

Giovanni Gambassi

Geriatra e cardiologo presso il Centro di Medicina dell'Invecchiamento del Policlinico Agostino Gemelli di Roma dove è responsabile della Unità di Riabilitazione. Professore Associato di Medicina Interna e Geriatria presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore a Roma.

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

Una disinformazione sistematica nasconde il fatto che il testamento biologico è in realtà terreno molto più lontano dalla morte di quanto non sia vicino alla vita, alle persone, alle proprie scelte. Nessuno di noi si sognerebbe di rinunciare al proprio arbitrio. La norma non serve a sancire questo diritto quanto piuttosto a delinearne una valenza legale, soprattutto nel caso di pazienti che abbiano già espresso la propria volontà, ma non siano in grado di confermarla. Infatti, per coloro che sono capaci di intendere e di volere, è la Costituzione stessa a garantire il diritto alla scelta terapeutica e all'obbligatorietà del consenso alle cure. E' chiaro che essendo il valore culturale delle scelte molto sbilanciato, la più adeguata relazione medico-paziente serve proprio a produrre il gesto migliore e più appropriato nel pieno rispetto dell'individuo. Si tenga inoltre presente dello straordinario progresso scientifico e tecnologico. Questo è in grado di stravolgere la prognosi anche delle più consolidate condizioni mediche. Quindi potrei essere favorevole ad una norma, ma non nella valenza legale e vincolante, sostitutivo di una appropriata valutazione de caso, surrogato della più adeguata relazione medico-paziente-familiari. Insomma, non sarei contrario ad una normativa che non sia che una modifica volta a render certa, in qualche modo più sicura, nei contenuti e nel riferimento alla persona che li ha formulati, la volontà di chi attualmente è incapace di riproporla. Mai una norma per sconfinare nell'eutanasia. Mentre sembra esaltare la libera scelta di un malato, il testamento biologico in realtà ne lede la dignità.

Che cosa intende per accanimento terapeutico?

La continua perseverazione in interventi, atti e terapie non idonei – nel panorama delle conoscenze disponibili – alla cura ma che piuttosto possano essere considerati inutili, dannosi, ed irrispettosi. Giustificati più sulla misura di funzione e performance di un organo o di un apparato piuttosto che sulle considerazioni della complessa completezza di un essere umano. Ribadisco che il problema è molto più grave che non quello descritto dall'inutilità dell'accanimento. Spesso è motivo di ulteriore dolore, sofferenza, discomfort, quasi sempre irrispettoso. Ci sono dati italiani che derivano dalla revisione delle cartelle cliniche di pazienti durante l'ultima settimana di degenza in ospedale prima del decesso. Una buona quota di pazienti esegue biopsie, CT, MRI, radio e chemioterapia, prelievi dolorosi nelle 24 ore precedenti il decesso, anche ove si restringa la valutazione a quei pazienti di cui i sanitari potevano giudicare dell'imminenza della morte. C'è da dire che se l'Italia è la nazione europea in cui è più diffuso questo atteggiamento, il problema vero è semmai il contrario. Il rischio che viviamo è che malattie invalidanti e croniche non trovino uno spazio reale di cura o di terapia.

Che cosa intende per eutanasia?

L'eutanasia è la richiesta esplicita e cosciente del malato di porre fine alla propria esistenza quando questa sia diventata insopportabile. Tale richiesta esplicita è molto meno frequente di quanto si creda se si escludono le generiche espressioni di "farla finita" tipiche dei passaggi più critici. Al contrario, paiono molto comuni l'adozione di scelte e comportamenti da parte della componente sanitaria che per loro stessa ammissione sono stati scelti con il preciso intento di accelerare la morte nelle fasi terminali della vita. Indagini con questionari sugli operatori delle unità di rianimazione ha

documentato che sostanzialmente tutti potevano giudicare di aver “facilitato” la morte di almeno un paziente.

L'impressione è che la discussione attorno all'eutanasia sia pericolosa perché le persone più anziane e più sole, dunque maggiormente vulnerabili, sarebbero esposti al richiamo di farla finita presto. In Olanda dopo la legalizzazione dell'eutanasia, gli individui più fragili hanno avvertito una pressione, reale o immaginaria, che li spinge a richiedere di accelerare la morte.

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

In linea di principio il corpus di regole vincolanti di autodisciplina è un testo onnicomprensivo e tutto sommato soddisfacente. Semmai, il problema è il tecnicismo freddo del lessico normativo e la genericità di certe affermazioni. Insomma, non potrà mai esservi un testo capace di cogliere e disciplinare la variegata realtà.

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

In un tempo in cui i comportamenti sono mutuati dai serial televisivi come ER, in un tempo in cui la distanza della medicina dai pazienti è diventata massima (si vedano i continui richiami ad una scienza che torni ad essere centrata sul paziente) il medico è diventato l'attore principale di quella orribile professione che si chiama medicina difensiva. Nella mia opinione, questo segna il fallimento della medicina. Nell'immaginario collettivo si va diffondendo l'idea che si debba difendere con i denti il diritto ad essere curati e che analogamente ci si debba difendere da una classe medica cialtrona, self referenziale e corporativa. La più adeguata relazione medico-paziente deve distanziare il professionista quanto più possibile dalla necessità di adottare un comportamento di garanzia mentre incontra, eventualmente stemperate, corrette e contestualizzate, le più intime volontà del paziente. Sono davvero poche eccezioni le situazioni in cui un medico come me ha vissuto il conflitto tra le volontà espresse in precedenza dal paziente e una posizione di garanzia.

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, non ne ho mai avuti. Ho sempre operato in strutture ospedaliere in Italia e non mi sono mai dovuto confrontare con formali disposizioni dei pazienti. La chiave è nella relazione medico-paziente, nell'accezione che arriva ad includere le persone care, i familiari. C'è peraltro da dire che la più adeguata linea di comunicazione serve semmai più a sospendere terapie e cure evidentemente sproporzionate (soprattutto alla percezione dei familiari), ma solo in stretta prossimità della morte, piuttosto che a prevenire l'istituzione di interventi salva-vita. Questi in linea di principio vengono sempre accettati, se non richiesti, anche se è totalmente incerto l'esito e, spesso, anche ove ci sia percezione che il paziente avrebbe scelto diversamente. Il beneficio del dubbio nonché il desiderio di evitare implicazioni legali (più la noia e la perdita di tempo che il sospetto di essere potenzialmente colpevole) in genere spinge il medico al trattamento. Se il trattamento salva la vita non è mai successo nella mia esperienza di ricevere altro che ringraziamenti. E' vero spesso dai familiari! Se la vita è salva ma non la qualità dopo un certo tempo compaiono i dubbi. Se invece il tentativo salva vita fallisce, tutti indistintamente ci sente sollevati per averci comunque provato, anche se alla luce dei fatti è stato un esercizio inutile e doloroso.

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

Come anticipato, la relazione medico-paziente è centrale alla discussione del problema. Nella più adeguata relazione medico-paziente è veicolata l'informazione scientifica migliore e consolidata con equilibrio empatico e personalizzazione. Alla stessa maniera, si costituisce quell'alleanza terapeutica che generalmente consente al paziente di rendere manifeste le proprie paure, i dubbi e le incertezze. Ognuno degli attori è ovviamente non neutrale essendo il segno della propria traiettoria di vita, delle proprie convinzioni e credenze. Tuttavia questi bias si stemperano in un incontro che mira al medesimo obiettivo, la più appropriatamente condivisa gestione o pianificazione dei trattamenti. Questo lascia spazio a qualche rivalutazione in itinere a verifiche ed aggiustamenti. Unitamente, si crea l'immaginario che quasi mai si avranno le risposte definitive e di incrollabile certezza e che le scelte saranno sempre l'espressione di sé in quel determinato momento e contesto. Il testamento biologico, invece, tende ad essere un punto fermo in un tempo ed un contesto che possono essere molto variati. Esistono dati a supporto della nozione che una quota sostanziale di pazienti che avevano espresso chiare indicazioni quando ancora in salute cambiavano vertiginosamente le proprie posizioni.

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?

Mi occupo di anziani e le cure palliative sono certamente la migliore risposta alle necessità di individui progressivamente infragiliti da malattie degenerative, progressive, non solo il cancro. Pur tuttavia, opero nel tessuto metropolitano romano e la diffusione della cultura delle cure palliative è problematica a tutti i livelli. Non vi è un numero sufficiente di posti letto in hospice, non esiste la professionalità necessaria, vengono sostanzialmente esclusi dai trattamenti tutti coloro che non hanno il cancro. Spesso non è chiaro il coordinatore del caso, molti sono i bisogni dei pazienti e dei familiari che non sono ascoltati o risolti. Le associazioni e le cooperative no-profit dominano la prestazione domiciliare, ma non vi è alcun modo di verificare alcunché, nessuna standardizzazione di valutazione. Negli hospice la degenza è nell'ordine di 2-3 settimane, segno che si tratta di una scelta di disperazione. Analogamente i malati ed i loro familiari tendono ad evitare la collocazione in strutture di lungodegenza chiaramente inadeguate a gestire questo tipo di emergenza. Serve una crescita culturale dell'opinione pubblica, un maggiore offerta assistenziale, la possibilità di rispettare le scelte individuali, una più idonea formazione scientifica soprattutto sul controllo del dolore e della sofferenza. E' dimostrato che l'azione dei migliori team di cure palliative abbassa la richiesta di eutanasia e che tali richieste o i propositi suicidari sono collegati a livelli profondi di nocicezione o comunque di sofferenza.