

Filippo Crivelli

Direttore della U.O. di Anatomia e Istologia Patologica dell'Azienda Ospedaliera "S. Antonio Abate" di Gallarate. E' componente del Comitato di Etica Locale di cui ricopre attualmente il ruolo di vice-presidente. Socio fondatore del Consiglio Direttivo della Società Italiana per la Bioetica ed i Comitati Etici (SIBCE).

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

Ritengo non ce ne sia bisogno, in quanto l'esperienza nelle aree dove il testamento biologico è stato introdotto ed applicato, ha insegnato che non sempre quello che si decide in pieno benessere e con prospettive di vita buone, coincide con il reale desiderio al momento dell'insorgenza di una patologia a prognosi infausta, cioè proprio nel momento in cui le direttive andrebbero applicate. L'esperienza, anche se tenuta nascosta, perché inopportuna agli obiettivi di chi vorrebbe estendere l'uso del testamento biologico, evidenzia che durante il travaglio della malattia si cambia e si acquista una dimensione di collaborazione con il medico ai fini di guarire, anche quando ci si rende conto che poco si può fare concretamente. Prevale nettamente infatti l'istinto di sopravvivenza della nostra natura biologica, che tende a conservarci e non a distruggerci.

Nel codice deontologico poi sono chiaramente contenute disposizioni su come comportarsi in questi casi.

Ma indipendentemente dalle norme e dalle leggi, è il rapporto medico-paziente che deve essere rivisto in funzione di quella "alleanza terapeutica" che tenga conto della persona di quel paziente, con la sua patologia, il suo vissuto, il suo agito, le sue ansie. Allora il testamento biologico diventa inutile, perché prevale la valutazione della situazione contingente e le conseguenti decisioni vengono prese insieme dal paziente e dal medico.

Che cosa intende per accanimento terapeutico?

Per accanimento terapeutico si intendono tutte quelle procedure, terapie e presidi medici utilizzati, anche in buona fede, per curare il paziente, pur sapendo che otterranno scarsi o nulli benefici, in particolare se tali procedure, terapie o presidi rientrano nella categoria cosiddetta "straordinaria", cioè che esula dalle terapie che garantiscano al paziente idratazione e nutrimento.

Perché si configuri accanimento terapeutico sono quindi necessarie alcune condizioni: una malattia con scarsa possibilità di guarigione, il porre in atto terapie soprattutto di tipo straordinario il cui beneficio sia scarso o nullo, il persistere di tali comportamenti. Tutto il resto, anche se apparentemente sembrerebbe trattarsi di accanimento terapeutico, in realtà non lo è. In particolare, non rientrano nell'accanimento terapeutico quelle terapie impostate per tenere in vita il paziente, da lui accettate, anche se successivamente vengono considerate non più sopportabili.

Che cosa intende per eutanasia?

Senza entrare in una discussione semantica e filologica analizzando la parola e il suo significato rispetto alle parole greche da cui deriva, è possibile affermare che si intende per eutanasia l'insieme delle azioni od omissioni che sono finalizzate a provocare la morte prematura di una persona, che generalmente versa in uno stato di sofferenza.

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

Sì, dal momento che agli articoli 16 - 18 è dichiarato che il medico deve astenersi

"...dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita...", che
"...il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a

provocarne la morte...” e che “...i trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze...”

Negli articoli 33 – 35 poi è chiaramente indicato quali siano gli obblighi della informazione del paziente riguardo agli accertamenti diagnostici e alle terapie da porre in atto, e le modalità di acquisizione del consenso.

Infine agli articoli 38 e 39 è chiaramente indicato quale comportamento tenere nei confronti dei desideri espressi dal paziente e in situazione di malattia a prognosi infausta.

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

Non vedo conflitto. Il paziente può esprimere qualunque volontà e in qualunque momento, è suo pieno diritto. Ma come ho affermato prima la decisione va contestualizzata al momento dell'evento, nella sua realtà clinica. Il fatto di dover tenere presenti le volontà del paziente non preclude che il rapporto si svolga nel senso della ricerca consensuale del miglior bene in quella precisa situazione. Coloro che vedono nella differenza fra desiderio del paziente e dovere del medico un conflitto, rinunciano volontariamente ad approfondire il rapporto medico-paziente che è duro, difficile e a volte “conflittuale”, ma che solo permette di operare al meglio per il suo bene.

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, per mia fortuna, in quanto, pur non operando direttamente a contatto con i malati, mi sono trovato molte volte a consulto con colleghi su casi particolari che ponevano problematiche legate alla opportunità o meno di determinati trattamenti e sempre abbiamo cercato di decidere mantenendo il giusto equilibrio fra bene del paziente, esigenze cliniche e volontà del paziente.

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

Rispondo secondo logica, non pretendendo di avere la verità in tasca.

Credo che la differenza stia nel valore che si attribuisce al testamento biologico. Se si pretende che abbia un valore assoluto, si impedisce di fatto qualunque possibilità di contestualizzazione delle volontà del paziente nella “storicità” del caso clinico, cioè si evita che venga attualizzato un corretto rapporto fra il medico e il suo paziente.

Una visione più “morbida” delle direttive anticipate, permetterebbe invece di tenere conto del desiderio del paziente, ma di attualizzarlo adeguandolo al momento presente in cui si rende necessario attuare l'opzione, non escludendo da questo processo il dovere deontologico del medico. In questo contesto la “pianificazione” dei trattamenti all'interno di una sana relazione medico-paziente assume un valore che va al di là della semplice volontà espressa.

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?

Sicuramente lo sviluppo delle cure palliative per le malattie a prognosi infausta, così come la diffusione di strutture per lungodegenza o degli Hospice di tipo anglosassone, può essere una

risposta coerente e adeguata alla tendenza dell'abbandono terapeutico da una parte e all'accanimento terapeutico dall'altra, in caso di particolari situazioni patologiche. Va tuttavia pensata e applicata in funzione del bene del paziente e non come puro e semplice atto amministrativo.

Nella mia zona (Alto milanese e provincia di Varese), non esistono strutture organizzate di cure palliative (se non nelle città di Milano, Bergamo e Brescia), anche se sono presenti sul territorio e nelle strutture ospedaliere medici che applicano le terapie palliative. Esiste invece un Hospice con purtroppo solo 8 posti letto che in qualche modo aiuta nel caso di situazioni di patologie a prognosi infausta.