

L'INTERVENTO

di Cristiano Samuelli *

Fine vita, scienza medica e problemi etico-deontologici

Soprattutto negli ultimi vent'anni c'è stato un progresso della scienza medica nel campo tecnico-strumentale e farmacologico che se da un lato ha migliorato la qualità di vita del malato e con essa anche la sua aspettativa di vita dall'altro ha creato delle nuove problematiche etico-deontologiche.

Questi effetti si sono soprattutto fatti sentire nel campo delle problematiche di fine vita dove è sicuramente più pressante per le coscienze la contrapposizione fra l'approccio clinico e farmacologico del medico e la volontà del paziente. Ne sono un importante esempio i casi di Piergiorgio Welby e di Eluana Englaro che, pur non essendo gli unici di questo tipo in Italia, hanno smosso le coscienze perché hanno creato delle domande senza risposta, dapprima con la loro volontà di non continuare a vivere nella loro condizione, poi con la loro morte.

Un momento fondamentale da analizzare in questi casi è quello della contrapposizione apparente fra l'autodeterminazione del paziente (tutelata dall'articolo 32 della Costituzione) e la professionalità del medico (vincolata agli articoli 352 e 393 del Codice di deontologia medica). Contrasto apparente quindi perché la libertà di scelta del paziente inguaribile si concilia con la scelta diagnostico-terapeutica del medico attraverso il consenso o il dissenso informato, formando un'alleanza terapeutica che, se infranta, diventa accanimento diagnostico terapeutico, ovvero quando il medico «insiste in trattamenti futili e sproporzionati dai quali cioè fondatamente non ci si può attendere un miglioramento della malattia o della qualità di vita» oppure «se insiste nell'intraprendere o nel perseverare in trattamenti rifiutati dal paziente capace e informato».

Per questo ritengo che una legge sul fine vita debba arrivare fino alla porta della stanza del malato facendosi invece carico di situazioni come le cure palliative o il rapporto con la magistratura.

Vorrei affrontare un'altra importante problematica legata alla volontà del paziente inguaribile e cioè la sua morte come richiesta specifica, partendo da un ambito giuridico.

La Corte di Cassazione riferendosi a Eluana Englaro ha detto che «il rifiuto delle terapie medico-chirurgiche, anche quando conduce alla morte, non può essere scambiato per un'ipotesi di eutanasia, ossia per un comportamento che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte, esprimendo piuttosto tale rifiuto un atteggiamento di scelta, da parte del malato, che la malattia segua il suo corso naturale. E d'altra parte occorre ribadire che la responsabilità del medico per omessa cura sussiste in quanto esista per il medesimo l'obbligo giuridico di praticare o continuare la terapia e cessa quando tale obbligo viene meno: e l'obbligo, fondandosi sul consenso del malato, cessa - insorgendo il dovere giuridico del medico di rispettare la volontà del paziente contraria alle cure - quando il consenso viene meno in seguito al rifiuto delle terapie da parte di costui».

Questa affermazione riprende il concetto di accanimento

diagnostico-terapeutico nell'ottica dell'andare contro la volontà del paziente e introduce il concetto di eutanasia che viene così richiamata nell'articolo 17 del codice di deontologia medica: «Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocare la morte». Il medico quindi non può portare a morire intenzionalmente e deliberatamente il paziente per il divieto deontologico oltre che etico e giuridico. Tengo a sottolineare oltretutto che l'eutanasia se da una parte potrebbe essere espressione della libera volontà del paziente inguaribile, dall'altra abbisognerebbe dell'intervento del medico ledendone però la propria autodeterminazione deontologico-professionale.

Dunque, come visto, i due termini associati al fine vita ovvero accanimento ed eutanasia portano a un atteggiamento negativo rispettivamente verso il paziente e verso il medico e di conseguenza non possono essere presi in considerazione per affrontare queste problematiche. Diventano fondamentali i concetti di desistenza terapeutica ed etica dell'accompagnamento. «Con desistenza terapeutica si intende l'atteggiamento terapeutico con il quale il medico desiste dalle terapie futili e inutili rendendosi conto che i trattamenti in atto hanno come unica conseguenza un inutile prolungamento dell'agonia del suo paziente». La sua importanza è legata al fatto che «la limitazione dei trattamenti di sostegno vitale ha l'unico scopo di non prolungare il processo agonico, permettendo al paziente di morire a causa della sua malattia, pertanto non si configura come un atto eutanasi, teso cioè intenzionalmente a sopprimere la vita umana».

La desistenza terapeutica trova il suo fondamento nell'etica dell'accompagnamento che consiste sostanzialmente nel sedare il dolore e proporzionare le cure, capire i bisogni del malato inguaribile e decodificarne le richieste dando inoltre sostegno alla sua famiglia. Concordo pienamente quando viene detto che «diviene quindi essenziale in questa fase una medicina centrata sul malato e sulla sua famiglia, che, attraverso un approccio palliativo, valorizzi il suo bisogno di autodeterminazione nell'interesse della sua qualità di vita e della sua dignità. Tutto questo sarà possibile solo in un sistema sanitario in grado di garantire una piena accessibilità ad ogni livello di cura da parte di tutti i cittadini ma anche di soddisfare realisticamente l'intera domanda di salute».

L'accompagnamento è un diritto del malato inguaribile a cui il servizio sanitario e il settore sociale devono essere in grado di far fronte, salvaguardando il diritto all'autodeterminazione del cittadino e la deontologia del professionista sanitario, fondamenti del testamento biologico.

* Presidente dell'Associazione italiana per le decisioni di fine vita
www.desistenzaterapeutica.it

“ Sono diventati fondamentali i concetti di desistenza terapeutica ed etica dell'accompagnamento, diversi dai termini negativi di eutanasia e accanimento