OMCeO

NOTIZIARIO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

Anno XXXIX - n. 05 del 5 ottobre 2007 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

Tempo di verifiche, tempo di scelte

L'arte del compromesso

Un innovativo progetto nella AULSS 13

Lettera aperta del Presidente Nazionale CAO

Desistenza terapeutica

Parere del fiscalista su parcelle odontoiatriche

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

05.07

Anno XXXIX - n. 05 del 5 ottobre 2007
Aut [illegible] Ve n. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale
Maurizio Scassola

[illegible]ore Responsabile
[illegible] Fabbro

Comitato di redazione
Maurizio Sinigaglia, Giuliano Sassi,
Giovanni Leoni, Michela Morando,
Antonio Lo Giudice, Cristiano Samueli

Sede e Redazione
Via Mestrina, 86 - 30172 Mestre (VE)
Tel. 041.989479 - Fax 041.989663

Editore
Mazzanti Editori s.r.l.
R.O.C. 11028

Progetto Grafico
F[illegible]ga

[illegible]pa
Linea Grafica - Castelfranco Veneto (TV)

Concessionario di pubblicità
LYBRA ADV s.r.l.
Via delle Industrie, 19/B
30175 Venezia - Marghera
Tel. 041.5383576 - Fax 041.2529525

Chiuso in redazione il 5 ottobre 2007

04 Tempo di verifiche, tempo di scelte

05 L'Arte del Compromesso

07 Corso Tutoriale di Formazione e Aggiornamento

09 I° Dicembre 2007, un occasione da non perdere!

10 Nuovo profilo professionale dell'odontotecnico

12 Vaccini e strategia delle vaccinazioni: la strana situazione italiana

14 A proposito di parcelle

15 La "mano lunga" (e discriminatoria) dell'Agenzia delle Entrate

17 Un problema aperto: la desistenza terapeutica

18 Ruolo della Specialistica Ambulatoriale nella Continuità Assistenziale

20 Comunicazioni del tesoriere in vista dell'Assemblea del 1° dicembre

22 Osteoporosi e nuovi criteri LEA

25 Le fotografie scattate ai fini di interventi chirurgici sono dati personali

26 Trattamento dei dati genetici

27 La strana storia del dott. Jekyll e del dott. House

28 Ancora sull'Errore in Medicina

29 FEDER.S.P. E V. Comunicato stampa

30 FEDER.S.P. E V. Sindacato o altro?

31 Convegni: Il nuovo codice di deontologia medica: strumento indispensabile nella professione

32 Convocazione Assemblea Ordinaria degli Iscritti

Un problema aperto: la desistenza terapeutica

Negli ultimi anni si è iniziato ad affrontare con sempre maggiore attenzione il problema del limite che il medico avrebbe o non avrebbe nel mantenere in vita un paziente in condizioni critiche, sorto soprattutto in conseguenza della comparsa di nuove strategie d'intervento nel campo delle terapie intensive che ne hanno fatto accrescere la portata terapeutica. In questo contesto si è inserito sempre più il concetto di desistenza terapeutica.

Già in un articolo del Corriere salute (Inserto del Corriere della sera) del 12 giugno 2003 veniva intervistato 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 (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva) che così rispondeva riguardo al concetto di desistenza terapeutica: "La finalità dei trattamenti effettuati in Terapia intensiva 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 trattare la malattia di base. Nella pratica può, però, 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…".

Il concetto di desistenza terapeutica si è però imposto all'attenzione istituzionale con la seguente dichiarazione del 7 marzo 2007 del senatore Ignazio Marino presidente della commissione Sanità:

"Sono estremamente interessanti e utili per il nostro lavoro sui disegni di legge sul testamento biologico, i dati illustrati oggi presso la Commissione Sanità del Senato, dal Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva, un gruppo di studio che monitorizza oltre 300 rianimazioni italiane (su un totale di poco più di 400). I dati relativi alle decisioni terapeutiche di fine vita raccolti con un lavoro serio e rigoroso che dura dal 1991 devono essere esaminati con grande attenzione da parte di chi deve prendere una decisione di tipo legislativo. In particolare, mi ha molto colpito il dato relativo alla "desistenza terapeutica" che precederebbe nel 62% dei casi la morte del paziente in un campione di 5000 decessi su circa 30.000 che avvengono ogni anno nelle rianimazioni italiane. In molti casi questa decisione è presa collegialmente, ma in altri casi è presa da un singolo medico…"

Il senatore Marino si riferiva agli ultimi dati dello studio "Decisioni di fine vita" promosso dal GiViTI che era stato oggetto di un iniziale comunicato stampa il 19 ottobre 2006 da parte dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Bergamo in cui si affermava che "circa 8 su 10 ricoverati nelle Terapie Intensive Italiane sopravvivono e vengono trasferiti ad altri reparti degli Ospedali ma 2 su 10 purtroppo muoiono. La morte di questi pazienti può essere un evento inatteso, anche se le loro condizioni erano dall'inizio molto compromesse; in tali casi fino alla fine non si possono escludere probabilità di recupero ed ogni trattamento intensivo risulta appropriato. Spesso invece la morte diventa espressione dell'impossibilità di "guarire" ed i trattamenti intensivi intrapresi non fanno altro che prolungare un processo di morte divenuto ormai inarrestabile… Le prime e non definitive elaborazioni dei dati raccolti riguardano 3648 pazienti deceduti in 84 unità di Terapia Intensiva che nel 2005 hanno ammesso 21428 pazienti. In oltre l'80% dei pazienti studiati, questi sono stati considerati non in grado di esprimere un consenso valido al piano di cure al momento dell'ammissione in Terapia Intensiva. Le ragioni di questo sono: alterazioni della coscienza, condizioni di estremo stress, anestesia, ecc. Ne risulta che il paziente raramente può decidere per se stesso e solo in pochi casi (8%) è disponibile una testimonianza formale ed anticipata delle proprie volontà (testamento bio-

logico). Un trattamento intensivo senza limitazioni è stato assicurato a oltre 60% dei pazienti fino al momento del decesso. La maggior parte di essi è morta precocemente per la gravità delle condizioni e prima che le cure potessero mostrarsi efficaci. Nel restante gruppo di pazienti deceduti vi è stata una limitazione dei trattamenti intensivi. Queste decisioni avvengono più tardi nel decorso clinico, quando la prognosi infausta diventa evidente e le motivazioni più frequentemente riportate sono "evitare cure inappropriate per eccesso", cioè trattamenti senza alcuna prospettiva di dare giovamento…"

Sembrerebbe che tali considerazioni ben si adattino a quelle del Comitato Nazionale per la Bioetica che, "muovendo dalla premessa che la morte non può essere considerata come un mero evento biologico o medico, essendo essa portatrice di un significato nel quale deve essere individuata la radice della dignità dell'essere umano, considera criticamente ogni ipotesi di accanimento terapeutico, che volendo prolungare indebitamente il processo irreversibile del morire si pone contro la consapevolezza del soggetto alla propria invincibile caducità".

Queste considerazioni sottolineano che la desistenza terapeutica, la rinuncia all'accanimento terapeutico e il prodigarsi nelle cure palliative sono sicuramente atti medici importanti e dovuti al paziente anche se troppo spesso le decisioni più importanti non vengono prese da quest'ultimo ormai incosciente ma dal suo curante.

Ma questo è un altro discorso.

Cristiano Samueli