

Prima Pagina

dal 27/05/2013 al 02/06/2013 ▾

Giovedì 30 Maggio 2013

TRE ANNI DOPO LA LEGGE 38

Cure palliative Un salto di qualità

Il bioeticista Antonio G. Spagnolo traccia un bilancio sostanzialmente positivo della nuova normativa: "Una novità e un valore". Basti pensare alla cosiddetta "scheda del dolore" diventata obbligatoria negli ospedali. Ma c'è anche una valenza etica perché la persona viene messa al centro della buona medicina. I ritardi da recuperare

Giovanna Pasqualin Traversa

La legge n. 38 del 15 marzo 2010 tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. Diritto tutelato e garantito, secondo l'art.1, "al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza". A tre anni dalla legge, il Sir ha parlato con **Antonio G. Spagnolo**, direttore dell'Istituto di bioetica dell'Università cattolica.



Che cosa ha rappresentato la legge 38/2010 nell'orizzonte sanitario del nostro Paese?

"Una novità e un valore. Anzitutto il riconoscimento che la medicina palliativa non è un'alternativa alla terapia finalizzata a guarire o a limitare il danno legato alla patologia, ma deve procedere in modo parallelo agli altri trattamenti. Negli ospedali è diventata obbligatoria la cosiddetta 'scheda del dolore' per la rilevazione/valutazione del dolore e dei conseguenti interventi analgesici. In secondo luogo una valenza etica: introduce l'idea che, prima che sui criteri generali di ordine statistico legati all'evidenza e ai risultati dei grandi trial clinici in materia di farmaci e trattamenti, una buona medicina deve essere centrata sulla persona, sui suoi bisogni, sulla sua dignità".

Che cosa si intende per cure palliative?

"L'insieme degli interventi finalizzati ad alleviare la sofferenza del paziente e migliorarne la qualità di vita. La prospettiva non è guarire o 'ridurre il danno', bensì offrire risposta ai sintomi di una patologia caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, e che non risponde più a trattamenti specifici".

Qui si apre il dibattito sulla "liceità" della cosiddetta "sedazione terminale" e sui suoi possibili effetti di accelerazione della morte...

"Tema oggetto di discussione ma anche equivoco da chiarire, anzitutto impiegando una terminologia appropriata. Per essere applicata, proprio perché comporta la riduzione e/o soppressione della coscienza, la sedazione palliativa/profonda - preferisco definirla così - viene somministrata solo in presenza di criteri ben precisi, i cosiddetti 'sintomi refrattari' ai consueti trattamenti. Si tratta di un intervento legittimo sul piano terapeutico, etico-deontologico e legale. Di fronte all'obiezione che possa anticipare la morte del paziente, studi pubblicati su autorevoli riviste internazionali dimostrano come, al contrario, essa non riduca la sopravvivenza dei malati ma in molti casi la prolunghi. Oltre alla presenza di sintomi refrattari, questa procedura richiede anche la piena consapevolezza del paziente che la sua applicazione provocherà riduzione/soppressione della vigilanza e della coscienza".

C'è chi parla di labile confine tra sedazione profonda e pratica eutanasi...

"L'intenzione e i metodi sono del tutto diversi. A differenza dell'eutanasia, nella sedazione palliativa non c'è intenzione né formale né materiale di anticipare la morte, e i metodi usati (farmaci e dosaggi) sono sedativi, non letali. Non stiamo del resto scoprendo nulla di nuovo. Agli anestesisti riuniti in convegno a Roma, Pio XII nel 1956 ne aveva già affermato la liceità".

Che cosa dice la legge al riguardo?

"Non entra nel merito: la questione emerge dal dibattito internazionale. Non ritengo tuttavia necessario un intervento specifico del legislatore: la deontologia e i protocolli sono sufficienti a sgomberare il campo da equivoci, mentre ogni pratica volta ad anticipare la morte è sanzionata come omicidio dal nostro Codice penale".

Un bilancio sulla sua applicazione?

"In base alle dichiarazioni del ministro della Salute Beatrice Lorenzin in occasione della Giornata del sollievo (26 maggio), sono ancora pochissimi gli ospedali a muoversi. Manca a mio avviso un'adeguata preparazione degli operatori sanitari. Più che gli infermieri, sono i medici ad opporre 'resistenze' considerando le cure palliative 'altro' rispetto alla visione di medicina finalizzata soltanto a guarire, e pertanto delegabili ad altri. Collegati con la legge vi sono però due elementi importanti: la recente istituzione del ruolo professionale del medico palliativista (D.m. 7/02/2013) e l'istituzione di master di primo e secondo livello per tutte le figure che si occuperanno di cure palliative, secondo precise indicazioni del ministero. Strumenti per migliorare l'applicazione della normativa e diffondere una nuova cultura secondo la quale compito del medico non è solo la guarigione del paziente, ma anche il suo accompagnamento migliorandone la qualità di vita".