

Testimoni I limiti dell'accanimento terapeutico

# Troppa medicina E dimentichiamo che siamo mortali

di GIUSEPPE REMUZZI

**N**el mio ospedale in questi giorni è stato fatto un piccolo miracolo: un uomo non più giovane, con il diabete e tanto d'altro, riceve un trapianto di fegato, rene e pancreas. Sarebbe morto di lì a poco, le possibilità di guarirlo erano poche, lo si è fatto lo stesso. Adesso quell'uomo sta bene. Se c'è una chance anche remota di riuscirci, è giusto andare avanti, e lo si deve fare sempre. Non solo: oggi si muore soprattutto di cuore, di malattie respiratorie croniche, di cancro e di diabete e la metà di quelli che muoiono così ha meno di settant'anni. Sono tutte morti evitabili. Per loro — e per i bambini, che muoiono ancora di asma, tumori e diabete anche nei Paesi ricchi — si dovrebbe fare di più. Ma non è sempre così.

«Viene uno con trecento malattie: perché deve morire in rianimazione dopo mesi di ventilazione meccanica? Non è umano, siamo mortali e dovremmo poterlo accettare». È un infermiere che parla, hanno buon senso gli infermieri. Siamo mortali, ma ce ne dimentichiamo e alla medicina (e ai medici) chiediamo sempre di più. È giusto? Forse no. E spendere fino al 30 per cento del budget della Sanità per gli ultimi sei mesi di vita di persone molto malate e molto anziane è quasi certamente un errore. Quelle persone muoiono comunque, ma muoiono disperate.

Una signora di 88 anni con un'occlusione delle coronarie vent'anni fa sarebbe morta nel suo letto vicino ai suoi cari, li avrebbe potuti salutare e loro se ne sarebbero ricordati per tutta la vita. Adesso non è più così. A 88 anni, con un dolore al petto, la signora finisce al pronto soccorso (è successo ad Anna) e poi in una sala di emodinamica. Lì, con un catetere, le liberano le coronarie dai trombi e ci mettono una molletta — *stent* — per tenerle aperte. Dopo una certa età però risolvere un problema vuol dire quasi sempre farne saltar fuori un altro, spesso più grave. Anna, finito l'intervento, ha i piedi freddi (nel liberare le coronarie possono partire emboli che arrivano giù, fino alle gambe, e limitano il flusso del sangue). «Vedremo...», dicono i medici. Ma i piedi vanno sempre peggio, si formano delle piaghe che poi si infettano, febbre e dolori insopportabili. Anna in ospedale non può più stare, ma ha bisogno di medicazioni tutti i giorni e di antibiotici endovena, difficile farlo a casa. Segue un mese d'inferno, i dolori alle gambe non la lasciano mai. Una sera, Anna ha mal di testa e perde conoscenza, la Tac rivela un'emorragia cerebrale (è per via degli anti-coagulanti, che le hanno dato per evitare che lo *stent* si chiudesse). La portano in rianimazione. Dopo un po' si riprende, ma si esprime con fatica, non muove più il braccio destro e nemmeno la gamba da quella parte. I piedi vanno sempre peggio. «Bisogna amputare — dicono i medici — a livello della coscia, almeno a sinistra, poi si vedrà».

§

Anna non capisce, non può decidere. L'amputazione alla fine si fa. Dopo l'intervento non c'è più urina: un po' perché gli emboli sono finiti anche nei reni e un po' per l'infezione. Serve la dialisi, quattro ore al giorno per tre giorni alla settimana, ci si deve organizzare. Anna vive ancora tre anni senza poter comunicare. Quello che resta del suo corpo è stato in balia di tante persone anche per le cose più intime, i familiari sono sfiniti dalla fatica e senza più un soldo.

Ne valeva la pena? Penso di no. Ci si sarebbe dovuti fermare prima; la molletta nel cuore a una donna di 88 anni con le coronarie molto malate forse non andava messa. Ci sono farmaci che migliorano il flusso di sangue in quelle arterie e tolgono il dolore. Non è detto che allungino la vita (ma questo a quell'età non succede nemmeno con gli *stent*), ma si muore molto meglio. E non è che Anna sia stata particolarmente sfortunata. Cose così e anche peggio capitano ogni giorno in tutti gli ospedali di tutti i Paesi del mondo. I medici lo sanno benissimo e fanno poco o nulla.

È più facile non decidere. Continuiamo a prescrivere statine a persone con più di ottant'anni, perché proteggono dall'infarto. Ma di qualcosa si deve pur morire, se di volta in volta chiudiamo ogni possibile via d'uscita (*exit strategy*) avremo sempre più tumori e sempre più ammalati di Alzheimer. Anche con la demenza l'organismo ha il suo modo per uscire di scena: non si deglutisce più bene, viene una polmonite da aspirazione di materiale alimentare e di solito si muore. O meglio si moriva, adesso non più. I medici fanno un foro nello stomaco e ti alimentano in quel modo lì. Per la polmonite, se è grave, ci sono macchine che respirano per te, però ti devono sedare e metterti un tubo in trachea e legarti a una macchina. Negli Stati Uniti il 50 per cento di chi ha qualche forma di demenza legata all'età muore incosciente e pieno di tubi. Davvero è così che ciascuno di noi vorrebbe morire?

Fare il medico è rianimare, certo, ma anche saper sospendere le cure quando sono inutili. Ho visto persone di più di ottant'anni con il diabete, già diversi by-pass al cuore, un tumore all'intestino con metastasi alle ossa e ai polmoni, tenute in vita con la dialisi e il respiratore artificiale. Un ammalato così non ha nessuna prospettiva. E allora perché si va avanti?

