Il fatto

«Fondi Ue per aborti, l'Italia non aderisce»

di Francesco Ognibene

Il ministro degli Esteri Alfano nega che il nostro Paese possa sottoscrivere l'iniziativa di dieci Paesi dell'Unione Europea

L'Italia non aderirà all'iniziativa di alcuni Paesi dell'Unione Europea per sostituire con fondi comunitari gli stanziamenti che la nuova amministrazione Usa ha revocato a ong come Planned Parenthood che li usano per realizzare aborti nei Paesi poveri. È la posizione espressa ieri alla Camera dal ministro degli Esteri Angelino Alfano, che rispondendo a un'interrogazione di Gian Luigi Gigli, presidente del Movimento per la vita, ha confermato l'esistenza di una lettera inviata «due settimane fa» da «un gruppo di dieci Stati membri della Ue, su iniziativa danese», all'«Alto rappresentante Mogherini e al Commissario europeo per lo sviluppo, Mimica, per esprimere preoccupazione riguardo all'intenzione degli Stati Uniti di ridurre il finanziamento dei programmi di cooperazione allo sviluppo che si occupano della salute riproduttiva delle donne», espressione sotto la quale – come ha fatto poi notare Gigli – nell'ambiguo linguaggio Onu si cela ben altro rispetto al benessere femminile.
La questione dell'impegno di un nucleo di Paesi Ue per promuovere aborti e contraccezione con denaro pubblico nelle realtà più povere del pianeta catalogando grottescamente l'operazione come "sostegno allo sviluppo" si è ora fatta urgente anche per l'esecutivo italiano, chiamato a prendere parte (e probabilmente posizione) alla riunione informale dei ministri dello sviluppo economico dell'Unione Europea il 16 marzo a Bruxelles, convocata proprio da Federica Mogherini. La lettera, precisa Alfano, è nata dall'idea di «compensare, con l'utilizzo di fondi allo sviluppo nazionale ed europei, la riduzione dei finanziamenti statunitensi» che «riguardano impegni internazionali in materia di salute riproduttiva delle donne» e «non intesi a sostenere l'interruzione volontaria della gravidanza», che è «di competenza delle legislazioni nazionali». Distinzione che non ha convinto Gigli, il quale tuttavia ha apprezzato la precisazione di Alfano: «Il nostro Governo – ha detto il ministro – ha deciso di non sottoscrivere la lettera danese, condividendo tale scelta peraltro con ulteriori 17 Stati membri dell'Unione europea».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Eutanasia, l'Europa del «piano inclinato»

La storia si ripete sempre uguale, fatte salve le ovvie differenze ambientali. Dai Paesi Bassi all'Oregon, dal Canada al Belgio, ovunque l'eutanasia sia stata più o meno apertamente legalizzata (riuscendo a farlo anche senza nominarla mai apertamente) si è partiti dall'intento di consentire la libertà di scegliere il momento della propria morte subordinando però l'accesso a questa facoltà al rispetto di ben precise condizioni: una malattia con una prognosi infausta ravvicinata, nessuna possibilità accertata di miglioramento, sofferenze insopportabili, richiesta del paziente vagliata da più medici e anche da psicologi per stornare ogni dubbio sulla piena consapevolezza di sé. Ma se non scritte con l'intento condiviso di evitare ogni possibile deriva eutanasica, le leggi sul fine vita ispirate più o meno dichiaratamente al "diritto di morire" finiscono per aprire una breccia nella tutela della vita umana come priorità indiscussa e assoluta per lo Stato, le istituzioni e i cittadini. Con l'immancabile risultato di lasciare margini per prassi cliniche e interpretazioni giudiziarie che, poco alla volta, stravolgono le garanzie dell'impianto originario, dando vita a esiti non calcolati dal legislatore. È il caso dell'Olanda, ma anche quello della Francia, mentre in Inghilterra il braccio di ferro tra fautori e oppositori non conosce tregua. A pochi giorni dalla discussione anche in Italia di una legge sul fine vita, sono queste tre le storie che raccontiamo. **(F.O.)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una manifestazione di Alliance Vita a Parigi: «Lenire, non uccidere»

Nei Paesi da tempo alle prese con diverse forme eutanasiche le tutele si sono rivelate fragili di fronte a prassi e sentenze

Francia

«Meno cure, più abbandono»

di Daniele Zappalà

«Il dogma dell'autonomia»: Carine Brochier chiama così un effetto deleterio dei sistemi sanitari in cui la logica di un presunto «controllo della morte» guadagna terreno, come nel caso belga. L'esperta è coordinatrice dei progetti all'Istituto europeo di bioetica a Bruxelles, fra gli organismi che aderiscono alla cordata associativa francofona «Lenire ma non uccidere».

In Francia e in Italia il biotestamento fa discutere anche perché si temono derive e strumentalizzazioni. Cosa ne pensa?

In Belgio, dopo la legge che nel 2003 depenalizzò l'eutanasia, è oggi autorizzata una dichiarazione anticipata di eutanasia per i casi di coma profondo. Riguarda solo questo caso e non altri. A proposito della questione più generale dei biotestamenti, si accumulano ormai le prove che ci indicano come non si possano mai davvero conoscere e risolvere in anticipo le circostanze nelle quali ci si troverà un giorno. È il grande problema delle dichiarazioni che cercano di organizzare le condizioni della morte. Una volta innescato il meccanismo, spesso non si lascia più il dovuto spazio alla competenza dei medici, oggi sempre più spesso accusati di paternalismo.

In Francia, dove il biotestamento è già in vigore e il governo socialista vorrebbe una sua più larga applicazione, «Lenire ma non uccidere» denuncia un discorso sul fine vita sempre più focalizzato su presunti diritti e sempre meno sugli obblighi di solidarietà verso chi è fragile. Come giudica questa situazione?

Chi firma il proprio biotestamento insegue l'idea di padroneggiare ogni evento della sua vita. I biotestamenti rassicurano, ma è un riflesso di segno opposto rispetto alla fiducia nei confronti degli altri, tradizionalmente alla base della solidarietà nelle società europee: mi riferisco soprattutto alla fiducia verso il mondo medico. Certo, è vero che oggi non è sempre facile avere fiducia, ma cercare di inquadrare il comportamento dei medici, diffidare di loro in modo strutturale, può avere effetti gravi. I medici possono percepirsi sempre più come l'oggetto di strumentalizzazioni esercitate dalla volontà dei pazienti. Si scivola così nel dogma pericoloso dell'autonomia assoluta del paziente.

Si riferisce sempre anche al caso belga?

Sì. In Belgio l'autonomia del paziente è divenuta estremamente importante, soprattutto nel campo dell'eutanasia. Le farò un esempio di qualche giorno fa. Un medico generalista ha diagnosticato un tumore cercando di rassicurare subito il paziente sugli esami e le terapie considerati più efficaci. Ma il paziente, automaticamente, ha imposto al medico di scrivere nella sua cartella clinica che desiderava l'eutanasia: si è rifiutato di ascoltare ciò che la medicina e la scienza propongono, ovvero lo stesso cuore di umanità e solidarietà connaturati da sempre alla professione medica. È un caso estremo ma emblematico del dogma dell'autonomia, che rischia di provocare disastri.

La relazione medico-paziente le sembra davvero in pericolo?

L'alleanza terapeutica, che è un valore fondamentale, rischia sempre più di lasciare il posto a una relazione di potere e di tipo clientelare. Molti medici e paramedici vivono ormai tutto questo come un dramma.

Le cure palliative possono subire contraccolpi?

Una cultura sanitaria sempre più influenzata dall'eutanasia, anche solo come meta da raggiungere un domani, tende inevitabilmente a uccidere le cure palliative. Non appena la cultura dell'eutanasia prende piede in un Paese le équipe mediche tendono sempre meno a spremersi le meningi per trovare, di volta in volta, soluzioni umane per accompagnare al meglio il paziente, per circondarlo di attenzioni. Anche perché, paradossalmente, i medici che resistono alla cultura dell'eutanasia finiscono per essere tacciati d'insensibilità e mancanza di compassione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Inghilterra

Giudici e media, pressione continua

di Elisabetta Del Soldato

I genitori di Charlie hanno meno di un mese per provare che il loro piccolo, gravemente malato e affetto da una rara condizione del mitocondrio, può essere salvato malgrado i medici pensino il contrario. Chris Gard e Connie Yates, padre e madre del bambino di sette mesi, vorrebbero portarlo negli Stati Uniti dove verrebbe sottoposto a cure pionieristiche mentre i medici in Gran Bretagna sostengono di aver esaurito tutte le cure possibili e che sia meglio spegnere le macchine che lo tengono in vita per garantirgli «una morte dignitosa». Il giudice dell'Alta Corte, Justice Francis, ha deciso, dopo aver detto di provare «la più profonda compassione» verso i genitori, di lasciare a loro e ai medici americani la possibilità di esporre il caso alla Corte entro il 3 aprile.
Il suicidio assistito e l'eutanasia sono illegali nel Regno Unito e punibili fino a 14 anni ma nell'ultimo decennio le spinte per renderli accettabili sono state incessanti. Nel luglio 2010 l'allora procuratore della regina Keir Starmer, sotto la pressione dei casi di diversi malati terminali ma soprattutto di quello di Debbie Purdy, affetta da sclerosi multipla, che chiedeva la certezza che il marito non sarebbe stato incriminato se l'avesse accompagnata a morire in Svizzera, introdusse linee guida che sollevano da ogni incriminazione chi abbia agito «per pura compassione». «Ma questo – spiega Peter Saunders, dell'associazione Care not Killing, che da più di dieci anni lotta per il diritto alla vita – non ha fermato la lobby a favore dell'eutanasia nella sua opera di pressione sul Parlamento».

Dottor Saunders, sono stati vari tentativi di legalizzare il suicidio assistito in Gran Bretagna, partendo dal disegno di legge di Lord Joffe fino a quello recente di Rob Marris. Crede che prima o poi la lobby per l'eutanasia riuscirà nel suo intento?

Fino a oggi siamo riusciti a fermarli e credo che ci riusciremo anche in futuro. Lottiamo senza tregua per promuovere le cure palliative e il diritto alla vita dei più vulnerabili. Il Parlamento britannico ha rifiutato per ben quattro volte la legalizzazione del suicidio assistito. Molteplici ed estese ricerche, condotte non solo da noi, hanno dimostrato che non esiste la necessità di cambiare la legge.

Alcuni sostengono però che a causa della legge sempre più malati terminali che vogliono "staccare la spina" si trovino a dover andare in Svizzera per essere aiutati a morire...

In realtà il numero dei britannici che si recano all'estero per un suicidio assistito è molto basso (273 in tredici anni) rispetto ai dati dei Paesi dove la procedura è stata legalizzata. Con una legge come quella dell'Oregon avremmo almeno 1.500 morti ogni anno, con quella olandese 16mila.

Vari programmi televisivi negli ultimi mesi hanno promosso il cosiddetto "diritto a morire". Crede che siano riusciti a influenzare sull'opinione pubblica?

La gente purtroppo è facilmente manipolabile quando programmi popolari giocano con le emozioni dei telespettatori e usano casi estremi. Ma la verità è che l'opposizione al suicidio assistito è molto forte in questo Paese e vede come protagonisti non solo i governi degli ultimi dieci anni, i leader della Chiesa e le associazioni *pro-life* ma anche il 90% dei medici. Sono proprio loro i primi a sapere molto bene che se il suicidio assistito fosse legalizzato tutte le misure studiate per proteggere i più vulnerabili alla fine non funzionerebbero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Olanda

«Morte solo in casi estremi». Ma ora possono ottenerla tutti

di Maria Cristina Giongo

Il primo caso di eutanasia attiva nei Paesi Bassi risale all'11 marzo 1952, quando un medico di Utrecht l'applicò a suo fratello: fu condannato a un anno di carcere con la condizionale. Ne seguirono altri. Sempre più si fece strada nel Paese la necessità di una legge che regolasse questa pratica. Il sì arrivò in Parlamento il 12 aprile 2001, la norma poi entrò in vigore dopo un anno, il 1° aprile 2002. Pochi ricordano che la proposta di legge fu portata avanti da una minoranza parlamentare: D66 (centrosinistra), Vvd (partito liberale, ora al governo) e PvdA (Partito dei lavoratori). Il testo approvato riguardava la possibilità di porre fine alla propria vita, su esplicita richiesta, con l'aiuto di un medico il quale doveva valutare «la sofferenza insopportabile e senza prospettive di guarigione». Nei primi anni fu applicata per l'80% a malati di cancro allo stadio terminale. La legge prevedeva (e prevede tuttora) la possibilità di richiederla anche da parte dei minorenni dai 12 ai 16 anni con il consenso dei genitori, e dai 16 ai 17 anni senza consenso ma dopo averli informati. Infine ammette il suicidio assistito, ma il medico deve autodenunciarsi per poter valutare se si tratta di un caso veramente "estremo".
Da allora l'eutanasia è stata estesa anche ai malati affetti da demenza e con problemi psichiatrici gravi ma senza cambiare la legge. È bastato infatti escogitare vari espedienti per aggirare alcune regole vincolanti sulla procedura di accettazione delle richieste da parte dei pazienti. Oggi sono stati valicati tutti i confini possibili con scappatoie di vario genere, un passo dopo l'altro: persino un cieco può ottenere l'eutanasia, con la compiacenza di un medico chiamato a giudicare se la sua sofferenza sia «insostenibile». Nel 2015 è stata applicata l'eutanasia a 180 anziani che non sopportavano più i disturbi legati alla vecchiaia: la prima è stata una signora di 100 anni, Ans Dijkstra, senza gravi patologie ma solo con malesseri fisici tipici della sua età. Pochi mesi fa è stata la volta di una donna colpita da Alzheimer, tenuta ferma con la forza perché si rifiutava di dare seguito alla sua richiesta firmata tempo prima.
L'associazione olandese «Schreeuw om leven» («Un grido per poter vivere») si batte da anni contro l'uso di espressioni come "vita senza senso" e "dolore insopportabile", che «hanno provocato una vera catastrofe sia a livello pratico che etico, per via delle varie interpretazioni che si possono dare a riguardo – spiegano dall'associazione –. Idem per il suicidio assistito: non si chiede più a un medico di fare il possibile per salvare una vita umana ma per eliminarla. La legge sull'eutanasia ha portato alla negazione dei principi storici, giuridici e anche cristiani del nostro Paese».
Nei Paesi Bassi la prossima settimana si terranno le elezioni politiche. D66 ha nel programma la possibilità per chi ha più di 75 anni di chiedere il suicidio assistito, proposta già giunta in Parlamento l'anno scorso e bocciata da vari ministri. Durante un recentissimo dibattito televisivo il leader del partito ChristenUnie (Cristiani Uniti), Geert-Jan Segers, ha protestato contro l'insistenza nel voler ampliare una legge che già ha provocato drammi immensi: «Ora si vorrebbe dare agli anziani un ticket per morire invece di garantirgli cure e assistenza medica e sociale. In questo modo si arriverà alla normalizzazione del suicidio, e nessun cittadino sarà più protetto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSlyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VplyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxNy0wMy0wOVQxMDoyMDoxOSMjI1ZFUg==

Suicidio assistito per sentenza la Germania si scopre vulnerabile

Lo Stato non può essere obbligato al suicidio. È con queste parole che la Chiesa cattolica tedesca è intervenuta all'indomani della sentenza della Corte amministrativa federale di Lipsia, che ha deciso che «in circostanze estreme» è possibile prescrivere farmaci che aiutano il paziente a togliersi la vita. «La decisione – ha dichiarato il portavoce della Conferenza episcopale tedesca, Matthias Kopp – ci riempie di grande preoccupazione e solleva questioni importanti». Il tribunale della città della Sassonia ha stabilito «il diritto per il paziente che soffre ed è malato incurabile di decidere come e quando la sua vita dovrebbe finire». La sentenza arriva dopo il ricorso del marito di una donna, morta nel 2005, alla quale era stato rifiutato il farmaco per togliersi la vita, decisione che la portò a farlo successivamente in una centro specializzato in Svizzera. Contro la sentenza si sono espresse diverse Chiese tedesche. «La dignità personale – ha dichiarato Kopp – consiste proprio nel fatto che non si perde mai, anche con malattie gravi». Preoccupazione è stata espressa dalla Chiesa evangelica e da quella protestante. Contrario anche il ministro della Salute, Hermann Gröhe.

Simona Verrazzo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La notizia

Sla, aiuti per condividere le scelte terapeutiche

di Graziella Melina

Ascolto e informazioni corrette. Li chiedono i malati di Sla, spesso disorientati sul percorso terapeutico da intraprendere e sulle possibilità di cura. Per chiarire i fermi e supportare pazienti e familiari, l'Aisla ha deciso di mettere a disposizione un team di esperti in ambito socio-sanitario e legale. Il nuovo servizio di consulenza sulle scelte terapeutiche – attivo da lunedì a venerdì dalle 9 alle 17 allo 02.66982114 – è un potenziamento del Centro d'ascolto dell'associazione attivo da 14 anni. Per approfondire il tema del consenso informato, del ruolo del medico e della consapevolezza sul percorso di cura, basato sull'appropriatezza, la proporzionalità e la consensualità dei trattamenti, l'Aisla ha realizzato un documento sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat). «Pensiamo che le persone con Sla – sottolinea il presidente Massimo Mauro – abbiano il diritto di essere informate adeguatamente sui trattamenti sanitari a cui possono essere sottoposte e di scegliere in modo consapevole, senza essere mai lasciate sole». Tra le questioni trattate, la sedazione palliativa, prevista dalla legge 38, il diritto di scegliere o rifiutare la ventilazione invasiva. «La definizione di tali scelte – precisa Mauro – non può essere limitata alla sottoscrizione di moduli, ma deve essere l'esito di un processo di condivisione che consenta alla persona malata di avere tutti gli elementi (clinici, affettivi e legali) per poter fare la scelta più appropriata e adeguata alla condizione in cui si trova, e che non si conclude con la definizione di tale scelta, ma deve essere continuamente sostenuta, accompagnata ed eventualmente rivista.
Il documento di Aisla non è il primo. Già nel 2015 il Policlinico Gemelli di Roma aveva messo nero su bianco un documento interno, «Percorso clinico assistenziale del paziente con sclerosi laterale amiotrofica», sottolineando come il paziente vada «informato in maniera chiara e dettagliata sulle modalità, finalità, limiti e vantaggi di essere sottoposto a una ventilazione meccanica invasiva mediante tracheotomia». E della possibilità di richiederne la sospensione «laddove si configuri per lui una gravosità non più sostenibile e straordinaria».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giovedì, 9 marzo 2017

Quanti nodi nella legge sul fine vita

di Angelo Picariello

In vista dell'approdo in aula alla Camera del disegno di legge sul testamento biologico, previsto per lunedì, qualcosa sembra muoversi per evitare il rischio di derive eutanasiche. Rischio più che concreto, che la discussione serrata in Commissione Affari sociali non è riuscita a fugare. I dubbi permangono soprattutto in relazione al non ben definito ambito di applicazione delle Dat, le «Disposizioni anticipate di trattamento» (e non più «Dichiarazioni» com'era nel testo iniziale), che possono spingersi sino al rifiuto della nutrizione assistita. Anche nel Pd, che l'altra sera ha tenuto sul tema una riunione di gruppo dei deputati, la discussione è finalmente entrata nei nodi cruciali. Su idratatazione e alimentazione, ad esempio, la relatrice Donata Lenzi ha manifestato disponibilità a considerare un ruolo più incisivo per i medici, chiamati – di fronte al caso specifico – a decidere se si tratti di accanimento o del venir meno di funzioni vitali da assicurare in ogni caso. Altro punto oggetto di maggiore valutazione, l'inserimento di un sostegno psicologico (come proponeva un emendamento, bocciato, del presidente di Commissione Mario Marazziti) con l'obiettivo di prevenire stati depressivi che possano spingere a una sfiducia nelle cure, a dispetto di ogni valutazione scientifica successiva. La linea decisa nel Pd è di ricercare la più ampia convergenza possibile, innanzitutto nella maggioranza e poi anche con altre forze, per ampliare il sostegno al progetto ed evitare le incognite dei molti voti segreti previsti.
Tra le varie questioni ancora aperte, ne abbiamo isolate cinque. Che approfondiamo in questa pagina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Obiezione

Il diritto «dimenticato»

di Marcello Palmieri

«Ogni azienda sanitaria pubblica e privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge». Quanto ora dispone l'articolo 1, comma 10, della proposta di legge nella sostanza obbliga qualsiasi medico e qualsivoglia ospedale – se richiesto dal malato – a sospendere su chicchessia idratazione e nutrizione assistite. Con buona pace dell'obiezione di coscienza assicurata ai sanitari dal loro Codice deontologico, secondo cui «il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o i propri convincimenti tecnico-scientifici». Un diritto – radicato nella Costituzione, dunque non cancellabile da una legge di grado inferiore – che la proposta in discussione alla Camera mina platealmente. Non solo. «Rappresenta il rovesciamento della prospettiva finora seguita dal legislatore su questi temi», osserva **Domenico Airoma**, procuratore aggiunto al tribunale di Napoli nord e vicepresidente del Centro studi Rosario Livatino. Che esemplifica: «La legge 194 sull'aborto non eleva la possibilità di interrompere la gravidanza a diritto ma semplicemente a libertà». Una libertà che in questo caso «viene contemperata con il diritto del sanitario all'obiezione di coscienza». Nel testo sul fine vita, invece, non è così: «Il desiderio di porre fine alla propria esistenza – argomenta il magistrato – in virtù del principio di autodeterminazione diventa diritto assoluto, e come tale incoercibile». Così, sotto il profilo giuridico, «questa volontà genera un obbligo a essere soddisfatti». E «chi vi si oppone – annota il giurista – potrebbe essere chiamato a risponderne in sede penale o risarcitoria». Si rischia allora di calpestare non solo il principio dell'indisponibilità della vita, secondo autorevoli interpretazioni anch'esso custodito dalla nostra Carta fondamentale, ma anche lo stesso diritto all'obiezione di coscienza. «Non a caso – annota Airoma – in questo scenario si sta cercando di trasformare pure l'aborto da libertà a diritto, sebbene la legge sia molto chiara al riguardo». Un risultato inaccettabile, giuridicamente prima ancora che moralmente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Consenso informato

«Discutibili le dichiarazioni scritte in piena salute»

di Danilo Poggio

«Se dal punto di vista formale le Disposizioni anticipate di trattamento (Dat) sembrano funzionare, in pratica le cose sono ben diverse». A spiegarlo è **Enrico Larghero**, medico anestesista torinese, che da tempo si occupa di problematiche bioetiche. «Oggi naturalmente non si può fare medicina senza un consenso informato. Siamo passati dal paternalismo medico a una medicina che ha come perno il principio di autonomia dei pazienti. Le Dat vogliono essere una sorta di consenso informato a priori». Eppure, nel concreto, sono molte le difficoltà che potrebbero nascere dal restare inchiodati a una volontà espressa magari molti anni prima, in una situazione psicofisica diversa.
«La percezione della propria salute muta nel tempo. Se quando avevo 12 anni mi avessero chiesto che cosa pensavo di un cinquantacinquenne avrei risposto che stavamo parlando di un vecchio. Oggi, a 55 anni, mi sento molto giovane, soprattutto rispetto a un ottantenne, per esempio. Insomma, le cose cambiano: la percezione della salute del proprio corpo è un concetto dinamico e non statico. E tutti noi, soprattutto in situazioni di difficoltà, manifestiamo sempre un grande attaccamento alla vita». Il pensiero va ai casi di sindrome locked-in, nei quali la persona appare in stato vegetativo. In realtà è cosciente e riesce anche a comunicare, magari muovendo soltanto un muscolo: «Quando è stato possibile intervistarli i pazienti hanno espresso chiaramente il desiderio di vivere e il loro apprezzamento per quella che altri potrebbero considerare una vita indegna di essere vissuta. Questo accade spesso, è un'evidenza, al di là delle convinzioni etiche o religiose».
I progressi della scienza hanno creato condizioni di vita impensabili decenni fa e i medici si trovano a gestire situazioni che in natura non sono presenti. «Le Dat non sono la vera risposta a queste problematiche e c'è sempre il rischio di proseguire su un pendio pericoloso. Davanti a una dichiarazione scritta molti anni prima, come medico sarei in difficoltà, perché le variabili e i possibili cambiamenti sono infiniti. È invece necessaria una medicina con un reale rapporto fiduciario tra medico e paziente, fondata davvero sul concetto di alleanza terapeutica. Le decisioni si devono prendere insieme, nel rispetto della vita e della dignità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Dat» vincolanti

Fine della deontologia?

di Enrico Negrotti

«Non credo che potrei praticare interventi contrari alla deontologia professionale. È una questione di rispetto reciproco tra paziente e terapeuta». **Roberto Carlo Rossi**, presidente dell'Ordine provinciale dei medici di Milano, non condivide l'impostazione del disegno di legge che pare obbligare il medico a eseguire ogni richiesta che un cittadino può indicare nelle Dat: «Per la delicatezza delle questioni, penso addirittura che non vi sia la necessità di legiferare su questi temi. E non per volontà paternalistica del medico, quanto per seguire una prassi che ha sempre fondato ogni intervento, orientato al bene del malato, sull'alleanza terapeutica con il paziente stesso e con il suo più stretto entourage familiare».
Da medico di famiglia, continua Rossi, «non mi è comune seguire persone in condizioni critiche come accade in ospedale. Ma, in generale, e parlando personalmente, ritengo che tutto si fondi sulla relazione medico-paziente: il malato deve sempre essere tutelato, è il soggetto debole; il terapeuta deve fare di tutto per farlo stare bene, ma non vanno dimenticati i suoi diritti deontologici e professionali. Se mi chiedono qualcosa che va contro la mia coscienza, possono sempre cambiare medico. Per esempio: io non riuscirei mai a lasciar morire di fame e sete una persona. Il nostro Codice deontologico dice già che si deve evitare l'accanimento, ma il tutto si gioca in una relazione dove quasi mai c'è una contrapposizione tra bianco e nero: il medico soccorre, tiene conto (che è cosa diversa dall'obbligo di rispettare) della volontà del paziente, ma poi adatta alla circostanza pratica del momento ogni decisione terapeutica. Seguendo la miglior scienza e la sua coscienza».
Da non trascurare, infine, i problemi burocratici, che però possono diventare decisivi in particolari circostanze: «Leggo che queste dichiarazioni (che sarebbero anche un onere amministrativo non secondario per il medico) dovrebbero essere registrate sul fascicolo sanitario elettronico. Peccato che funzioni ben poco, anche in Lombardia che pure è all'avanguardia sulle dotazioni tecnologiche. E se un paziente con le sue volontà registrate a Milano si sente male in Calabria, siamo sicuri che si riesce ad avere notizia del suo documento?».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nutrizione assistita

«Crudele sospenderla, il medico deve far vivere»

«Il medico ha un'altra missione che lasciare morire una persona di fame e di sete». Collaboratori e colleghi del professor Giuliano Dolce, morto il mese scorso, non hanno alcuna intenzione di trascurare la sua preziosa eredità nell'assistenza alle persone in stato vegetativo o con gravi compromissioni della coscienza. **Paolo Scola**, direttore sanitario dell'Istituto Sant'Anna di Crotone (150 letti, di cui 80 dedicati alle persone in stato vegetativo) ricorda con affetto il maestro e fondatore della casa di cura: «Ci ha insegnato a riflettere sulla problematica degli stati vegetativi quando nessuno se ne occupava – ricorda oggi –. La sua linea di condotta è rimasta qui feconda, a partire da quella Carta di Crotone di oltre vent'anni fa: dobbiamo sempre fare il possibile per garantire la vita di queste persone».
La possibilità, prevista dal disegno di legge sulle Dat, di rinunciare a idratazione e nutrizione qui non convince: «È stato ormai dimostrato – continua Scola – che la persona in stato vegetativo sente dolore, soffre. La sospensione della idratazione sarebbe una pratica crudele. Non può essere compiuta da un medico, che ha preso una laurea in medicina per curare, per prendersi cura, non necessariamente per guarire. Il medico ha un'altra missione che lasciar morire».
Il rispetto delle volontà del paziente è un concetto importante, aggiunge Scola, ma nella relazione di cura: «È diverso che io dialoghi con un paziente e analizzi con lui le diverse opzioni rispetto all'esecuzione di una richiesta fatta tempo prima in assenza di malattia. Ed è diverso poi avere a che fare con chi ha una patologia allo stadio terminale, che vuole non soffrire, rispetto a una persona in stato vegetativo». Scola racconta un aneddoto significativo: «Avevamo tempo fa ricoverato per gravi lesioni un giovane che aveva tentato per ben tre volte il suicidio, con tre metodi differenti, fallendo in tutti i casi. Quando però per una complicazione tracheale rischiava di morire ed è stato necessario portarlo d'urgenza a eseguire una tracheotomia, ci chiedeva di salvarlo». **(E.Ne.)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Biotestamenti

Sulle volontà già depositate il dubbio della validità

Tra i nodi ancora da sbrogliare nella proposta di legge sul fine vita c'è pure l'articolo 5: «Ai documenti atti a esprimere la volontà del disponente in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il Comune di residenza o davanti a un notaio prima della data di entrata in vigore della presente legge – recita il testo – si applicano le medesime disposizioni della presente legge». Vale a dire l'articolo 3, titolato «Disposizioni anticipate di trattamento» (le Dat): quello che vorrebbe rendere assolutamente vincolante il cosiddetto "testamento biologico", e cioè il supporto su cui una persona, in previsione di una eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, «può esprimere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto a scelte diagnostiche o terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, comprese le pratiche di nutrizione e idratazioni artificiali». Seguono minuziose indicazioni sulle modalità con cui raccogliere queste volontà.
Già. Ma cosa succede alle dichiarazioni raccolte prima dell'eventuale entrata in vigore della legge? «Se redatte senza rispettare le regole, di contenuto e procedura, previste dalla norma, sono illegittime». È il parere di **Andrea Simoncini**, ordinario di Diritto costituzionale all'Università Statale di Firenze, che spiega l'insostenibilità della visione opposta: «Diversamente, nel nostro ordinamento giuridico avremmo Dat di serie A e Dat di serie B, in palese violazione del principio costituzionale di eguaglianza».
Sta di fatto che la maggior parte di queste dichiarazioni giacenti negli archivi di Comuni e notai (dalla proposta di legge ora "promosse" a disposizioni vincolanti) è verosimilmente dotata di questi requisiti, dunque opera. Ma chi accerta se il paziente, prima di redigere quell'atto, sia stato dettagliatamente informato sulla sua situazione clinica così come richiedono la lettera e lo spirito generale della norma? Il punto è che la legge pone «alcuni (pochi) limiti di contenuto» per la validità dei biotestamenti già depositati. **(M.Palm.)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSlyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VplyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxNy0wMy0wOVQxMDoyMDoxOSMjI1ZFUg==