

Stefano Lauretti

Specialista in Urologia, Direttore Unità Andrologia e Day Surgery UOC Urologia Ospedale CTO Roma

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

Che può rappresentare un pericolo, in quanto:

- a) frutto di una mentalità corrente che porta sempre più a ritenere che ogni pratica medica corrisponda all'uso di tecniche sempre più innovative ed invasive a detrimento della propria autonomia e della dignità personale;
- b) rappresenterebbe il primo passo per una rapida diffusione dell'eutanasia;
- c) si verrebbe sempre più ad avallare il concetto che ciò che conta è chi decide rispetto a ciò che è meglio per il paziente.

Mi pare allora che ulteriori gravi conseguenze sarebbero una assolutizzazione dell'autonomia del paziente (una "medicina da supermercato": scelgo io quello che voglio, quando voglio e come voglio); una riduzione del medico a mero esecutore della volontà del paziente ed infine allo stravolgimento della relazione medico-paziente.

Commento autocritico: se non verrà riproposta in un futuro a breve termine la formazione della classe medica secondo criteri veri di merito, di preparazione e soprattutto di predisposizione, trovo del tutto normale difendersi da ciarlatani o da mercanti. Ovvero: queste derive bio-politico-giuridiche sono anche il frutto di una assai spesso inadeguata assistenza professionale ed umana.

Che cosa intende per accanimento terapeutico?

Dovendo definirlo, l'accanimento terapeutico può essere inteso come la continuazione di cure in caso di prognosi sfavorevole, senza alcun beneficio né sintomatologico né per la sopravvivenza.

Sono profondamente convinto che questa espressione sia, al pari di altre diffuse quotidianamente presso l'opinione pubblica in campo bioetico, disonesta e non corretta. Questo per due ragioni: la prima, se così vogliamo dire, è semantica; la seconda è più propriamente etica. Primo punto: usare, ormai diffusamente e quotidianamente, il termine "accanimento terapeutico" è fare uso di due termini in contrasto, non conciliabili, soprattutto se consideriamo la originaria "missione" ippocratica della medicina. Allora, come si usa dire, il "male" si traveste da "angelo di luce": perché "accanirsi" nei confronti di un morente o di un paziente oncologico senza altre soluzioni terapeutiche? Come è possibile che esistano medici così sadici e privi di scrupoli da portare avanti terapie di qualunque genere contro il parere degli assistiti? In un mondo globalizzato e dominato dai media come il nostro, assai spesso, con tale presupposto, si "crea rapidamente un'opinione pubblica" che fa sua questa convinzione. Nella mia esperienza quotidiana, al contrario, vivo una realtà di corsia ben differente: il timore, anzi il terrore del paziente, non è che il medico, preso da un folle senso di onnipotenza, si accanisca su di lui: il terrore reale, duro, è quello dell'abbandono terapeutico, che presto si tramuta in quello della solitudine vicino alla fine, del confronto ultimo sul senso della sua vita e della sua sofferenza. Su quest'ultimo aspetto, osservo quotidianamente una sempre più diffusa difficoltà da parte della maggior parte dei miei colleghi a relazionarsi con questo momento del malato: per la loro personale paura della morte, che sempre il medico deve esorcizzare? Perché lo stesso medico non ha risposte? Perché sembra sempre più difficile manifestare i propri sentimenti o le proprie paure? Inoltre, in una società sempre più attenta a esigenze economiche piuttosto che all'efficacia dell'assistenza medica ed umana, resta assai difficile immaginare la figura di un medico tutto preso a perpetrare quotidiani, costosi ed inutili trattamenti. Allora più evidente sembra emergere un approccio ingannevole di minoranze, in grado, tuttavia, di manipolare l'opinione pubblica: per salvarsi da questi medici e da questa medicina, usa il tuo diritto! Scegli di morire, perché è un tuo diritto! Paura della medicina che porta alcuni a chiedere alla medicina di liberarli dalla medicina: l'eutanasia come antidoto contro l'accanimento

terapeutico. Le vittime di una medicina “difensiva” saranno allora sempre più i malati, oltre che i medici quando sarà stata distrutta irreparabilmente la relazione umana e professionale tra l'uomo-medico e l'uomo-paziente.

Che cosa intende per eutanasia?

Per eutanasia s'intende l'azione od omissione, compiuta da un terzo e deliberatamente intesa alla soppressione di una vita umana allo scopo di porre fine alle sofferenze.

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

Al momento direi di sì. L'articolo 3 e 4 sottolineano adeguatamente due punti importanti: 1) la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e dignità [...]; 2) che l'esercizio medico è fondato sulla libertà e sulla indipendenza della professione [...] e che il medico deve ispirarsi ai valori etici della professione. Ben rappresentata appare la normativa sull'accanimento diagnostico-terapeutico (art. 16 con integrazione dell'art. 39) pur mantenendo critiche sull'espressione dei due contrari. Sulla eutanasia, peraltro, l'articolo 17 e il 53 non lasciano dubbi comportamentali.

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

Credo di avere già risposto a questo conflitto che può certamente crearsi nelle risposte alle domande 1 e 2.

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, mai.

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

Nel testamento biologico la volontà del paziente, certamente importante, rimane comunque indicativa per il medico chiamato a prendere delle decisioni in circostanze che potrebbero non essere state precedentemente prese in considerazione dal testamentario. Cioè possono cambiare le convinzioni, le possibilità di cura negli anni; la stessa esistenza della persona malata può trovarsi in una condizione completamente diversa di valutazione. Ciò che deve essere eticamente vincolante, per chi deve prendere delle decisioni, è il miglior oggettivo interesse del malato. Faccio mia la differente proposta di pianificazione dei trattamenti che dovrebbe allora prevedere, nel rispetto della piena dignità del malato: il rifiuto di mezzi sproporzionati e straordinari nelle situazioni critiche irrecuperabili, come espresso molto chiaramente anche dall'Associazione americana degli ospedali cattolici con la *Christian Affirmation of Life* del 1974; il rifiuto dell'eutanasia attiva; il rifiuto di un prolungamento abusivo ed irrazionale del processo del morire; l'applicazione delle cure palliative; il desiderio di pace e, dove richiesto, della presenza dei familiari e di una assistenza religiosa.

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?

Sì, senza dubbio, come ho anche detto nella risposta alla seconda domanda. Nella mia esperienza, forse del tutto particolare, molti decessi hanno rappresentato sia per il paziente in fin di vita sia per i suoi familiari un momento fondamentale di vita! Nessuno, tanto meno chi per professione è chiamato a custodirlo e promuoverlo, dovrebbe disprezzare l'ultimo istante. Quando si parla del malato cronico o terminale come di una «vita senza valore» o di «un vegetale senza dignità», significa che si è persa la misura del vero valore della persona, sana o malata che sia. Allora garantire la vera dignità alleviando con i mezzi a disposizione la sofferenza fisica e sostenendo con strutture adeguate la sofferenza “esistenziale”; questo può essere perseguito favorendo la costante vicinanza con i propri familiari o per mezzo di assistenze domiciliari migliorabili sia per qualità che per numerosità, o, diversamente, per mezzo di hospice che in qualche modo umanizzino gli ambienti in cui si troveranno a vivere il malato e i suoi cari.