

Articolo Originale

Terapia sostitutiva renale e pensiero bioetico: i risultati di un audit sulle équipes nefro-dialitiche torinesi

P. Rossetto Casel

A.O. Ordine Mauriziano, Torino



Piera Rossetto Casel

Introduzione

Il contesto culturale odierno pone molte sfide agli operatori sanitari i quali, grazie al progresso scientifico e tecnologico hanno a disposizione opzioni di ricerca e di cura fino a poco tempo fa impensate (2) ma che talora aprono scenari inquietanti, dove può essere difficile mediare tra valori morali, criteri medici e l'esistenza umana (4).

Occorre quindi ripensare l'arte medica alla luce di una nuova scienza, la bioetica, che l'aiuti ad approfondire i dilemmi morali che incontra e, per quanto possibile, ne consenta l'elaborazione di una soluzione convincente (4).

Allo scopo di monitorare quale influenza bioetica sia presente tra gli addetti ai lavori, nell'estate del 2009, si è realizzato un audit, che ha visto come campione d'indagine le équipes nefrologiche della città di Torino, che operano in un contesto che unisce la medicina d'avanguardia a una condizione di malattia caratterizzata da cronicità e da una sempre maggiore complessità.

Nel 1970 l'oncologo americano Potter, raccogliendo il forte impulso alla ristrutturazione morale proveniente dalla comunità scientifica internazionale e dai fermenti culturali del tempo, utilizza per la prima volta il termine "bioetica" per designare la nascita di una scienza nuova, basata sulle scienze della vita (*bios*) ed inclusiva dei valori umani (*ethics*). Da allora il neologismo ha conosciuto una dilagante fortuna, e ha ampliato l'ambito della sua influenza originando istituzioni che non sono solo luoghi di ricerca e di confronto ma anche luoghi di decisione e di produzione di materiale normativo a livello nazionale e internazionale.

La bioetica, però, era e rimane lontana dall'essere una disciplina su cui vi sia unanimità. Infatti, a uno studio attento non sfuggono talune variazioni sulla sua stessa identità e un insieme di orientamenti che si ispirano a linee di pensiero assai diversificate, e anche in irriducibile tensione tra loro.

La pluralità della bioetica si evidenzia anche nei suoi "principi", ovvero nei criteri generali che dovrebbero presiedere alla soluzione delle diverse questioni.

La Commissione nazionale statunitense, che elaborò il *Belmond Report*, indicava come principi etici basilari: "il rispetto per la persona", "la giustizia" e la "beneficenza". Da essi partirà la bioetica dei "quattro principi" di Beauchamp e Childress. Variazione influente e significativa sarà la bioetica di Singer, che verrà denominata bioetica utilitarista, basata sul "principio di utilità", mentre la proposta di una bioetica ontologicamente fondata, che si riconosce in monsignor Sgreccia, imposta la sua proposta sulla massima "tratta l'uomo come un fine". Questi esempi non esauriscono certo il ventaglio degli orizzonti bioetici presenti ma costituiscono i principali riferimenti teorici per l'analisi dei dati del report (3).

Materiali e Metodi

Il report qui di seguito presentato, ha lo scopo di valutare le problematiche bioetiche declinate nelle scelte che i team nefro-dialitici si trovano ad affrontare quotidianamente durante il percorso di cura della persona affetta da IRC.

I dati raccolti sono poi stati confrontati con i tre orientamenti bioetici sopracitati considerando i seguenti principi: principio di valore della vita; principio di verità; principio di libertà (1).

A tal fine si è predisposto un questionario *ad hoc*, anonimo, self report, composto da 15 domande a risposta multipla, al termine del quale era possibile inserire commenti personali.

La distribuzione del questionario è avvenuta nei seguenti Centri dialisi:

- Servizio di Emodialisi del San Giovanni Bosco;
- Servizio di Emodialisi A.O. Ordine Mauriziano;
- Servizio di Emodialisi Ospedale Martini;
- Centro Dialisi Ospedale San Vito;

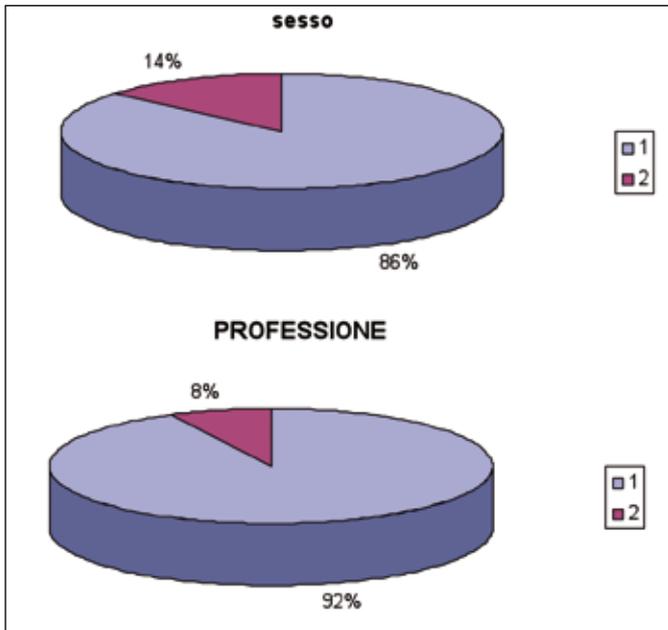


Fig. 1

- Servizio di Emodialisi C.T.O.

Sono stati consegnati 140 questionari e sono state ricevute 80 risposte con un'adesione del 64%. Per l'analisi dei dati si è utilizzato il metodo quantitativo.

Risultati

Il campione è risultato composto: per l'82% di donne e per il 18% di uomini. Le professioni sono così rappresentate: 8% medici e 92% infermieri (Fig. 1), con un'anzianità lavorativa superiore a 10 anni nel 76%. Era altresì richiesto di indicare l'anzianità maturata nell'ambito specifico e dai risultati si rileva che il 60% del campione opera da più di 10 anni nei servizi di emodialisi.

Per l'86% delle risposte il campione distingue nettamente il principio di valore della vita dal concetto di qualità della vita.

Considerando che l'insufficienza renale ha goduto dei grandi benefici derivati dalla ricerca medico-scientifica, in linea con la fiducia verso la scienza, il 51% ritiene che la tecnologia sia eticamente neutrale e il 49% ritiene che oggi, la stessa tecnologia, sia in grado di offrire a tutti la possibilità di accedere ai trattamenti e non ritiene pertanto giusto porre dei limiti all'accesso alla cura.

Comunque, in caso di limitazione delle risorse, il 74% indica di offrire a tutti un trattamento ridotto anziché selezionare i pochi a cui offrire il trattamento migliore possibile. Occorre segnalare che su questa domanda

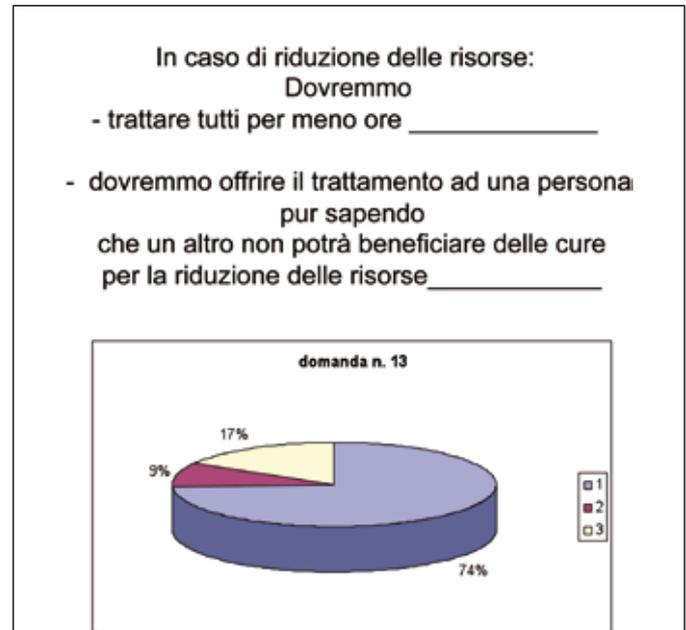


Fig. 2

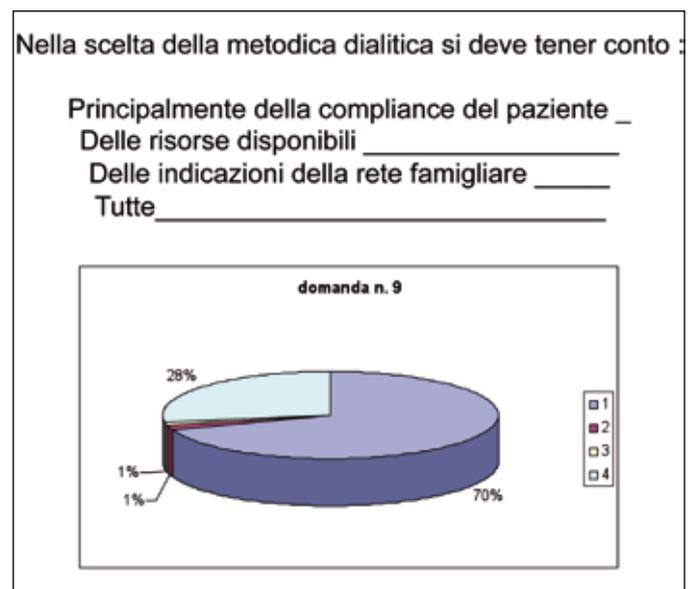


Fig. 3

si registra il 17% di astenuti (Fig. 2).

Rispetto alla scelta della metodica il 70% indica di valutare l'aderenza terapeutica, l'1% le risorse disponibili, un altro 1% le indicazioni della famiglia e per il restante 28% è necessario considerare tutte queste variabili (Fig. 3). La scelta della sospensione dei trattamenti è accettata dal 67% degli intervistati e i criteri che devono guida-

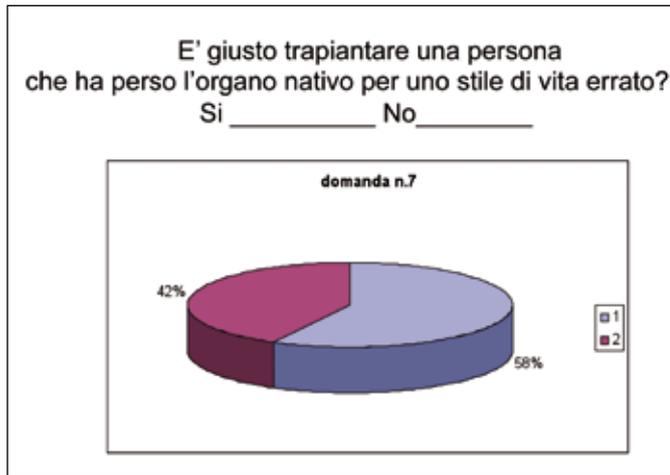


Fig. 4

re tale scelta sono, per il 44% considerare caso per caso come assicurare un beneficio reale e possibile, mentre il 10% ritiene che si debba tenere conto delle eventuali disposizioni verso il trattamento che la persona potrebbe avere preventivamente espresso. Solo una piccolissima parte degli intervistati (tre risposte) ha posto l'accento sul risparmio di risorse come criterio di valutazione degli atti terapeutici.

Per l'inserimento in lista trapianto, il 55% dei rispondenti ritiene che sia corretto elevare l'età dei pazienti trapiantabili, per l'83% del campione è giusto che, in caso di trapianti multipli, una persona possa ricevere più di un organo. Lo stile di vita non deve, per il 58% degli intervistati, influenzare l'accesso alla lista trapianto (Fig. 4).

Discussione

Dai risultati del report si evince che gli operatori sanitari condividono la concezione bioetica utilitarista sia nel distinguere nettamente tra qualità e sacralità della vita sia nella fiducia verso la tecnologia vista come strumento di massimizzazione del benessere.

Rispetto alla scelta della metodica dialitica emerge, in linea con la bioetica principalista, che si deve privilegiare l'autonomia della persona.

L'unicità della persona nella sua totalità va rispettata, secondo lo spirito della bioetica ontologicamente fondata, sia nella scelta della sospensione dei trattamenti sia per l'inserimento in lista trapianto.

Alla voce "commenti personali", sono state riportate "difficoltà" però non meglio precisate nel rispondere a queste domande.

In conclusione, dai dati raccolti e analizzati, si sottolinea

nuovamente come la biotecnologia, di cui la dialisi è esempio emblematico, ha consentito alle persone affette da insufficienza renale cronica di avere una prognosi decisamente più favorevole, ma è priorità essenziale, nell'atto di cura, seguire la via indicata da Potter di costruire "un ponte tra scienza ed etica", un sapere dei saperi, animato dalle evidenze scientifiche e volto a salvaguardare la persona, con il suo peculiare modo di vivere e di rispondere al danno inferto dalla malattia (5).

Indirizzo degli Autori:

Piera Rossetto Casel, MD
A.O. Ordine Mauriziano
Via Magellano 1
10100 Torino
rossettopiera@gmail.com

Bibliografia

1. Russo G. Bioetica medica. LDC, 2009; 325: 330.
2. Ashwanden C. Quantità versus Qualità: etica e terapia sostitutiva renale. EDTNA/ERCA J, Lusern, F-TWEEEE, 2001; 1: 32-4.
3. Merlo P. Introduzione storica alla bioetica. In: Dalla parte della vita, a cura di Larghero E, Zeppegno G. Effatà Editrice, 2007; 11, 13.
4. Larghero E. In Medical Humanities e Bioetica Clinica, a cura di Larghero E, Ricci M, Marchesi R. Edizioni Camiliane, 2010; 13, 37.
5. Zeppegno G. In Medical Humanities e Bioetica clinica, a cura di Larghero E, Ricci M, Marchesi R. Edizioni Camiliane, 2010; 109.