

Mariano Avio

Medico-Chirurgo. Specialista in Ortopedia, Specialista in Medicina dello Sport, medico sociale Lube-Volley.

Che cosa pensa di una norma che sancisca il testamento biologico?

Si definisce testamento biologico, termine per il quale nel 2003 il Comitato nazionale di bioetica ha usato l'espressione più consona "dichiarazioni anticipate di trattamento", quel documento in cui un soggetto inserisce le proprie volontà in ordine a quelle cure e trattamenti ai quali vorrà o non vorrà essere sottoposto nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o dissenso informato, cioè fosse incapace di intendere e volere.

Perché dire no al testamento biologico come atto giuridico vincolante per il medico? Perché la legalizzazione, obbligatorietà, vincolatività delle DAT potrebbe: facilitare l'abbandono terapeutico, portare alla successiva legalizzazione dell'eutanasia, sancire e quindi radicalizzare la frattura del rapporto medico paziente, indurre le organizzazioni sanitarie ad effettuare discriminazioni terapeutiche su criteri economici.

Infatti ritengo che i punti critici dei DDL sulle DAT siano:

- l'autonomia assoluta del paziente;
- il consenso informato sganciato da un rapporto (alleanza terapeutica): quale bene per il paziente se il medico è vincolato da DAT espresse in un contesto personale, storico e possibilità di cure differenti rispetto all'attuale?;
- inserimento del fiduciario, del notaio, del comitato etico: il fiduciario può sbagliare (in uno studio condotto negli Stati Uniti si è dimostrato che il testamento biologico era stato interpretato in modo sbagliato in circa la metà dei casi);
- nessun ruolo della famiglia;
- attribuire valori di terapia all'alimentazione e all'idratazione artificiali è snaturare l'atto medico;

E' possibile e ragionevole che vi siano dichiarazioni anticipate su ogni tipo di trattamento in fieri?

Qui c'è un fortissimo problema psicologico; come faccio ad essere sicuro che la persona non ha cambiato idea? Il mondo cambia da quando sei sano a quando sei malato. Il testamento biologico blocca la volontà nel passato, la congela e non la attualizza.

Non è accettabile l'obbligatorietà a sottoscrivere le DAT.

Che cosa intende per accanimento terapeutico?

L'accanimento terapeutico consiste in una serie di trattamenti di documentata inefficacia perché sproporzionati ai fini perseguiti. La proporzione rischi-benefici si mette in correlazione con l'aspettativa di vita. Non si mettono mai in discussione le cure normali di assistenza (antiperitici, cure delle piaghe ecc.): l'alimentazione e l'idratazione non sono terapia perché - se lo fossero - fame e sete sarebbero malattie mentre sono bisogni fisiologici.

E' possibile poi che alcune terapie che configurano l'accanimento terapeutico in un paziente non lo siano in un altro, quindi si deve decidere volta per volta. Non bisogna però confondere l'accanimento con il mantenimento in vita in condizioni non terminali. Sono situazioni stabili.

Nell'eutanasia omissiva io tolgo cure salvavita e quindi provo indirettamente la morte.

Astenersi dall'accanimento terapeutico è accettare la finitezza umana e l'ineluttabilità della morte naturale. Omettere cure o terapie utili ai pazienti è volere anticipare la morte naturale di un uomo (è abbandono terapeutico, cioè eutanasia passiva).

La posizione della Chiesa su questo punto è di una chiarezza disarmante "nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita senza

tuttavia interrompere le cure normali dovute al malato in simili casi. Perciò il medico non ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza a una persona in pericolo”.

Che cosa intende per eutanasia?

Quella omissione o azione che, di natura sua, o nelle intenzioni, provoca la morte di un soggetto allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia si situa dunque a livello delle intenzioni e dei metodi usati si distingue in:

- attiva dove il medico compie un atto che dà la morte;
- passiva, che consiste in una omissione di soccorso, che si realizza mediante la sospensione di terapia proporzionate alla situazione, perciò ancora utili.
- suicidio assistito, quando “un medico intenzionalmente aiuta una persona a commettere il suicidio, sulla base della sua richiesta volontaria, procurando farmaci che la persona stessa si somministrerà”.

La differenza è solo nei modi, perché il risultato è identico: infatti l'eutanasia è un reato perché la vita è un bene indisponibile: la vita è indisponibile perché posso usarla, ma fino a un certo punto. C'è un limite che non posso valicare, perché è un valore così alto che non posso disporne come voglio. Se il nostro unico riferimento è il principio di autodeterminazione, allora siamo per forza di cose tra due strade: se l'unico criterio da tenere in considerazione è la volontà del soggetto allora devo riconoscere il diritto a morire a tutti quanti, lo devo riconoscere al depresso, a chi ha subito un dissesto finanziario. In Olanda è stata concessa l'eutanasia a una donna per “tedium vitae”. Così saremmo nella giungla e per forza di cose qualcuno sosterebbe l'opportunità di mettere dei paletti: se lo facciamo attraverso una legge in questo caso sarà lo Stato a decidere. E qui si crea un paradosso, perché anziché l'autodeterminazione qui si ha una eterodeterminazione.

Nel momento in cui il medico venisse autorizzato a procurare la morte, verrebbe meno un fondamentale rapporto di fiducia tra i cittadini. Infatti l'eutanasia non è solo un diritto a disporre della propria vita, ma anche quello concesso ad altri a procurare la morte: il fondamento giuridico secondo il quale un uomo non può disporre della vita di un altro verrebbe completamente stravolto. Nei paesi che hanno legalizzato l'eutanasia da tempo, il tasso di incremento della prescrizione di farmaci ad uso letale e della scelta suicidaria è intorno al 50%.

Non sono invece atti eutanasi, ma gesti professionalmente corretti:

- terapia antidolorifica
- sedazione palliativa controllata
- non inizio di trattamenti sproporzionati
- interruzione di trattamenti sproporzionati.

Nel codice deontologico ci sono le risposte necessarie a questa problematica?

Sì, ci sono risposte, come ad esempio gli articoli 13-17-20 del codice deontologico 2006 che riguardano l'eutanasia, ma si tratta di punti critici che mancano della necessaria chiarezza: non c'è diversità etica tra eutanasia attiva e passiva, tra eutanasia volontaria e involontaria (in ogni caso è vero e proprio omicidio). Non c'è eutanasia indiretta: se le terapie palliative del dolore sono fatte bene, non c'è ricaduta eutanasi. Dal testamento biologico all'eutanasia il passo è breve: la scienza medica spesso non può guarire, risolvere: il limite, la malattia, svelano l'inconsistenza della scienza e introducono alla presenza di un Mistero irriducibile. Se nulla ha più senso, il limite viene tolto di mezzo e negato: anche se questo limite è un uomo (è questo purtroppo il contesto culturale attuale). Per quanto riguarda l'accanimento terapeutico l'art. 16 del codice deontologico 2006, “...astenersi dalla ostinazione dei trattamenti...” art. 35,39 “...risparmiare sofferenze inutili...”, nonché l'art. 23 per l'abbandono terapeutico (eutanasia passiva) “...il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenire la sofferenza fisica e psichica”.

C'è e in che cosa consiste il conflitto tra volontà espresse in precedenza dal paziente e posizione di garanzia del medico?

Le volontà anticipate non corrispondono sempre allo stato d'animo del paziente quando egli si trova in fase critica e nella situazione di sofferenza o incertezza. L'assistenza ad un morente deve essere eticamente impostata evitando ogni forma di accanimento terapeutico; deve fare ricorso agli interventi che abbiano una proporzionata validità in ordine al sostegno congruo della vita alla terapia del dolore ed alla palliazione dei sintomi della sofferenza, al conforto spirituale ed alle cure ordinarie (alimentazione, idratazione, igiene, cure delle piaghe da decubito). Il medico ha una responsabilità che né i familiari né il fiduciario possono annullare. In ogni caso l'intangibilità della vita e la dignità della persona non consentono a nessuno né al medico né al paziente stesso né ai familiari e neppure alla società, di suggerire o accettare scelte di eutanasia o di suicidio assistito.

Nel corso della sua professione ha mai avuto problemi, nel senso di denunce legali, nel caso di interventi contrari alle indicazioni del paziente che pur hanno consentito di salvare la vita o di ristabilire un equilibrio di salute o di sospensione di terapie sproporzionate da cui è derivata la morte del paziente?

No.

Può indicare la differenza tra testamento biologico e pianificazione dei trattamenti, contestualizzata nella relazione medico-paziente?

Ad esempio le DAT (testamento biologico) non potranno avere per oggetto quelle cure sempre dovute, che garantiscono ciò che è necessario per vivere ad ogni individuo, sia egli sano che malato, come l'idratazione, l'alimentazione, la respirazione, salvo sempre valutare, ad esempio rispetto ad una ventilazione, se siano proporzionate le modalità necessarie per attivarle. Spetterà solo al medico valutare la congruità delle dichiarazioni nel tempo, sulla base dei contenuti e di tutti i fattori in gioco, rispetto al caso concreto: ciò non può essere garantito da una logica contrattualistica basata esclusivamente sul rapporto privato tra medico e paziente ma deve essere l'oggetto di una riflessione che coinvolga democraticamente l'intera società.

L'implementazione delle cure palliative e dell'assistenza domiciliare, delle strutture di lungodegenza e degli Hospice possono essere una risposta all'eutanasia e all'abbandono terapeutico? Come si presenta la sua realtà geografica da questo punto di vista?

Certamente le cure palliative “sono un approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie che sono coinvolti con i problemi associati a malattie in fase terminale, attraverso la prevenzione ed il sollievo della sofferenza per mezzo della identificazione precoce e il tempestivo rilievo e trattamento del dolore e degli altri problemi fisici, psico-sociali e spirituali” (OMS 2002).

Occorre favorire la creazione di strutture di lungo-degenza di Hospice come luoghi di vita, luoghi nei quali la persona non fugga dal dolore, è aiutata ad avere meno paura, strutture nelle quali viene generata nuova speranza e difesa la vita. Dobbiamo quindi lavorare per:

- favorire modelli che consentano la presa in carico globale del paziente (a tutti i livelli: professionale, istituzionale, politico)

- creare strutture di aiuto a malati cronici e terminali (Hospices...ecc..)

- introdurre in alternativa al Testamento Biologico “l'Atto di Fiducia del Medico”

C'è una bellissima esperienza di Hospice nella nostra regione a Loreto.