

Giuliana Mina

In servizio dal 1989 presso l'U.B. Psichiatria dell'Ospedale Regionale di Aosta, con incarico di dirigente medico di primo livello; iscritta all'Albo degli Psicoterapeuti presso l'Ordine dei Medici di Aosta. Ha realizzato unità didattiche nell'ambito di incontri di formazione per la DIAPSI e per il personale infermieristico dell'UB Psichiatria ed è anche autrice di pubblicazioni scientifiche nell'ambito psicopatologico, clinico e psicofarmacologico.

Cosa pensa di una norma che sancisca il testamento biologico?

Penso che proposte di normativa sul testamento biologico riflettano intendimenti ideologici che si sovrappongono alla realtà e alle problematiche del rapporto medico-paziente. Di fatto non esiste una vera e propria domanda di disposizioni terminali da parte di pazienti o cittadini in salute liberi da preconcetti in materia. Tale supposta necessità è invece presentata in molti media secondo modalità sistematicamente manipolatorie del senso della salute e dell'assistenza. Iniziative normative in tale materia potrebbero fondarsi solo su presupposti di diritto positivo, socialmente orientati (cioè coerenti con gli intenti manipolativi di gruppi di pressione politico-economica), mentre non esiste un fondamento di diritto naturale a sostegno. In questo senso proposte di normativa sul testamento biologico interferirebbero con la sfera di libero pensiero delle persone e potrebbero indurre domande inappropriate non fondate su effettivi bisogni ma su percezioni opportunamente manipolate dal potere.

Cosa intende per accanimento terapeutico?

L'applicazione di metodi e tecniche diagnostico-terapeutiche non appropriate alle circostanze cliniche di pazienti in fasi avanzate di malattia, secondo finalità e modalità non proporzionate alle effettive condizioni biologiche, psicologiche e spirituali dei pazienti. Può essere motivato da uno stile di cura improntato a pratiche di "medicina difensiva" o, più probabilmente, essere una conseguenza di una scarsa attenzione al malato in quanto tale. Più profondamente, l'accanimento terapeutico è facilitato da atteggiamenti culturali di stampo deterministico, il cui unico modello bio-psico-sociale di malattia si fonda su una concezione meccanicista e riduzionista. Tale concezione non è in grado di attribuire valore all'esperienza del limite nell'esistenza umana e facilita quindi da una parte il perpetuarsi di atti clinici sproporzionati, dall'altra la negazione della malattia e della percezione della finitezza e dei propri cari. L'accanimento terapeutico è, in altre parole, sia una modalità di fuga dalla responsabilità clinica che una modalità di censura di quelle esperienze che minano il senso di onnipotenza delle persone in buona salute.

Cosa intende per eutanasia?

Eutanasia è la deliberata facilitazione o provocazione della morte di persone giudicate gravemente malate o inabili, secondo criteri di giudizio che riducono l'esperienza della malattia e della salute ad alcuni elementi, censurandone altri. Ultimamente è una forma di violenza su persone deboli, giustificata da atteggiamenti pseudo-compassionevoli.

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

Nel codice deontologico dei medici esistono gli elementi di indirizzo sufficienti all'affronto delle problematiche delle condizioni terminali.

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

Qualsiasi giudizio di volontà, se espresso da una persona in precedenza rispetto allo stato bio-psicologico ed al momento di effettiva e concreta applicazione, è privo di validità specifica perché, indipendentemente dalle volontà espresse, non ne è possibile garantire con certezza l'attualità, a meno di forzature sempre possibili in sede legale. Il giudizio di volontà non può surrogare, e neppure affiancare, il complessivo rapporto medico-paziente.

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?

Non ho riscontrato problemi di tale natura né nella mia professione né nell'attività di colleghi.

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

Un eventuale testamento biologico non può non essere generico e astratto, nelle motivazioni e nelle previsioni. La pianificazione dei trattamenti in accordo tra paziente e medico è per definizione puntuale e concreta, sia nelle motivazioni (ad es. benefici effettivamente raggiungibili; rapporto beneficio/maleficio ecc.) che nelle modalità (ad es. evoluzione nel tempo, in accordo con le dinamiche cliniche).

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?

Le cure palliative, l'assistenza domiciliare e gli Hospice sono risposte strutturali e modalità organizzative certamente efficaci per pazienti incurabili, ma se utilizzati all'interno di una concezione che rifugge dall'esperienza del limite intrinseco nella natura umana possono contribuire a ghettizzare il paziente, falsificare (anestetizzandola) la sua esperienza esistenziale, privandolo così di valenze potenzialmente positive anche nelle condizioni più tragiche. In altri termini, il potenziamento delle cure palliative e dell'assistenza terminale non esautorano i clinici e le famiglie dalla responsabilità nella conduzione delle cure. Più che di "esperti" in assistenza terminale, c'è bisogno di operatori sensibili e attenti, a tutti i livelli di prestazione sanitaria. In Valle d'Aosta esiste un Hospice e sono in via di strutturazione risposte assistenziali a vari livelli.