapeutico": "Il Medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti in cui non si possa

³ "Consensus Statement on the Triage of Critically Ill Patients" Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee, *Jama*, 271, 1200 - 1203, 1994

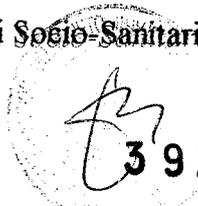


fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita”.

- l'Art. 32 del Codice di Deontologia Medica “Acquisizione del consenso”: “Il Medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l’acquisizione del consenso informato del paziente. Il consenso.....è integrativo e non sostitutivo del processo informativo..... In presenza di documentato rifiuto.....il medico deve desistere.....non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona...”
- l'Art. 34 del Codice di Deontologia Medica “Autonomia del cittadino”: “Il Medico deve attenersi, nel rispetto della dignità e dell’indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona.
Il Medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, in caso di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso....”.
- l'Art. 35 del Codice di Deontologia Medica “Assistenza d’urgenza”: “Allorché sussistano condizioni d’urgenza ed in caso di pericolo per la vita di una persona, che non possa esprimere, al momento, volontà contraria, il medico deve prestare l’assistenza e le cure indispensabili”.
- l'Art. 37 del Codice di Deontologia Medica “Assistenza al malato inguaribile” “In caso di malattia a prognosi sicuramente infausta o pervenuta alla fase terminale, il medico deve limitare le sue opere all’assistenza morale ed alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze. In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuto ragionevolmente utile”.
- Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica - Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana (Roma, 14.7.1995) “Accanimento terapeutico” “persistenza nell’uso di procedure diagnostiche come pure di interventi terapeutici, allorché è comprovata la loro inefficacia e inutilità sul piano di un’evoluzione positiva e di un miglioramento del paziente, in termini sia clinici sia di qualità della vita”.

5. QUESITI DI ORDINE GENERALE

- a- Posto che la prognosi di gravità in relazione alla sopravvivenza a breve termine ha nella grande maggioranza dei casi un valore probabilistico e non è legata al singolo paziente, è lecito stabilire dei criteri di selezione nell’accesso dei pazienti alla Terapia Intensiva?



- b- Posto sia lecito stabilire dei criteri di selezione, nel caso si ritenga "inutile o non appropriato" l'accesso/continuazione delle cure intensive, va comunque ricoverato un paziente che lo chiede espressamente (o su richiesta dei familiari?).
- c- Nel caso lo ritenga "non appropriato", il Medico specialista in Anestesia e Rianimazione può rifiutare un ricovero in Terapia Intensiva proposto da altri Medici non specialisti nella materia?
- d- In presenza di risorse limitate e considerati i costi della Terapia Intensiva può essere negato un ricovero per motivi di tipo economico?
- e- La non ammissione in Terapia Intensiva è lecita nel caso di assenza di consenso o di rifiuto del paziente, o "inappropriatezza" del ricovero o mancanza assoluta di posti letto in quel preciso momento?

6. CONSIDERAZIONI GIURIDICHE

Il problema nevralgico della ricerca analitica imposta dai premissi quesiti è costituito dalla liceità e legittimità o meno della selezione dei pazienti.

Il riferimento normativo è il già riportato Art. 32 della Costituzione da cui derivano fondamentalmente alcune considerazioni:

- la salute, a differenza di altri valori costituzionalmente garantiti, è un valore a tutela assoluta, cioè da salvaguardare senza limiti economico-finanziari. La Corte Costituzionale tuttavia ha ritenuto che il diritto soggettivo alla tutela della salute è condizionato al bilanciamento di interessi costituzionalmente protetti ed alla concreta consistenza delle risorse organizzative e finanziarie disponibili (Corte Cost. n. 267/1998 e n. 3040/1994). In base a questo orientamento la responsabilità per eventi lesivi o mortali conseguenti alla mancata applicazione di specifiche terapie per inadeguatezza tra richiesta/offerta è attribuibile semmai ai soggetti istituzionalmente demandati alla programmazione e acquisizione delle dotazioni terapeutiche, ma non al personale medico che sia impossibilitato ad operare l'accoglienza;
- prevedendo la cd. riserva di legge, l'Art.32 implicitamente conferma che la fonte decisionale tipica in materia è il consenso del titolare del diritto alla salute. Tale considerazione, del resto, è confermata dall'intervento svolto dall'On. Aldo Moro in sede di formazione della Costituzione (vedi Atti della Commissione dei 75 - seduta del 28.1.1947 - pagg. 203, 204), secondo cui con la citata disposizione non si volle "escludere il consenso del singolo a determinate pratiche sanitarie che si rendessero necessarie in seguito alle sue condizioni di salute...";

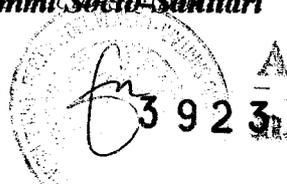


- prescrivendo l'inviolabilità da parte della legge dei limiti imposti dal rispetto della persona umana, la citata disposizione costituzionale esclude implicitamente la liceità e legittimità di una prescrizione di legge ordinaria o di un atto giurisdizionale oppure di un atto amministrativo, i quali escludano una determinata persona o determinate categorie di persone dal novero dei fruitori di un trattamento terapeutico e, quindi, in definitiva, che prevedano un sistema di selezione nel momento dell'accesso al trattamento stesso o nel momento della prosecuzione del trattamento. L'art. 32 cpv. Cost., così come altre norme del vigente ordinamento giuridico, affrontando il problema dell'armonizzazione del diritto del singolo alla salute e dell'interesse collettivo alla salute stessa e risolvendolo mediante il criterio di compatibilità tra il consenso dell'avente diritto ed il precetto legislativo, adotta il principio di limitazione, cioè delimita le ipotesi di intervento normativo in tema di "salute", le quali prescindano dal consenso dell'avente diritto. In questa prospettiva si inserisce il disposto dell'art. 5 c.c. circa il divieto di determinati atti di disposizione del proprio corpo, dato che in tal modo si riconosce implicitamente, come regola generale, la rilevanza giuridica del consenso dell'avente diritto;
- è giuridicamente lecito escludere l'accesso di un paziente alla Terapia Intensiva se tale trattamento viene ritenuto dal medico inappropriato cioè inutile o addirittura dannoso e quindi inidoneo a tutelare il valore "salute";
- la richiesta del paziente o dei familiari non può prevalere sulla volontà del Medico che, sulla base della propria discrezionalità tecnica e dell'autonomia professionale, sia contrario ad eseguire uno specifico trattamento terapeutico⁴.

7. CONSIDERAZIONI ETICHE

Nell'ambito della Terapia Intensiva si esprimono complesse questioni morali rispetto alle quali questo documento non ha la pretesa di essere esaustivo. E' evidente però che le domande sollevate costringono ad entrare nel vivo di alcune questioni ineludibili, pur accettando la necessità dell'incompletezza della trattazione.

⁴ Dall'art. 32 cpv. della Costituzione emerge che il ruolo attivo del consenso dell'avente diritto presuppone, necessariamente, la decisione da parte del personale medico di espletare un determinato trattamento terapeutico. E, del resto, se il ruolo del consenso dell'avente diritto fosse diverso, giuridicamente, come si potrebbe ancora parlare di discrezionalità tecnica del personale medico e della stessa autonomia della relativa professione nell'interesse collettivo alla tutela della salute, pure costituzionalmente rilevante? Quanto ora argomentato trova conforto in un rilevante brano della sentenza 26.5.1998, n. 185 pronunciata dalla Corte Costituzionale laddove si valorizza la decisione adottata dal medico "sotto la propria responsabilità e sulla base di elementi obiettivi, che non esistano valide alternative terapeutiche tramite medicinali o trattamenti già autorizzati" con riferimento alle patologie in concreto prese in considerazione.



In alcuni casi un ricovero non giustificato in Terapia Intensiva e la possibilità di incorrere nell'accanimento terapeutico trovano la loro causa nella carenza di comunicazione tra medici e tra questi ed il paziente e/o i parenti nel periodo precedente l'evento acuto che motiva la richiesta di ricovero. La non adeguata comunicazione da parte dei curanti dell'effettiva gravità della patologia e della conseguente prognosi, può alimentare infatti immotivate speranze che è spesso difficile e sempre crudele poi disilludere.

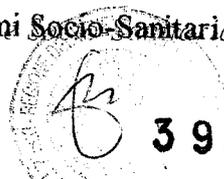
L'applicazione dei moderni mezzi di sostegno delle funzioni vitali richiede un impiego di risorse umane ed economiche molto elevato; d'altra parte ogni sistema sanitario la cui offerta di servizi sia limitata da vincoli economici non è in grado di rispondere ai bisogni in modo illimitato: l'allocazione delle risorse diventa quindi momento di importanza basilare e rispondente al principio etico di giustizia posto che quanto è dato di inutile a qualcuno è tolto di utile ad un altro. Proprio in base al principio etico di giustizia siamo legittimati ad una rigorosa valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni al trattamento intensivo in ogni singola situazione clinica. Ciò che deve essere evitato non è solo il consumo di terapie ad alto costo in situazioni prive di ragionevole beneficio per il paziente, ma anche lo squilibrio nell'accesso alle stesse sia in senso clinico che sociale.

Da questo punto di vista, il concetto di selezione va sostituito, quindi, con quello di appropriatezza. Si può affermare che l'accesso alla Terapia Intensiva risponde al criterio di appropriatezza, se è ragionevole attendersi da essa un esito positivo in termini di miglioramento della "salute" (intesa contemporaneamente come "durata di vita" e "qualità di vita") che non possa ottenersi in altri reparti.

In altri termini, non andrebbero accolti in Terapia Intensiva né i pazienti la cui prognosi è comunque infausta a breve termine, anche se vi vengono ricoverati, né i pazienti la cui prognosi sarebbe, invece, ragionevolmente favorevole, anche se ricoverati in reparti a minor impatto tecnologico-assistenziale; andrebbero, invece, accolti quei pazienti che possono avere prognosi favorevole nei termini di cui sopra solo se ricoverati in Terapia Intensiva, mentre avrebbero prognosi infausta a breve termine se ricoverati in altri reparti.

E' indispensabile, altresì, sottolineare che l'appropriatezza dell'impiego della Terapia Intensiva e l'attenzione verso l'inutile spreco di risorse non deve tramutarsi in un atteggiamento di sottrazione di cure necessarie. Nessuna motivazione (tanto meno quella economica) può essere addotta per negare terapie la cui efficacia è consolidata dalla pratica clinica e dalla conoscenza scientifica. Un atteggiamento diverso indurrebbe nella sostanza una pratica di eutanasia passiva che non trova consenso nella coscienza dei medici e della maggioranza dei cittadini.

L'uso corretto delle risorse presuppone necessariamente anche il rapido trasferimento dei pazienti in altri reparti non appena superata la fase acuta che ha determinato il ricovero: la permanenza non giustificata in Terapia Intensiva, restringendo la



possibilità di cure per chi effettivamente ne necessita, è, infatti, da porre sullo stesso piano di un ricovero inappropriato. Va anche considerato che i costi umani ed economici sopportati dal paziente e dalla società per il superamento della fase acuta di malattia possono essere vanificati dal trasferimento dalla Terapia Intensiva a reparti a bassa soglia assistenziale dove il paziente rapidamente si riaggrava: per questo è necessario che venga predisposta una graduazione dei livelli assistenziali che permettano di gestire flessibilmente le necessità del paziente e quindi garantire un più equo utilizzo delle risorse. E' evidente la necessità di un intervento a vari livelli di chi si occupa di programmazione ospedaliera per evitare, in questa come in altre circostanze cliniche, inappropriate allocazioni di risorse.

Il tema dell'appropriatezza dell'impiego della Terapia Intensiva porta inevitabilmente a riflettere sulla legittimità del principio di mantenere la vita comunque; la pratica clinica è sempre stata influenzata da una sorta di ideologia che tende a sostenere le funzioni vitali anche lì dove non vi è ragionevole attesa di esito positivo. In base ai principi fondamentali della bioetica di beneficiabilità e non maleficità ogni attività diagnostico-terapeutica deve trovare un equilibrio tra invasività e beneficio: vi deve essere cioè una proporzionalità tra costi umani sofferti ed obiettivi ragionevolmente attesi. Laddove questa proporzionalità venga a mancare ed i costi umani siano sproporzionati rispetto ai benefici, si viene a configurare quell'atteggiamento comunemente definito con il termine di "accanimento terapeutico" contro cui è cresciuto nella coscienza della società un senso di rifiuto. L'inevitabile sofferenza fisica e psicologica provocata dall'applicazione del trattamento intensivo deve essere proporzionata ai benefici verosimilmente previsti dall'esperienza clinica. Non va intrapresa la rianimazione in quei pazienti in cui vi è la sola prospettiva di "prolungare la morte" e non la vita. E' comunque imprescindibile che si dispongano tutti i presidi necessari a contenere la sofferenza e ad umanizzare la Terapia Intensiva.

Il concetto di appropriatezza coinvolge anche la sospensione delle pratiche di Terapia Intensiva: anche in questo caso (a volte è più difficile sospendere un trattamento intensivo che non iniziarlo) la decisione muove da criteri clinico-prognostici e dai principi di beneficiabilità e di non maleficenza che inducono a ricercare prioritariamente il bene del paziente e ad evitare tutto ciò che risulta sofferenza ragionevolmente inutile. Quando la valutazione della diagnosi e della prognosi è chiara e siamo di fronte alla prospettiva di prolungare inutilmente il trattamento si ritiene legittima la sospensione dello stesso da parte del rianimatore. La coscienza del limite professionale non deve mai abbandonare, anche in questo ambito, la pratica clinica rappresentando con ciò un doveroso richiamo all'umiltà quale componente positiva della professione.

La Terapia Intensiva si occupa spesso di malati esclusi dal circuito della comunicazione diretta e i cui familiari sono per necessità allontanati da un contatto assiduo; ciò rende la questione della comunicazione particolarmente densa di significati umani e morali che si riflettono sulla gestione quotidiana della vita del malato; qui, proprio dove la comunicazione è più difficile, è necessario dare priorità al valore della cura come solidarietà



e alla trasparenza delle scelte e degli atti compiuti. Ogni scelta e decisione non può essere gestita senza il coinvolgimento del malato e dei suoi familiari in un contatto per il quale, compatibilmente con le situazioni oggettive, devono essere investiti tempo e risorse perché diventi finalizzato alla comune ricerca del bene del paziente.

8. CONCLUSIONI

Per evitare il rischio dell'accanimento terapeutico e posto che l'obiettivo ed il limite di ogni terapia sono la tutela della salute, non è lecito proporre, iniziare o continuare un trattamento che si giudica inutile e/o globalmente dannoso per il paziente, quindi "non giustificato" o inappropriato. Questo comporta che non va richiesto alcun consenso in ordine a tale decisione nel caso si ritenga l'intervento non giustificato.

Il giudizio di "non giustificabilità" dell'accesso alla Terapia Intensiva (e quindi di non iniziarla), basato sul dato clinico anamnestico, sull'ipotesi prognostica e sulla letteratura medica condivisa, rientra all'interno della "discrezionalità medica" ed è fondamento dell'autonomia professionale. A motivo della propria preparazione specifica e della titolarità del complesso degli atti terapeutici, la responsabilità di una decisione in tal senso spetta al Medico specialista in Anestesia e Rianimazione. Tale responsabilità, di grave peso professionale e psicologico, nei casi in cui è possibile andrebbe gestita e condivisa all'interno dell'équipe avvalendosi, se del caso, delle apposite consulenze, piuttosto che dal singolo medico.

D'altra parte, spesso, nel quadro di urgenza in cui è costretto ad operare, il medico di Terapia Intensiva non ha il tempo necessario per valutare l'effettiva appropriatezza del proprio intervento e, nel dubbio, sottopone comunque a manovre rianimatorie o Terapia Intensiva un paziente che, successivamente, dimostra un'impossibilità a giovare. In questo caso la decisione di sospendere il trattamento intensivo che si rivela nei fatti inappropriato (o di graduarne il livello in caso di successive ulteriori complicanze) è quantomeno altrettanto lecita della decisione di non iniziarla in quanto, essendoci stato un dubbio, è stata data al paziente un'ulteriore possibilità di cura.



3923

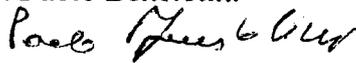
3923

30 DIC. 2002

Poiché il carico psicologico e la valutazione etica e giuridica in tali circostanze sono estremamente rilevanti, la discrezionalità tecnica e l'autonomia professionale del medico possono giovare dei Comitati Etici Locali per un momento di verifica e conforto.

Il Presidente del Comitato

Prof. Paolo Benciolini



L'estensore

Dott. Fabiano Turetta

