

Opinioni

L'accanimento terapeutico in cardiologia

Maurizio Ferratini, Maddalena Modica, Rosa Spezzaferri

U.O. di Cardiologia Riabilitativa, IRCCS Centro S. Maria Nascente, ONLUS Fondazione Don Carlo Gnocchi, Milano

(G Ital Cardiol 2006; 7 (9): 635-637)

© 2006 CEPI Srl

Le opinioni espresse in questo articolo non riflettono necessariamente quelle dell'Editor del Giornale Italiano di Cardiologia.

Ricevuto il 19 maggio 2006; accettato il 25 maggio 2006.

Per la corrispondenza:

Dr. Maurizio Ferratini

U.O. di Cardiologia
Riabilitativa
IRCCS Centro
S. Maria Nascente
ONLUS Fondazione
Don Carlo Gnocchi
Via Capecelatro, 66
20148 Milano
E-mail:
mferratini@dongnocchi.it

Nella pratica medica è frequente dover assistere pazienti in stadi pre-terminali di malattia e valutare la necessità di intraprendere, continuare o sospendere trattamenti di sostegno alla vita.

Il problema è particolarmente rilevante in cardiologia; l'età media dei pazienti che afferiscono nelle strutture di cura cardiologica è in costante aumento e l'insufficienza cardiaca è il destino finale della maggior parte delle malattie cardiache (coronariche, degenerative, valvolari, ecc.).

La cardiologia è una branca della medicina che dispone di presidi farmacologici e tecnologici di grande efficacia, grazie ai quali si è in grado di mantenere, negli stadi avanzati e terminali delle cardiopatie, una sufficiente perfusione cerebrale, viscerale e una diuresi attiva. È spesso possibile, in tal modo, prolungare la sopravvivenza di soggetti affetti da gradi estremi di malattia.

Vi sono presidi ordinari efficaci a breve termine: le catecolamine associate o meno ai vasodilatatori tra i farmaci, l'ultrafiltrazione, la dialisi e la ventilazione assistita, sono a disposizione di gran parte delle cardiologie ospedaliere^{1,2}. Il loro impiego si associa ad una prognosi a distanza sfavorevole e vengono spesso utilizzati come temporaneo "ponte" al trapianto cardiaco³. Altri mezzi, maggiormente complessi ed avanzati dal punto di vista tecnologico, "straordinari"^{4,5}, consentono sopravvivenze più prolungate: nei centri cardiocirurgici di riferimento la contropulsazione aortica, il trapianto cardiaco, le pompe centrifughe, i dispositivi impiantabili e quelli esterni vengono utilizzati come presidi terapeutici a lungo termine nelle malattie cardiologiche in fase avanzata⁶⁻⁸.

I presidi di sostegno alla vita possono essere pertanto ordinari; tra essi i farmaci e/o le tecnologie semplici routinarie, il cui

impiego richiede, in cardiologia, personale specializzato, capace di gestire le pompe di infusione, le linee venose centrali, di controllare i parametri elettrocardiografici, emodinamici e gli scambi gassosi. Altre volte sono mezzi straordinari, avanzati dal punto di vista tecnologico, utilizzabili solo in centri ad alta specializzazione particolarmente gravosi sull'organizzazione sanitaria e dal punto di vista economico.

È evidente che gli interventi straordinari non possono essere garantiti a tutti i pazienti in fase pre-terminale; si sottolinea comunque che anche gli interventi più semplici devono essere accuratamente valutati, in quanto un loro impiego inappropriato potrebbe precludere cure ed assistenza ad altri soggetti che ne trarrebbero maggior beneficio.

L'impiego eccessivo di mezzi straordinari configura in alcuni casi e in modo evidente l'accanimento terapeutico; l'abbandono precoce o il non utilizzo di mezzi ordinari (questi ultimi deontologicamente sempre auspicabili) rischia di sconfinare nell'eutanasia.

Modulare adeguatamente l'intervento medico e non accanirsi dal punto di vista terapeutico, nei pazienti in stadio avanzato di malattia, costituisce uno dei momenti decisionali più difficili della nostra pratica clinica. Requisito indispensabile per una corretta scelta è, in cardiologia, la competenza specifica del medico che deve conoscere la storia naturale della malattia, le indicazioni ed i risultati dell'impiego dei presidi terapeutici ordinari e di quelli tecnologici straordinari nei differenti pazienti, ognuno dei quali presenta una specificità biologica. È pertanto evidente l'esigenza di un iter formativo del cardiologo che preveda una solida istruzione e una frequentazione di centri cardiologici e cardiocirurgici di terzo livello.

Alcune branche della medicina, quale quella internistica, l'infettivologia o l'oncologia, sono caratterizzate da prognosi maggiormente prevedibili e sono meno dotate, rispetto alla cardiologia, di opzioni terapeutiche⁹. Ciò implica una minore possibilità di scelta delle cure e di conseguenza una minore probabilità di "accanimento". Gli effetti degli interventi in cardiologia presentano una maggiore imprevedibilità: non è infrequente osservare, ad esempio con le terapie per l'insufficienza cardiaca, inattesi miglioramenti anche in pazienti giudicati in fase pre-terminale. La capacità di previsione prognostica è inoltre ridotta dalla presenza, specie nella popolazione più anziana, di co-patologie. A causa di queste mancate certezze sull'andamento della malattia, spesso il medico nella sua prassi orienta le scelte lasciandosi condizionare da aspetti economici e/o organizzativi; questo è verosimilmente non accettabile.

L'accanimento nei confronti della malattia è giustificabile, ha ampliato le nostre conoscenze e ha contribuito al progresso scientifico; non vi possono essere dubbi invece sull'opportunità di evitare l'accanimento nei confronti del malato. Non cogliere la linea di confine tra cura ed accanimento terapeutico significa violare e non considerare la dignità e la volontà della persona assistita. Il rispetto della volontà e della dignità della persona si persegue anche con una corretta informazione riguardo alla diagnosi e alla prognosi, sintonizzandosi con la possibilità, capacità, volontà del paziente e/o dei familiari di conoscere l'oggettiva gravità e stadiazione della malattia.

Nei singoli paesi le leggi dello stato regolano la possibilità di ricorrere all'eutanasia. Nei paesi in cui le leggi sono state condizionate dal credo religioso, la sacralità della vita umana è rigorosamente sancita e non è consentito ai medici di favorire la morte del paziente.

La nutrizione parenterale, anche quando somministrata con mezzi artificiali, deve essere considerata un mezzo naturale e ordinario che deve essere sempre garantito e pertanto anche nelle fasi terminali delle malattie cardiologiche, come ha sottolineato il pontefice Giovanni Paolo II¹⁰.

Nel modulare l'intervento terapeutico entrano in gioco numerose variabili tra cui la deontologia, l'etica del medico, il suo credo religioso, la professionalità (a volte il senso di onnipotenza), il modo in cui il singolo specialista si pone con il paziente in fase pre-terminale (senso di sconfitta e di impotenza). Il particolare rapporto tra medico e paziente implica pertanto una capacità relazionale che ha origine sia dal considerare la persona che a noi si è affidata, sia dal considerarsi nelle rispettive identità.

Conseguenze giuridiche a volte inducono il medico ad agire in maniera eccessiva, precauzionale e inappropriata rispetto ai problemi legali che potrebbero scaturire da un atteggiamento rinunciatorio, sconfinante nell'omissione di soccorso. Questo è un rischio più frequente nelle malattie cardiologiche dove vi sono

maggiore incertezza sulla prognosi e imprevedibilità del decorso rispetto ad altre patologie internistiche (l'insufficienza renale terminale, le patologie neoplastiche)¹¹. Questo quadro si complica ulteriormente a causa delle aumentate aspettative di vita nel paziente affetto da malattia cardiologica, spesso sostenute da una informazione di tipo pseudo-scientifica o mediatica. Pazienti e familiari frequentemente considerano la morte una "malattia curabile" e non un evento naturale su cui l'uomo non ha potere, se non nel tentativo di procrastinarla.

A differenza di alcune diagnosi che evocano prognosi infauste (le neoplasie), lo scompenso cardiaco non è comunemente considerato una patologia con prognosi sfavorevole a breve termine¹². Le speranze del paziente o dei suoi familiari possono indurre il medico ad un accanimento terapeutico, il cui fine non è la cura della malattia ma l'intento di evitare risvolti legali.

La malattia cardiologica, infine, anche nelle fasi più avanzate non compromette le funzioni intellettive, affettive e relazionali. Compromissioni multiorgano, frequenti sofferenze neurologiche e della coscienza, spesso caratterizzano, al contrario, le ultime fasi della vita dei pazienti internistici.

In definitiva anche in cardiologia, quando il fine del trattamento è la cura della malattia, per quanto grave essa sia e per quanto onerosa possa essere la sua risoluzione, tutti i presidi a nostra disposizione, compresi quelli più complessi, devono essere utilizzati. Quando la cura della cardiopatia non è ipotizzabile e non è possibile prevedere alcun beneficio fisico e psicologico nel sostenere la vita, probabilmente anche i presidi ordinari e più semplici a disposizione della nostra specialità possono essere evitati.

Molteplici, complesse e di difficile valutazione sono pertanto le variabili cliniche che definiscono un intervento terapeutico accanito, in particolare in cardiologia. Le aspettative del paziente, della famiglia, delle istituzioni nonché la deontologia professionale devono essere considerate nella scelta terapeutica. La nostra condotta, che deve avere come requisito indispensabile una solida formazione etico-professionale, deve in definitiva essere dettata dal rispetto dei valori e dei diritti della persona assistita.

Sarebbero auspicabili studi controllati e randomizzati sulla prognosi e sulla terapia dei pazienti in fase avanzata di malattia cardiologica, che prendessero in considerazione anche la particolare complessità biologica e le frequenti comorbilità. Le Società Scientifiche potrebbero, in tal modo, redigere linee guida finalizzate all'arricchimento del patrimonio culturale di ogni cardiologo. Le linee guida, pur con le difficoltà ed i condizionamenti legati alle differenze culturali e religiose dei singoli paesi, potrebbero definire i confini entro cui modulare l'adeguatezza dell'intervento, nel rispetto della libertà decisionale del singolo medico.

Non è infrequente che il medico si trovi "solo" e in difficoltà, a causa della mancanza di una preparazione

specifica, nel momento in cui deve decidere se sospendere o continuare le cure, laddove ciò si tradurrebbe nell'accanirsi dal punto di vista terapeutico. È ipotizzabile che corsi formativi sulle problematiche mediche, etiche, sociali e giuridiche inerenti all'appropriatezza della cura delle malattie in fase avanzata, siano introdotti ad integrare la formazione degli specialisti in cardiologia.

Bibliografia

1. Levine TB, Levine AB, Elliott WG, Narins B, Stomel RJ. Dobutamine as bridge to angiotensin-converting enzyme inhibitor-nitrate therapy in end-stage heart failure. *Clin Cardiol* 2001; 24: 231-6.
2. Donato L, Biagini A, Contini C, et al. Treatment of end-stage congestive heart failure by extracorporeal ultrafiltration. *Am J Cardiol* 1987; 59: 379-80.
3. Miller LW, Merkle EJ, Herrmann V. Outpatient dobutamine for end-stage congestive heart failure. *Crit Care Med* 1990; 18 (Pt 2): S30-S33.
4. Kukuy EL, Oz MC, Rose EA, Naka Y. Devices as destination therapy. *Cardiol Clin* 2003; 21: 67-73.
5. Argenziano M, Michler RE, Rose EA. Cardiac transplantation for endstage heart disease. *Heart Vessels* 1997; (Suppl 12): 23-7.
6. Esmore DS, Kaye D, Salamonsen R, et al. First clinical implant of the VentrAssist left ventricular assist system as destination therapy for end-stage heart failure. *J Heart Lung Transplant* 2005; 24: 1150-4.
7. Argenziano M, DeRose JJ, Oz MC, Rose EA. Treatment of endstage heart disease with mechanical circulatory assistance. *Jpn Circ J* 1997; 61: 887-92.
8. Rose EA, Gelijns AC, Moskowitz AJ, et al, for the Randomized Evaluation of Mechanical Assistance for the Treatment of Congestive Heart Failure (REMATCH) Study Group. Long-term mechanical left ventricular assistance for end-stage heart failure. *N Engl J Med* 2001; 345: 1435-43.
9. O'Brien I, Welsh J, Dunn FG. ABC of palliative care: non-malignant conditions. *BMJ* 1998; 316: 286-9.
10. Address of Pope John Paul II to the Participants in the International Congress on "Life-Sustaining Treatments and Vegetative States: Scientific Advances and Ethical Dilemmas". *Origins* 2004; 33: 738-40.
11. Skolnick AA. MediCaring Project to demonstrate, evaluate innovative end-of-life program for chronically ill. *JAMA* 1998; 279: 1511-2.
12. Murray SA, Boyd K, Kendall M, Worth A, Benton TF, Clausen H. Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. *BMJ* 2002; 325: 929.