

**PARERE ComEC RICHIESTO DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG).**

**del 7 marzo 2025**

**Protocollo in Entrata n. 9723 del 17/02/2025**

La richiesta di parere sulla situazione del paziente (X) presentata dal Medico di Medicina Generale (MMG) verte su *“quale valore etico deve prevalere nella decisione tra permanenza in RSA e ritorno a domicilio?”* della signora stessa.

Il paziente (X) è vedovo e non ha figli; non ha parenti prossimi e gli unici familiari noti sono una cugina e suo figlio con i quali la signora non ha rapporti. Il paziente (X) ha una casa di proprietà dove vive da solo con il suo gatto.

Ha una pensione buona che le ha permesso una buona autonomia economica. Presenta un quadro clinico complesso che *“da mesi la costringe ad una vita quasi completamente sedentaria, con spostamenti limitati fra poltrona e letto, ed è affetto da un decadimento cognitivo lieve-moderato (MMSE 21/30). A questi aspetti si aggiunge un'importante vulnerabilità comportamentale e sociale: il paziente (X) è una forte fumatore, con una storia di abuso di antidolorifici, benzodiazepine e alcolici (con un consumo medio di 10 birre al giorno prima dell'attivazione dell'assistenza domiciliare).”*

Per i motivi sopra descritti è stato attivato un servizio di *“assistenza domiciliare ritenuta, però, insufficiente per garantire un'adeguata gestione dei suoi bisogni”*.

Il paziente (X) ha deciso di vendere la propria abitazione in *“nuda proprietà”* per reperire risorse economiche per assumere personale privato.

L'Assistente Sociale di riferimento insieme al MMG hanno ritenuto opportuno richiedere un Amministratore di Sostegno (AdS) per tutelare gli interessi economici del paziente (X), anche in seguito ai comportamenti degli agenti immobiliari ai quali la signora si era affidata per la vendita della casa che *“hanno destato perplessità”*.

L' AdS ha ritenuto opportuno proporre un inserimento temporaneo del paziente (X) in RSA per:

- “- favorire un percorso di recupero motorio attraverso il supporto della fisioterapia;*
- interrompere le abitudini di vita nocive, tra cui il consumo eccessivo di alcol.*

*Tale decisione, pur rispondendo a una logica di protezione della salute della paziente, non è stata da lei pienamente condivisa. Il paziente (X) ha sempre espresso il desiderio di restare nella propria casa, in particolare per poter accudire il suo gatto. Nonostante le resistenze iniziali, è stato comunque trasferito in RSA.”*

Questa situazione ha provocato un generale peggioramento *“Il paziente (X) ha lamentato la mancanza dell'attività di riabilitazione promessa e un regime alimentare non adeguato. È stato successivamente appurato che le indicazioni dietetiche consegnate in fase di ingresso in struttura non sono state*

*rispettate, causando problemi gastrointestinali con episodi ricorrenti di diarrea, un marcato calo ponderale (circa 10 kg in tre mesi) e una condizione di ipopotassemia riscontrata agli esami ematici [...] Alla visita di controllo, il paziente (X) presentava inoltre un tono dell'umore marcatamente depresso e una ridotta capacità di movimento, aggravata anche dal malfunzionamento del bombolino per l'ossigenoterapia, che ha limitato ulteriormente la sua autonomia” tanto che “si è aperta una discussione tra le figure coinvolte nella sua assistenza – medico di medicina generale (MMG), amministratore di sostegno e assistente sociale – per valutare la migliore soluzione possibile.”*

L'AdS ritiene necessario che il paziente (X) sia tutelato sia da un punto di vista sanitario, che economico e gestionale e pertanto predilige la permanenza della stessa in RSA.

Il MMG e l'Assistente Sociale considerano prioritario il principio di autodeterminazione del paziente (X) e *“Valutano quindi con favore un rientro a domicilio, purché vengano adottate misure di sicurezza adeguate per minimizzare i rischi.”*

Alla luce di quanto sopra esposto il Comitato per l'Etica nella Clinica ha accuratamente analizzato la richiesta e all'interno del sottogruppo specifico sono emerse le seguenti riflessioni, dopo confronti e condivisioni dei diversi professionisti:

Il caso è complesso, e risulta difficile inquadrare con precisione il grado di decadimento cognitivo del paziente (X).

Il decadimento cognitivo, e quindi anche le capacità critiche e di giudizio, potrebbero risentire direttamente dei cattivi stili di vita (assunzione di alcol e BDZ) piuttosto che delle patologie in scarso compenso clinico. La vulnerabilità in seguito alla malattia può interferire sulla capacità di autodeterminazione e la delimitazione della definizione di autodeterminazione può risultare complessa.

Detto questo, anche in presenza di un ADS, se la paziente mantiene una capacità critica e di autodeterminazione (seppur con un iniziale deficit mnesico o esecutivo), il processo clinico-assistenziale deve necessariamente rispondere alla sua volontà. Banalmente non si può trasportare in ambulanza un paziente (X) che si rifiuta, tantomeno toglierlo dalla propria abitazione senza l'intervento del giudice tutelare.

Purtroppo, capita spesso che questa autodeterminazione porti in breve tempo a un tale peggioramento funzionale che successivamente il percorso di istituzionalizzazione diventa inevitabile. Tuttavia, con un approccio multiprofessionale (medico, psicologo, assistente sociale, ecc.), spesso si riesce a trovare una soluzione conciliativa.

Per esempio, l'ingresso in una RA o servizi di Senior Housing piuttosto che in una RSA può mantenere maggiori livelli di autonomia per il paziente (X). Oppure, si può considerare un'integrazione da parte dei servizi territoriali, come il progetto anziani soli della Misericordia, personale ad ore privato e aiuti sociali, in modo da costruire una presenza domiciliare assidua.

La cosa che risulta poco chiara dalla descrizione del caso è se prima dell'ingresso in RSA sia stata effettuata una valutazione da parte della UVM ASL né se è stata fatta una valutazione geriatrica per inquadrare il decadimento cognitivo del paziente (X) e per capire quale fosse il setting più adeguato.

Il Comitato per l'Etica nella clinica, nel complesso, si pronuncia nell'indicare, in modo operativo, la strada della PCC (Pianificazione Condivisa delle Cure) che garantisce, in ottemperanza della L.219/2017, che ogni individuo ha diritto di poter scegliere e pianificare anticipatamente le cure che **intende** o **non intende** ricevere e anche il setting assistenziale.

La PCC può essere formulata solo quando il grado della malattia non è troppo avanzato, quindi il fattore tempo è fondamentale in casi, come questo, molto complessi sia clinicamente che operativamente. Spesso l'informazione e l'espressione della volontà sono difficili e difficilissimo è capire se le

decisioni espresse dal paziente (X) siano veramente convinte e libere. Spesso le convinzioni e le decisioni cambiano ed è necessario aggiustare il piano di cura sulla base del cambiamento delle decisioni: l'unico modo di affrontare casi come questo è avere tempo per discutere, esprimere, condividere i termini della questione fra paziente, familiari e congiunti e curanti, e cambiare le decisioni tutte le volte che risulta necessario. È per questo che le PCC devono essere iniziate per tempo in tutti i casi di malattie croniche con probabilità di aggravamento nel tempo (praticamente tutte).

Il compito del professionista della cura **non è emettere giudizi** di valore bensì **informare, prospettare** le possibili conseguenze delle varie opzioni e **raccogliere** un valido **consenso o dissenso**, continuando a garantire quelle cure che sono compatibili con la volontà del paziente giacché il dissenso informato non può avere come conseguenza l'abbandono dal punto di vista assistenziale e terapeutico. Lo strumento della PCC (condivisa fra MMG, Assistente Sociale, AdS e anche Medico Specialista) in questo caso, oltre a garantire e tutelare la volontà della paziente, supporta anche il ruolo dell'AdS. È rilevante che la presenza di un AdS consente di poter coinvolgere il Giudice Tutelare (anche da parte dell'Assistente Sociale), fornendo tutta la documentazione sanitaria e sociale, per richiedere un parere giuridico, sulla questione, che ha valore vincolante.

In conclusione, in questo caso non è possibile quindi definire in assoluto una graduatoria dei principi etici, ma va ricercato un equilibrio possibile.

È fondamentale un incontro congiunto fra tutte le figure coinvolte per definire un piano terapeutico assistenziale possibile nei diversi setting, tenendo anche presente la prevedibile evoluzione clinica. L'obiettivo è anticipare scenari critici, prevenire interventi in urgenza e ridurre ricoveri inappropriati ottimizzando al contempo le risorse economiche disponibili. Inoltre, è fondamentale tutelare anche la volontà precedentemente espressa della paziente riguardo alla cessione della nuda proprietà per poter attivare assistenza domiciliare adeguata, anche h/24, di natura privata.

È importante inoltre definire gli operatori che incontreranno il paziente (X) per informare e condividere con lei le possibili proposte terapeutiche e assistenziali nei diversi setting, evidenziando i percorsi temporali (assistenza domiciliare finché possibile e poi in struttura protetta o al contrario ricovero in struttura in attesa di organizzazione domiciliare).

Con queste premesse, si suggerisce di iniziare il percorso per strutturare, nel tempo necessario, la Pianificazione Condivisa delle Cure.

Nel caso che non sia possibile strutturare un piano terapeutico assistenziale, condiviso fra tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza e con il paziente (X), deve essere attivato il Giudice Tutelare.