

Claudio Buccelli

Medico-Chirurgo, Specializzato in Cardiologia e in Medicina Legale e delle Assicurazioni, Dal 1990 è Professore Ordinario di Medicina Legale presso la suddetta Facoltà e dal 1994 Primario del Servizio di Medicina Legale della medesima Facoltà. Dal 1995 è Direttore del Dipartimento di Medicina Pubblica e della Sicurezza Sociale e della Scuola di Specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni della stessa Facoltà.

E' incaricato di 16 insegnamenti in Medicina Legale in altrettante Scuole di Specializzazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia ed in quella di Diritto e Procedura Penale della Facoltà di Giurisprudenza del I Ateneo di Napoli. E' autore di circa duecento pubblicazioni.

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

Diversi disegni di legge sono stati presentati in Parlamento sul tema del “testamento biologico” e “direttive anticipate di fine vita”, ma v'è da chiedersi se l'argomento viene avvertito diffusamente dalla gente o se, invece, questo viene posto all'attenzione da un gruppo ristretto di persone che vi ammettono particolare significato.

Qualunque sia la risposta, sta di fatto che esso segna un'ulteriore netta incrinatura nel già compromesso rapporto medico-paziente, nel senso che esprime una profonda diffidenza del paziente nei confronti dei medici che potranno in futuro occuparsi di lui, diffidenza che spinge ad esprimere (il più spesso) divieti di trattamento o indicazioni di comportamento terapeutico in situazioni critiche esautorando in tal modo i curanti da pur legittime iniziative che in base al loro competente giudizio andrebbero intraprese nell'interesse della persona assistita.

Con ciò non si vuol negare il diritto dei pazienti ad autodeterminarsi consapevolmente alle cure e a rifiutare quelle che non si condividono dopo averne ricevuta ampia ed esaustiva informazione; si vuol solo sottolineare il rischio che decisioni normative affrettate, maturate sull'onda emozionale di chi reclama una disciplina legale dell'argomento, possano portare a risultati operativi non sempre orientati nel genuino interesse del paziente.

Di qui la necessità di confrontarsi ancora ed approfonditamente sul tema, per evitare di doversi pentire di scelte obbligate condotte nel nome di uno sterile primato di una remota espressione di volontà del paziente, che lo ingabbia in un malefico destino cui potrebbe invece sottrarsi se si desse possibilità di iniziativa di intervento ai medici chiamati ad assisterlo.

Il comune denominatore dei disegni di legge è nelle obiezioni che possono essere loro mosse.

In primo luogo una tale norma finirebbe per proporre una valutazione necessariamente superficiale, perché genericamente ipotetica di situazioni critiche che potrebbero verificarsi.

Ciò che però lascia particolarmente perplessi è la possibile differenza di interessi di una stessa persona in momenti differenti della sua esistenza. Da qui il tema dell'assenza dell'attualità del consenso che rende in definitiva aleatorio il testamento biologico.

Non si può nascondere che vi siano oggettive difficoltà nel realizzare un'adeguata informazione e nell'esprimere una reale autodeterminazione nella formulazione di un testamento biologico perché è concreto il rischio di eccessiva genericità o di eccessiva definizione di situazioni patologiche specifiche che potrebbero non essere quelle che concretamente si manifestano.

Del resto la compilazione del documento in condizioni di salute non permeate dal vissuto specifico di malattia potrebbe determinare un pregiudizievole orientamento verso il rifiuto delle terapie.

Di contro potrebbe anche prospettarsi l'ipotesi di una possibile richiesta di trattamenti inutili con deriva verso l'accanimento terapeutico.

Altro aspetto da valutare è l'ammissibilità o meno del conferimento ad un individuo del potere di decidere come e quando morire indipendentemente dalle concrete future possibilità di intervento terapeutico.

Il rischio di coartazione di autonomia, responsabilità e potere decisionale dei curanti si celano, peraltro, dietro ogni progetto di legge.

Non va dimenticato che il testamento biologico rappresenta uno strumento della medicina contrattualistica, sicché è espressione della deriva legalistica-burocratica della medicina attuale, la quale impedisce una genuina comunicazione tra paziente, famiglia e curanti.

In una società in cui vige coerentemente il modello di alleanza terapeutica o di beneficenza nella fiducia e nella quale viene applicato il principio di proporzionalità delle cure, tale strumento normativo appare inutile.

Non si può peraltro negare che l'introduzione dei testamenti biologici è in qualche senso la sconfitta della medicina moderna, la quale sacrifica sull'altare della tecnologia la sua imprescindibile componente etica e deontologica, fino a dover ricorrere alla biogiuridica per arginare i suoi risultati, purtroppo più per occulte motivazioni economiche che per reale senso civico.

Il buon senso pare bandito dai reparti ospedalieri, fugato dal demone della malpractice, sicché l'invocazione di una norma che ponga un freno all'agire medico viene salutata con gioia sia dai pazienti che temono i medici, sia dagli stessi operatori sanitari spaventati dai legali dei loro assistiti. Un'ulteriore riflessione sul testamento biologico riguarda il concreto pericolo che possa favorire l'affermazione dell'eutanasia o comunque che possa divenire il cavallo di Troia per introdurre pratiche eutanasiche.

Cosa intende per accanimento terapeutico?

E' l'espressione coniata da Jean Robert Debray per indicare tutti quei tentativi di rianimazione o di intervento medico o farmacologico finalizzati a garantire la sopravvivenza biologica di un individuo, ma che sono inutili dal punto di vista terapeutico perché non ne consentono il recupero della salute e servono soltanto ad allungare il processo di morte già iniziato.

In altri termini può essere definita come un'ostinazione nei trattamenti diagnostici e/o terapeutici da cui non si possa trarre ragionevole beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento per la qualità della vita.

Che cosa intende per eutanasia?

Il significato etimologico della parola è "buona morte, morte dolce, morte tranquilla" (dal greco *eu thanatos*).

Nel linguaggio comune indica il provocare con mezzi indolori la morte di un essere umano quando questi, a causa di gravi malattie inguaribili con prognosi infausta a breve termine o di gravi handicap, è colpito da sofferenze fisiche o psichiche ritenute intollerabili o eccessivamente penose. Il nostro ordinamento giuridico non prevede in maniera specifica l'eutanasia, ma non l'ammette in quanto essa di fatto ricade sotto le disposizioni della legge penale qualora si ci sia adoperati nel facilitare la fine dei pazienti ormai prossimi alla fine. Tali disposizioni concernono l'omicidio volontario (art. 575 c.p.) attenuato dal motivo di "particolare valore morale e sociale", l'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.) e l'istigazione o l'aiuto al suicidio (art. 580 c.p.).

Non è peregrino fare un richiamo alle disposizioni di legge in tema di eutanasia, poiché troppo spesso i mass-media enfatizzano il dramma delle famiglie e dei malati terminali proponendo tale pratica come la panacea a tutti i mali, dimenticando che si sta parlando comunque e di fatto di omicidio.

Sicché la definizione più pertinente può essere quella di: "trattamento finalizzato a provocare la morte nella fattispecie penalisticamente rilevante dell'omicidio del consenziente".

Non è una scoperta dei nostri tempi se si pensa che Bacone -che era contrario all'eutanasia- scriveva che i medici dovevano imparare "l'arte di aiutare gli agonizzanti a uscire da questo mondo con più dolcezza e serenità".

Ciò che è specifico dell'epoca attuale è un progressivo allungamento della durata della vita, con emergenza sempre più massiccia di patologie croniche invalidanti; di qui il rischio di impropriamente intervenire su scadenti qualità della vita semplicemente sopprimendola.

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

Il codice deontologico è un valido strumento di ausilio nelle scelte comportamentali dei medici. La nuova versione del 2006 del codice ha affrontato i temi del trattamento terapeutico e dell'autonomia del paziente nell'ottica della responsabilità del medico.

In sintesi vi si prevede che “in nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili” (art. 13: Prescrizione e trattamento terapeutico); in tali situazioni addirittura può “rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento” (art. 22: Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica).

L'art. 37, “Assistenza al malato inguaribile”, riassume la migliore condotta che deve adottare un medico di fronte ad una malattia a prognosi sicuramente infausta o pervenuta alla fase terminale: limitare la sua opera all'assistenza morale; risparmiare inutili sofferenze con una terapia a ciò finalizzata; fornire al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita. In caso di compromissione dello stato di coscienza, deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile, “sino a quando non sia accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo”. Prescrizioni lapalissiane per chi, nel solco ippocratico, agisce in scienza e coscienza.

All'art. 38, “Autonomia del cittadino e direttive anticipate”, si prevede esplicitamente di tenere conto di quanto precedentemente manifestato in modo certo e documentato dal paziente non in grado di esprimere la propria volontà.

Tenere in conto non significa però dovere assoluto di aderirvi, ma obbligo di pervenire ad una conclusione operativa che valuti anche quanto antecedentemente espresso dal paziente.

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

In una società non condizionata dallo spettro della malpractice non vi è discrepanza tra volontà del paziente e posizioni di garanzia del medico, poiché l'agire medico coincide con il bene perseguibile per il suo assistito.

Nella situazione attuale possono verificarsi discrepanze qualora manchi o si affievolisca sensibilmente la fiducia tra paziente ed operatori sanitari, sicché viene a realizzarsi non semplicemente una “medicina difensiva” bensì una vera e propria “medicina dell'obbedienza giurisprudenziale”, frutto delle innumerevoli sentenze sul tema della salute che negli ultimi 20 anni sono vertiginosamente aumentate ed alla cui formulazione viene improntato l'agire medico. La doverosità del rispetto della libera autodeterminazione del paziente è generalmente avvertita come principio ineludibile, tuttavia, il valore medico-legale e giuridico delle direttive anticipate è ancora controverso.

Delicato corollario del principio di assoluto rispetto dell'autodeterminazione del paziente alle cure è rappresentato dalla sua possibilità di rifiutarle.

Qualora si ritenga insussistente una gerarchia di valori etici, si giunge alla conclusione di non riconoscere nell'assistenza medica il diritto di violarne uno per salvaguardarne un altro. Ne consegue che non risulta giustificato il mancato rispetto dell'autonomia decisionale del paziente (ovviamente capace) per consentirgli la sopravvivenza (magari a solo titolo di prolungamento). Di qui il rispetto del rifiuto del prosieguo delle terapie.

Se invece si ritiene che esiste una gerarchia di valori da tutelare e quello della vita fisica è fondante rispetto agli altri, allora si deve necessariamente ammettere che debba essere privilegiata la tutela della vita anche a scapito del diritto all'autodeterminazione.

Sotto il profilo giuridico va rimarcato che recenti orientamenti della giurisprudenza di legittimità esaltano il rispetto del dissenso del paziente al trattamento proposto quale “regola di civiltà giuridica” e che dal combinato disposto dagli artt. 13 e 32 della Costituzione deriva con chiarezza la doverosità di riconoscere al paziente la più ampia libertà di sottoporsi al trattamento medico-chirurgico.

La L. 145/01 (art. 5), poi, di integrale derivazione etica, esplicita in maniera inequivoca che non vi può essere trattamento medico al di fuori del consenso del paziente che, per di più, può essere revocato in qualsiasi momento.

Sul piano della norma deontologica va rilevato che il Codice di Deontologia Medica ribadisce la suddetta posizione all’art. 32 garantendo al paziente la libertà del rifiuto del trattamento terapeutico all’art. 12.

Si delinea, pertanto, un ordito etico, deontologico e giurisprudenziale di alto profilo tendente alla prevalente legittimazione del rispetto del rifiuto delle cure.

Ciò non significa, né può significare -ovviamente- acritico, automatico recepimento del dissenso alla terapia quando questa trova ancora ragionevoli motivazioni per esser realizzata, perché in tal caso appare giustificato e necessario il massimo impegno persuasivo, nel rispetto di una serena comunicazione, nel tentativo di superare il dissenso del malato.

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?

Per la mia professione di medico-legale potrei portare anni di esperienza lavorativa nella quale ho assistito colleghi che si sono trovati in tali difficili situazioni.

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

Nel testamento biologico il paziente si fa carico della decisione delle future prestazioni sanitarie che vorrà siano messe in atto qualora giunga all’incapacità di interagire con i suoi interlocutori.

Siamo in situazioni limite, dove l’informazione è data al paziente prima che l’evento, con il suo carico di drammaticità, si sia verificato. Il medico è attore marginale in tale situazione e talvolta non è neanche interpellato.

Il paziente finisce per decidere da solo senza supporto scientifico, facendosi guidare dalle sue suggestioni.

Nella pianificazione dei trattamenti, medico e paziente interagiscono, si confrontano, cercano insieme di trovare la migliore strategia terapeutica. L’informazione è contestuale alla situazione presentata dal paziente. Pur rispettando l’autonomia decisionale dello stesso, il medico riveste un ruolo decisivo nel processo maturativo del suo assistito.

In tale fattispecie, lo scrimine logico ed etico-deontologico per il prosieguo della terapia non può che essere rappresentato dal ricorso ai mezzi ordinari, non potendo sostenersi l’obbligo di realizzare atti terapeutici straordinari (eccessivamente rischiosi e/o produttivi di conseguenze rilevanti sul piano pecuniario, fisico, psicologico).

In altri termini, dall’alleanza terapeutica deriva il ricorso a mezzi proporzionati (interventi terapeutici commisurati ai risultati positivi previsti) ed il rifiuto comunque di quelli sproporzionati rispetto ai risultati prevedibili.

Rimane comunque improponibile ogni forma di accanimento terapeutico (“sopravvivenza assistita”), anche se il paziente vi consentisse, perché contrari al rispetto della dignità del paziente.

Pianificando il trattamento è possibile adeguare l'agire medico al paziente; ai progressi della medicina ed alla situazione sociale nel suo insieme.

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?

Nel grido di dolore di chi invoca l'eutanasia vi è in definitiva la rivendicazione del diritto a morire con dignità!

Qual è il contraltare al divieto dell'eutanasia? La solitudine di chi soffre e della sua famiglia.

Le terapie antidolorifiche, per i progressi compiuti dalla farmacologia, risultano oggi ridimensionate nei loro effetti ipnotici, sicché ne può essere accresciuto il ricorso.

Ciò nondimeno, la loro gestione, nonostante le semplificazioni prescrittive di recente normativamente operate (L. 12/01), risulta mal realizzata per perdurante incapacità dei medici ad attuarla. In conseguenza di ciò sorgono concreti rischi di subimpiego della stessa con la realizzazione di un abbandono terapeutico del paziente, con analogo forte rischio di una vera e propria eutanasia passiva.

La L. 39/99 ha portato alla realizzazione di diversi Hospice, che ad un censimento ufficiale del 2007 risultano essere 107 in tutta Italia, per una stima di 1229 posti letto.

Ad oggi i centri che erogano cure palliative sono circa 300.

A fronte di questi dati è agghiacciante sapere che solo nel salernitano sono attive due strutture hospice per 20 posti letto, secondo i dati ufficiali della Società Italiana di Cure Palliative.

Sono invece 7 i centri di assistenza per le cure palliative non aderenti alla Federazione Cure Palliative, operanti sul territorio campano.

Sono numeri che inducono ad una profonda riflessione.

L'implementazione delle cure palliative e dell'assistenza domiciliare, delle strutture di lungodegenza e degli Hospice, deve essere un obbligo morale per un paese che si fregi di essere civile, poiché è tramite essi che si preserva la dignità dell'individuo umano, che richiede sempre rispetto della vita quale valore fondamentale della persona.

Non ci si può limitare a dissentire dalla sospensione della somministrazione di sostegni vitali come nel caso Welby o Englaro, per lasciare i protagonisti di queste angosciose vicende cliniche ed umane vergognosamente soli.

L'impegno sociale deve esser forte per ribadire i valori della vita e della sua intangibilità, ma contemporaneamente ci si deve adoperare per promuovere strumenti normativi di conforto assistenziale, ambientale, sanitaria, economica e di solidarietà umana a sostegno di tutte quelle situazioni che non si esorcizzano con la morte ma richiedono forte ed adeguata presenza delle istituzioni e delle persone nell'affrontare la miriade di problemi fisici, psicologici e di pura sopravvivenza che esse ogni giorno propongono.