

# Tra medico e paziente c'è di mezzo Ippocrate

di Francesca Lozito

**fine vita**



## Londra

### Suicidi assistiti: c'è la "lista"

**È** braccio di ferro in Gran Bretagna tra la lobby pro eutanasia e coloro che la avversano. Il dibattito si è infiammato dopo l'appello dei tre leader religiosi più influenti della Gran Bretagna, il cattolico Vincent Nichols, l'anglicano Rowan Williams e il rabbino Johnatan Sacks, perché sia respinta una proposta di legge a favore del suicidio assistito. Un esponente della Camera dei Lord, Falconer, sta spingendo in Parlamento un emendamento alla legge "Justice and Coroner Bill", che solleverebbe da ogni incriminazione chi accompagna familiari o amici malati a togliersi la vita in cliniche estere dove il suicidio assistito è legale, come la Dignitas in Svizzera. Un tentativo di cambiare la legge a favore del suicidio assistito era già stato avanzato in passato da Lord Joffe ma era stato bocciato. Ora la lobby pro-eutanasia, ha spiegato ieri Peter Saunders di Care not Killing, «sta tentando nuove vie, come per esempio l'emendamento al Justice and Coroner Bill. La legge attuale protegge i vulnerabili, punisce chi aiuta al suicidio con la reclusione fino a 14 anni, ma nessuno ancora è stato incriminato per aver accompagnato i familiari a morire all'estero. La giustizia riesce a dare uno sguardo di compassione ai casi che la richiedono. Quale sarebbe dunque la necessità di modificare la legge? Mi pare piuttosto che questo emendamento renderà ancora più dure le sofferenze dei malati terminali che già si sentono un peso per i familiari e le strutture che li hanno in cura».

**Q**ualche giorno fa un'inchiesta ha rivelato che non tutti i britannici che si sono recati in Svizzera da Dignitas a morire - finora sono stati 115 ma in lista d'attesa ce ne sono più di 800 - erano malati terminali. Trentasei avevano un tumore, 27 soffrivano di "motor neuron disease" e 17 di sclerosi multipla, ma altri avevano condizioni come il "Crohn's disease", la tetraplegia, l'artrite reumatoide o malattie al fegato che possono essere curate con la dialisi o un trapianto. Steve Field, presidente del Royal College of General Practitioners, un ente che raccoglie i medici di famiglia del Regno Unito, ha detto di essere scioccato dalla lista. «Sono preoccupato perché vedo che alcuni pazienti nella lista di Dignitas soffrono di malattie curabili e, se opportunamente assistiti, sono in grado di condurre una vita produttiva e piena di significato».

Elisabetta Del Soldato

**U**n dialogo tra il medico e il malato. Necessario, fondamentale per poter costruire una buona relazione che sfoci nella cosiddetta "alleanza terapeutica". Alla vigilia ormai dell'inizio della discussione alla Camera - prevista per mercoledì prossimo in commissione Affari sociali - del disegno di legge Calabrò sulle direttive anticipate di trattamento nella formulazione licenziata dal Senato, i medici fanno il punto su alcuni articoli della legge che riguardano più da vicino l'aspetto della relazione con la persona malata. E rifiutano l'idea unilaterale di volontà del paziente che vorrebbe il medico mero esecutore di quello che diventerebbe un vero dikta.

**L**ddl parla all'articolo 2 di consenso informato e afferma al comma 1 che «salvo i casi previsti dalla legge, ogni trattamento sanitario è attivato previo consenso informato esplicito e attuale del paziente, prestato in modo libero e consapevole». Al comma 3 poi fa proprio riferimento all'alleanza terapeutica costituitasi all'interno della relazione fra medico e paziente che si esplicita in un documento di consenso informato, firmato dal paziente, e diventa parte integrante della cartella clinica». E poi, ancora, all'articolo 7 comma 2 si dice chiaramente che «il medico non può prendere in considerazione indicazioni orientate a cagionare la morte del paziente o comunque in contrasto con le norme giuridiche o la deontologia medica. Le indicazioni sono valutate dal medico, sentito il fiduciario, in scienza e coscienza, in applicazione del principio dell'invulnerabilità della vita umana e della tutela della salute, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e prudenza».

**Q**uella di costruire una buona relazione tra medico e paziente è per Giorgio Fossale, presidente dell'Ordine dei medici di Vercelli e medico di famiglia, una «vera e propria sfida» che ha come finalità principale quella di «uscire dalla burocratizzazione». Perché la volontà del paziente non è altro che un «continuum» che «emerge dal rapporto tra lui e il medico» e che può essere «allargato anche all'ambiente familiare». Sta infatti al medico, sempre secondo Fossale, fare un adeguato «discernimento della situazione che ci si trova di fronte, caso per caso. Sta dunque a noi essere fino in fondo veri e propri medici ippocratici».

**D**i autentico squilibrio da parte di chi vorrebbe che la volontà da tenere in considerazione

*Alla vigilia dell'«esordio» a Montecitorio, dopo il varo del Senato, c'è chi ipotizza addirittura un azzeramento del testo. Ma il lavoro di Palazzo Madama ha prodotto un consenso ampio attorno ad alcuni punti fermi, sui quali non si può recedere: l'alimentazione assistita come sostegno vitale non sospensibile, e un rapporto equilibrato tra chi cura e chi è curato. Come ci ricordano gli stessi professionisti*

fosse solo quella della persona malata - un modo di ragionare «non ancorato alla realtà» - parla Stefano Ojetti, medico chirurgo ad Ascoli Piceno. L'alleanza terapeutica - spiega - ci apre alla possibilità di percorsi condivisi che possano superare sia il paternalismo che l'autodeterminazione. Questa alleanza deve essere permeata dall'esperienza del medico perché il paziente non può sapere tutto sulla malattia e le terapie possibili, e può anche sbagliare nel dire che non vuole essere sottoposto a una determinata cura che potrebbe dargli sollievo». Per questo occorre che il paziente possa «beneficiario della conoscenza del medico». Un sapere, quello del curante, che

#### INSINTESI

**1** «Il medico non può prendere in considerazione indicazioni orientate a cagionare la morte del paziente o comunque in contrasto con le norme giuridiche o la deontologia medica». Ragionevole, no? Lo dice il ddl Calabrò sul fine vita approvato al Senato. E dire che c'è chi lo vorrebbe smontare...

**2** «La volontà del paziente - dicono i medici - è un discernimento sulla propria situazione fatto insieme al medico e ai familiari».

deve essere sempre messo al servizio di chi ha bisogno di essere curato: è questo uno degli obiettivi più alti della medicina, che si concretizza sia nel momento in cui è possibile una prospettiva di guarigione sia quando è immaginabile solo un percorso di cura e accompagnamento.

**S**econdo Nunzia D'Abbiere, che lavora a Reggio Emilia all'Arcispedale Santa Maria Nuova e ha l'incarico di alta specialità per le cure palliative in radioterapia, «l'esercizio della medicina è tutto racchiuso nel rapporto tra due persone, e la norma deve garantirlo. Occorre tutelare la volontà del malato, ma anche salvare la libertà del medico - aggiunge - perché non è una persona qualunque ma un professionista». Che, se propone un determinato intervento di cura, lo fa con cognizione di causa. Ma anche quando si tratta di cessare dall'azione limitandosi ad accompagnare verso la fine della vita la D'Abbiere è convinta che «è giusto conoscere le direttive anticipate di un paziente perché non si manifesti la violenza di una medicina "guerriera"» che

### Mercoledì 8 il disegno di legge Calabrò inizia l'iter alla Camera. Di Virgilio il relatore

**I**nizierà mercoledì 8 luglio la discussione in Commissione affari sociali alla Camera del ddl Calabrò sulle direttive anticipate di trattamento. Dopo il via libera del Senato, in marzo, ora si riprenderà il testo articolo per articolo. Relatore sarà Domenico Di Virgilio (Pdl): «Mi adopererò per ascoltare maggioranza e opposizione, senza alcun preconcetto - ha dichiarato ieri - . Spero che su un tema così delicato ci sia un filo conduttore comune che dia spazio a un ampio dibattito». L'auspicio è che il testo possa

uscire dalla Commissione prima della pausa estiva, per approdare in Aula subito dopo l'estate. Secondo Paola Binetti (deputato del Pd) sulla volontà del paziente «occorre che la medicina restituisca al consenso informato il valore di *medical education*: il paziente deve esprimere la sua volontà con ricchezza e partecipazione emotiva, ma la sua decisione non può essere vincolante per il medico, che deve impiegare la sua formazione per stabilire ciò che è bene per il paziente». (F.Lo.)

talora capita di vedere in azione.

**D**ietro questa metafora si nasconde la problematica di chi continua a proporre ai malati terminali chemioterapie e interventi anche quando non servono più e causano solo effetti collaterali. La dottoressa emiliana parla dunque di «rispetto reciproco tra la libertà del medico e quella del paziente: non ci può

essere forzata e nemmeno coercizione, ma se i malati continuano a fidarsi vuol dire che c'è in campo una competenza. Anche perché come medico sono sempre tenuta a dare conto delle scelte che faccio». All'orizzonte il pericolo è dunque quello di una «medicina cautelativa» che non rappresenterebbe secondo la D'Abbiere «un reale progresso, ma una sconfitta per tutti».

## La vera libertà? Di curare



**diritto & salute**

di Tommaso Scandroglio

**I**n merito alle Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat), un'obiezione che si sente spesso è la seguente. Il medico, di fronte al rifiuto di cure espresso da un paziente cosciente e capace di intendere e volere, deve attenersi alle volontà di questi; perché invece di fronte al rifiuto di cure contenuto nelle Dat il medico non ha il medesimo obbligo? Proviamo a rispondere. Lo strumento delle Dat è viziato per sua stessa natura da due difetti i quali fanno sì che il medico non debba essere vincolato a esse. L'innaturalità delle volontà del dichiarante e la lacunosità insuperabile delle dichiarazioni scritte.

**L'**innaturalità della volontà: il decidere "ora per allora" espone il dichiarante a rischi che vanno contro il suo stesso bene. Una cosa è decidere della propria sorte quando sei sano, un'altra quando sei malato. Quando siamo in salute ci ripugna l'idea di essere in futuro attaccati a macchine per la respirazione e sondini di vario genere, perlottiti in stato di incoscienza. Ma allorché ci diagnosticano una malattia grave siamo disposti a sopportare di tutto a patto di poter vivere. Questo per dire che con buona probabilità molti di coloro che nelle Dat scriveranno nero su bianco di voler staccare la spina, se fossero coscienti potrebbero cambiare idea. Infatti sono i sani a voler l'eutanasia, non i malati. Riportiamo, tra i moltissimi riscontri scientifici a riguardo, un'indagine del 2007 dell'Unità di cure palliative dell'Istituto dei Tumori di Milano. In 25 anni di attività su 40 mila pazienti solo quattro hanno

chiesto di morire. Di questi, tre hanno cambiato idea dopo le opportune cure.

**I**n opposizione a questi argomenti si potrebbe obiettare: allora ammettiamo la vincolatività della Dat perlomeno nei casi di malattia a esito infausto già conclamata. Si può rispondere affermando che se, decisi quando sei malato (tumore, Aids...) la tua libertà è condizionata dal dolore e dalla paura della morte e non puoi decidere sul tuo miglior bene. In merito poi alla inevitabile lacunosità delle Dat, è impossibile prevedere nel concreto la patologia letale da cui sarò affetto e le relative cure che vorrò rifiutare.

**P**aradossalmente allora le Dat bloccano la mia libertà proprio perché non la attualizzano nel presente. Cristallizzano e congelano la mia libertà nel passato a danno proprio della tanto invocata autodeterminazione del paziente. L'articolo 9 della Convenzione di Oviedo in merito alle Dat parla di desideri scritti, e il desiderio non può essere cosa imposta a terzi. Il Rapporto esplicativo sull'articolo 9 è poi chiarissimo: «Tenere in considerazione i desideri precedentemente espressi non significa che essi debbano necessariamente essere eseguiti. Per esempio, se i desideri sono stati espressi molto tempo prima dell'intervento e la scienza ha da allora fatto progressi, potrebbero esserci le basi per non tener conto l'opinione del paziente». Detto in altri termini: cure che oggi sono inefficaci e che potrebbero configurare accanimento terapeutico, perciò rifiutabili, domani ti potrebbero salvare la vita. Si quindi alle Dat con valore consultivo e orientativo per il medico, non alle Dat a carattere vincolante.

*I desideri del paziente non possono essere imposti a terzi né per forza eseguiti. Soprattutto se essi sono "datati"*

## «Fragili» discriminati: la legge può evitarlo

**lettura**



porta al centro dell'attenzione il rispetto di ogni esistenza umana e il diritto-dovere di solidarietà anche nella cura di ogni età o condizione di salute. Erano presenti parlamentari di diversi schieramenti, e anche il ministro del Welfare, Maurizio Sacconi, i sottosegretari Gianni Letta ed Eugenia Roccella.

**«L**a vita è uguale per tutti», è un fatto ovvio, ha osservato monsignor Rino Fisichella, rettore della Università Lateranense e presidente della Pontificia accademia per la vita, tuttavia oggi è necessario evidenziarlo. «Dinanzi alla vita umana non è possibile nessuna forma di discriminazione», ha spiegato l'arcivescovo, che citando per intero l'articolo 32 della Costituzione ha sottolineato il primo comma spesso dimenticato: «La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gra-

*«La vita è uguale per tutti»: un principio che finirebbe disatteso se si desse retta a chi vuole aprire il varco all'eutanasia riducendo le garanzie della norma sul fine vita. Attorno al libro-denuncia di Paola Binetti dibattito a Roma con monsignor Rino Fisichella*

tuite agli indigenti». Una formulazione che evidenzia una concezione relazionale della persona inserita nella sua comunità. In questo senso la dignità della persona non può essere separata «dalla relazione, dalla solidarietà» degli altri.

**I**n questo quadro il presule ha invitato i legislatori a tener conto di un fattore «determinante»: una norma di tale valenza che tocca temi etici come il fine vita «crea una cultura consequenziale». La responsabilità formativa non può essere chiusa in compartimenti stagni, chiama in causa anche le istituzioni. «Prendersi cura di tutta la persona implica che essa non è mai solo identificabile con il suo solo corpo - ha precisato l'arcivescovo - né con la sua sola attività di pensiero, ma con la sua esistenza segnata fin dall'inizio come

vita umana e come tale merita di essere rispettata e accudita sempre». Più cresce la responsabilità sociale, più si affina la capacità di prendersi cura del «disabile». «La società insomma - ha concluso monsignor Fisichella - deve sentire forte su di sé il richiamo perché nessuno subisca un trattamento discriminatorio e ingiusto per il solo fatto di essere inabile». Al contrario essa dovrà «rendere ognuno realmente in grado di vivere la propria esistenza conforme alla natura che lo ha generato».

**L**a Binetti ha ricordato il parere del Comitato nazionale per la Bioetica del 2005 che ha considerato alimentazione ed idratazione sostegni vitali. Questo il cuore della legge per cui si preannuncia «una battaglia» non facile a Montecitorio. Per questo ha richiamato il bisogno di un sostegno culturale, per diffondere una antropologia relazionale e una solidarietà generazionale. Anche Elvio Covino, preside della facoltà di medicina del Campus Biomedico, ha evidenziato la necessità dell'aspetto formativo nel curriculum universitario dei medici. Nel ricordare il contenuto del giuramento di Ippocrate, ha citato la sua esperienza trentacinquennale di cardiocirurgo: «Non mi è mai accaduto che una persona si sia rivolta a me, se non per chiedermi di guarire».

**«O**ltre il diritto all'autodeterminazione c'è anche il diritto alla vita», ha osservato Paola Bilancia nel corso di un preciso esame del dettato costituzionale. La docente di diritto pubblico all'Università di Milano ha invitato il legislatore ad «un sapiente bilanciamento», perché i fatti recenti mostrano come la norma può essere interpretata dalla magistratura.

A questo proposito, la Binetti ha fatto l'esempio della legge 40 sulla procreazione assistita, osservando che «proprio la sentenza prima della Corte Costituzionale e ora quella del tribunale di Bologna ci rende tutti particolarmente attenti a legiferare per essere certi che il valore della vita sia sempre difeso in se stesso». «Non è positiva», ha detto a commento del pronunciamento del tribunale del capoluogo emiliano, che consente la diagnosi preimpianto. Secondo la deputata del Pd «la scienza ci dovrebbe dare tutti gli strumenti per curare e non per selezionare e in qualche modo cancellare alcune persone». «La diagnosi preimpianto porta inevitabilmente ad una soluzione eugenetica», ha aggiunto monsignor Fisichella, mettendo in evidenza che «molte malattie sono state curate o vengono ora curate intervenendo sulla cellula e non sull'embrione». Quindi «bisogna avere pazienza perché la scienza faccia i suoi progressi», d'altronde sono cose che non si possono «risolvere con interventi continui della magistratura».