Giuliano Auber

Medico-Chirurgo. Specializzato in Ostetricia e Ginecologia. Ha svolto la sua attività professionale nella Clinica Ostetrica Ginecologica dell' IRCCS Burlo Garofalo di Trieste fino al 2000. Dal 2002 dirigente medico presso la Direzione Sanitaria del medesimo Istituto.

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

Sono convinto che sia una norma non necessaria, anzi pericolosa. Lentamente e subdolamente entrerebbe, nel modo di sentire comune, l'idea che decidere della propria vita, soprattutto nei momenti ultimi, sia un'azione giusta.

Che cosa intende per accanimento terapeutico?

Per accanimento terapeutico intendo una ingiustificata ed ostinata prosecuzione di trattamenti ed indagini diagnostiche, che risultano essere futili, in quanto non si può attendere da essi nessun beneficio, nè per la salute del paziente nè per la sua qualità di vita. Sono sproporzionati rispetto al risultato atteso.

Che cosa intende per eutanasia?

Intendo per eutanasia un'azione o un'omissione che ha la conseguenza di provocare intenzionalmente la morte, allo scopo di eliminare ogni sofferenza

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

Sì, nel Codice Deontologico ci sono norme precise che impegnano il medico ad evitare ogni accanimento terapeutico (art. 16) e nel non procurare mai la morte a scopo eutanasi (art. 17). Dare al medico ulteriori e precisi obblighi di legge significa svilire la sua professionalità ingabbiandola in norme minuziose, dove la sua coscienza non può più manifestarsi. La professione medica ha nella coscienza e nella nello slancio verso il fratello bisognoso la sua matrice più profonda. Il Codice Deontologico ribadisce questo impegno come strutturante del medico. Ulteriori gabbie legislative sminuirebbero la sua dignità e la sua capacità di creare una alleanza terapeutica ed assistenziale con il malato

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

Il paziente potrebbe aver espresso una volontà chiaramente eutanasi in modo vincolante (testamento biologico), nella misura di non trattarlo, ad esempio in uno stato di coma post traumatico, ed il medico rianimatore invece saper molto bene che le sue capacità e quelle del suo reparto sarebbero in grado di riportarlo alla vita, magari con esiti post traumatici accettabili. Questo sarebbe un conflitto drammatico e nessun medico potrebbe accettarlo. Una recente indagine eseguita negli Stati Uniti e resa nota in questi giorni ha evidenziato come la stessa persona, dopo un anno, scriva un testamento biologico diverso da quello precedente. Ciò significa che la gran parte delle persone, scriverebbero un testamento biologico sotto l'influenza dell'emozione di quel momento, e con la limitata conoscenza medica di quel momento. Tutto ciò non può e non deve diventare un atto vincolante per un medico.

A quale persona lui deve rispondere? A quella che, senza reale capacità ha espresso tempo addietro una volontà eutanasi, oppure all'uomo ferito che chiama aiuto ma non lo può manifestare in quel

momento? Al medico serio e preparato va lasciata la capacità di agire per il bene e per la vita, alla quale lui si era vincolato all'inizio della sua professione

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 e non sono a conoscenza di colleghi, nei reparti di terapia intensiva, che si siano trovati in questa situazione. Hanno sempre agito secondo professionalità e coscienza ottenendo la riconoscenza dei pazienti e dei parenti.

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

Il testamento biologico è un atto unilaterale che afferma in modo vincolante una volontà eutanasi. Questa volontà verrebbe manifestata nella più completa ignoranza di quello che potrebbe essere la reale portata del futuro ipotetico problema clinico; inoltre non prende nemmeno in considerazione il fatto che in un futuro più o meno lontano il progresso della medicina sarebbe in grado di affrontare e risolvere quel particolare quadro clinico. Tutto ciò vincolerebbe il medico a non agire quando ne avrebbe la possibilità. Situazioni come queste, e tutte le altre situazioni limite, vanno lasciate alla professionalità, alla sua capacità ed alla alleanza terapeutica che si può e deve instaurare. E' questa la direzione da sviluppare. Pianificare, nei limiti della capacità di dare il consenso, il percorso medico assistenziale, avendo sempre in primo piano la persona e le sue esigenze più profonde. Quando il malato terminale si trova al centro di questo rapporto, vive con molta più serenità i momenti ultimi. Se aveva espresso in precedenza la volontà di farla finita, poi cambia la sua opinione.

L'uomo ama sempre la vita ed ha la capacità di darle orizzonti diversi a seconda del momento. Quello che lo fa vivere bene è la relazione che c'è con l'altro. Pensiamo a tutto l'arco della vita. E' sempre la relazione che governa la nostra vita; è la rete relazionale che ci fa vivere bene, indifferentemente da quello che uno ha o non ha.

Nelle fasi ultime di una vita, il sentire questa relazione fa accettare al malato i passaggi della sua malattia che lui percepisce molto bene. Ad ognuno il suo posto: alla famiglia gli affetti, al medico quella alleanza terapeutico assistenziale che è la sua prerogativa più bella quando vede nel malato il fratello.

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?

L'implementazione dell'assistenza domiciliare e dell'Hospice costituisce una delle migliori risposte che la società può dare alla domanda di assistenza di fine vita ed in questi percorsi assistenziali, le cure palliative costituiscono la miglior risposta medica verso la sofferenza del paziente, nel rispetto della sua dignità e del suo valore.

Il paziente non deve sentirsi abbandonato, anzi deve vivere il distacco dalla vita terrena con in conforto della vicinanza e l'affetto dell'uomo fratello.

Nella mia realtà geografica, Trieste, esiste un Hospice attento e molto funzionale che andrebbe ampliato (purtroppo i posti letto non bastano mai), una rete istituita dal Azienda Sanitaria Territoriale, che segue a domicilio i malati terminali, ed un volontariato molto capace e umanamente molto valido, penso per esperienza personale alla Fondazione ANT. Ritengo che, accanto alla capacità medica e organizzativa, sarebbe importante educare gli operatori, e tutti coloro

che si occupano di questo momento assistenziale, a sviluppare quella sensibilità che deve accompagnare il fratello alla sua meta terrena e lo aiuterebbe a vivere con sicura speranza il momento del congedo. È sicuramente importante alleviare il dolore ma è, secondo me, ancora più importante dare la serena certezza che dopo questa sofferenza ci sarà l'abbraccio benedicente del Padre.

Questa certezza comunicata da un laico può dare risultati insperati.