

Professione Medico

L'ultimo confine dell'etica. Il dibattito ricomincia in commissione Affari sociali della Camera con 2.600 emendamenti

Al capezzale la libertà di cura

Nel biotestamento escluse le indicazioni finalizzate a eutanasia attiva od omissiva



Marzio Bartoloni

Ha spaccato il Paese scavando l'ennesima trincea tra laici e cattolici. Ha diviso il Parlamento anche all'interno dei due schieramenti finora incapaci di scrivere insieme una legge. Ma il dibattito sul biotestamento sta scuotendo soprattutto le coscienze di chi indossa il camice bianco. Perché garantisce ai cittadini la possibilità di stabilire in un documento - il testamento biologico - le proprie volontà sulle cure di fine vita è una grande rivoluzione nel rapporto medico-paziente. E come tutte le rivoluzioni divide anche la classe medica. Che dopo un primo periodo di pesante silenzio ha fatto sentire la propria voce.

In gioco ci sono principi fondamentali scritti nella Costituzione: dal diritto alla salute, compresa la libertà di decidere quali cure rifiutare, fino a quello all'autodeterminazione del cittadino. Diritti che impattano con alcuni punti caldi del disegno di legge approvato lo scorso marzo al Senato sulla scia dell'emozione del dramma di Eluana Englaro, la donna di Lecco a cui, dopo 17 anni di stato vegetativo, è stata interrotta la nutrizione forzata sulla base della decisione della corte d'Appello di Milano. Una decisione che rappresenta una sorta di spartiacque sul terreno minato del fine vita.

Il Parlamento ricomincerà proprio in questi giorni a es-

aminare gli emendamenti (ben 2.600) piovuti sul testo, in commissione Affari sociali della Camera, sia dall'opposizione che dalla maggioranza. Ma a chiedere di cambiare c'è anche la maggioranza dei medici che - attraverso società scientifiche, sigle sindacali e l'Ordine - negli ultimi mesi ha criticato buona parte dei paletti piantati dalla maggio-

EQUILIBRIO DELICATO

La Fnomceo si è spaccata sulla dichiarazione anticipata di trattamento non vincolante per i camici bianchi

DA RISPETTARE

Le disposizioni scritte sono valide cinque anni. Non si può rinunciare ad alimentazione e idratazione artificiali

ranza per evitare altri casi come quello di Eluana. Non tutti però sono critici. Una sostanziosa minoranza di medici difende, invece, quei paletti per il biotestamento perché rappresentano un argine a pericolose fughe in avanti. E perché salvaguardano quello che resta del compito principale di ogni medico: decidere quali cure sono migliori o non so-

no più efficaci per i pazienti.

Ma cosa prevede la legge all'esame della Camera? L'identikit del biotestamento scritto nel Ddl è molto chiaro: la «Dichiarazione anticipata di trattamento» (Dat) deve essere redatta in forma scritta, da persona maggiorenne, in piena capacità di intendere e volere, ed è raccolta dal medico di famiglia. La «Dat» - sempre revocabile e modificabile - avrà validità di cinque anni ed è conservata in un apposito registro. Nel biotestamento il cittadino potrà esprimere l'orientamento su terapie e trattamenti di fine vita in previsione di un'eventuale perdita della capacità di intendere e volere. Ma non potrà, mai, inserire indicazioni finalizzate all'eutanasia attiva e omissiva». In più - e questo è uno dei punti più contestati di tutto il Ddl - alimentazione e idratazione artificiale non potranno mai essere sospese perché essendo un «sostegno vitale» non possono rientrare tra le indicazioni da inserire nel testamento biologico.

Infine il punto forse più delicato per i medici: il fatto cioè che le «Dat» non saranno vincolanti per i camici bianchi. Che, sentito il fiduciario nominato dallo stesso paziente, dovranno solo «prendere in considerazione» le volontà espresse dal paziente, potendosene discostare se lo ritengono opportuno.

Le reazioni della classe medica, come detto, sono state le più svariate. Ma tra quelle ufficiali si segnala senz'altro quella della Federazione degli Ordini dei medici che, il 13 giugno, ha votato a maggioranza un documento che in sostanza boccia la legge approvata dal Senato. Un voto, questo, che però ha visto anche la stessa Fnomceo spaccarsi, con il voto contrario al documento finale di alcuni Ordini provinciali importanti (Bologna, Milano, Lodi, Pavia e Potenza).

La posizione della Fnomceo auspica una modifica del Ddl e definisce solo l'alleanza terapeutica tra medico e paziente come il possibile «baricentro» nelle scelte di fine vita. Per l'Ordine dei medici è meglio, dunque, che il legislatore intervenga «formulando un diritto mite». Un diritto, cioè, che si limiti esclusivamente a definire «la cornice di legittimità giuridica sulla base dei diritti della persona costituzionalmente protetti, senza invadere l'autonomia del paziente e quella del medico». Insomma non può decidere tutto il paziente, ma neanche il medico.

Anche riguardo al punto caldissimo dei trattamenti di nutrizione e idratazione artificiale la Fnomceo afferma che a pensare, alla fine, deve essere sempre e comunque il consenso informato del paziente.

Gli errori. I riflessi giuridici

Responsabilità per contratto

Andrea Ferrario

Ben poche aree del diritto hanno conosciuto i rivolgimenti che, negli ultimi lustri, hanno accompagnato lo sviluppo della responsabilità medica. Uno dopo l'altro, i riferimenti più consolidati sono stati messi in discussione. Ne sanno qualcosa gli operatori del settore che, destreggiandosi tra complicate rielaborazioni dottrinali e *revirement* giurisprudenziali, sono stati più volte chiamati a ricalcolare le proprie coordinate.

Tuttavia, a ben vedere, come spesso avviene per i processi di più ampio respiro, al di sotto della superficie apparentemente caotica degli eventi, si dipana il filo rosso di una o più idee guida. Le tematiche più ricorrenti sono: la «contrattualizzazione» a tappe forzate dei rapporti sanitari, la loro spersonalizzazione, la progressiva evanescenza dei tradizionali parametri di colpa, lo sfumare della distinzione tra obbligazioni di mezzo e risultato, l'enfasi sul diritto all'autode-

terminazione del paziente. Ebbene, secondo talune analisi, a questa eterogenea rassegna pare in effetti sotteso un minimo comun denominatore: quello dell'urgenza di una sempre più intensa tutela dei diritti del malato,

L'ONERE

Tocca all'operatore e alla struttura sanitaria dimostrare di essere del tutto incolpevoli rispetto all'evento avverso

ritenuto il terminale debole del rapporto di cura. Al prevalere di questo trend di fondo hanno concorso le sollecitazioni della società civile e le emergenze dell'agenda imposta ai policy-maker dalla realtà degli altissimi costi, umani ed economici, del dossier della malpractice medica. Quest'ultimo, peraltro, alimentato anche da una cultura sempre più refrattaria alla sofferenza e imbevuta

dal mito dell'onnipotenza della medicina.

In quest'ottica vediamo allora che l'affermarsi nel campo della medicina dello schema operativo e concettuale del contratto non è un esito capriccioso, ma la risposta più confacente all'esigenza di rafforzare in vario modo la posizione del malato, vuoi elargendo alla tutela dei suoi diritti il più ampio termine di prescrizione decennale proprio dell'area contrattuale, vuoi ponendo a carico del medico o della struttura sanitaria «debitrice» l'onere di dimostrare - non solo di aver esattamente adempiuto l'obbligazione di cura - ma anche di essere del tutto incolpevoli di fronte all'evento avverso di cui è stata vittima il paziente «creditore». Al quale basterà invece allegare di aver concluso il «contratto».

Nello stesso solco si colloca il tramonto dei parametri acquisiti di colpa e della bipartizione tra obbligazioni di mezzo e risultato, entrambi declinati dai giudici in senso sempre più riduzionista. In-

tegra il quadro la riscrittura dello statuto della causalità civile: se recenti decisioni della Cassazione penale hanno imposto maggiore rigore nell'accertamento del nesso tra il presunto errore medico e il danno, riscontrandolo solo oltre il confine del più ragionevole dubbio, nel contesto civilistico ci si appaga invece del più mite paradigma della probabilità.

Ma allo stesso disegno di fondo sembrano anche rispondere tendenze più inedite, affiorate di pari passo con il progredire della scienza medica e la caratterizzazione in senso aziendale dei servizi sanitari. Secondo questo prisma possono essere lette le recenti sentenze in tema di danno nosocomiale e soprattutto di colpa «da disorganizzazione» delle strutture sanitarie. Il rapporto con il paziente non si esaurisce più nella tradizionale relazione medico-malato, ma compendia il «pacchetto» garantito di una struttura organizzativa efficiente, sicura e adeguata all'esigenza di cura. Cosicché la responsabilità «medica» di un tempo diventa - sempre di più - responsabilità «sanitaria». A chiudere il cerchio, il capitolo del consenso informato che, nel contesto di

INTERVISTA Giancarlo Piza

Primato al medico

Giancarlo Piza è un medico immunoterapista all'ospedale Sant'Orsola Malpighi di Bologna, presidente dell'Ordine dei medici di Bologna, uno dei cinque «dissidenti» che ha votato contro il documento della Fnomceo sul biotestamento.

Lo rifarebbe?
Sì. Perché nel testo non è stato inserito il fatto che alimentazione e idratazione artificiali sono da considerarsi un sostegno vitale, come chiarito dalla dichiarazione di New York delle Nazioni unite recepita anche in Italia. Per questo condivido la legge votata dal Senato che vieta sempre la sospensione della nutrizione forzata.

Il Ddl prevede anche che il biotestamento non vincoli il medico.

Sono assolutamente d'accordo. Il medico non può essere un mero esecutore della volontà altrui. Solo lui può sapere se la decisione del paziente è ancora attuale, decidendo in piena autonomia quali sono i migliori trattamenti salva-vita.

Ma così non si svuota il consenso informato?
No. Perché il Ddl prevede



Giancarlo Piza

«Dobbiamo batterci per la vita e non essere solo esecutori della volontà altrui»

che il medico prenda in considerazione le dichiarazioni del paziente. Ma senza dimenticarsi che dobbiamo batterci per la vita e non per la morte.

Non basta il codice deontologico?

Prima del caso Englaro forse sì. Ma poi i magistrati hanno deciso di imporre le loro decisioni per sentenza. Per questo ora serve una legge.

Mar. B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INTERVISTA Pietro Forestieri

Legge da rifare

«Ai medici servono norme chiare e non contraddittorie. Questo Ddl crea, invece, pericolosi equivoci tra il nostro codice deontologico, la Costituzione e la legislazione». Per questo motivo Pietro Forestieri, presidente del Collegio italiano dei chirurghi, boccia senza troppi giri di parole la legge all'esame della Camera «nata esclusivamente per motivi politici sull'onda emotiva della tristissima vicenda di Eluana Englaro».

Il Ddl va cambiato?

Sì, perché così è solo un aborto giuridico. Se non si cambia questo testo, la legge è meglio non farla.

Cosa non condivide?

Innanzitutto il fatto che il biotestamento non sia vincolante. Va bene lasciare la massima libertà di agire ai medici. Ma dopo che abbiamo fornito tutte le informazioni sulle terapie a disposizione abbiamo il dovere di rispettare la volontà del paziente. Altrimenti cade il pilastro del nostro lavoro: il consenso informato.

E poi?

La legge non dovrebbe riguardare solo i pazienti in stato vegetativo perché sono un'esigua mi-



Pietro Forestieri

«Se non siamo tenuti alla scelta del paziente cade il principio del consenso informato»

noranza, ma chiunque volesse lasciare disposizioni anche per altri fini come la donazione di organi o del corpo a fini scientifici.

Si può chiedere lo stop alla nutrizione forzata?

Tutte le società scientifiche nazionali e internazionali definiscono l'idratazione e l'alimentazione artificiale come una terapia. E dunque, come ogni cura, può essere rifiutata.

Mar. B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La storia. Gli immigrati negli ambulatori

Sintomi? Non so dirli in italiano

Francesca Milano

Chi lavora nei pronto soccorso riesce a cogliere i passi in avanti in tema di integrazione che gli stranieri stanno compiendo in questi anni, anche se la strada è ancora lunga. «Anni fa - racconta la dottoressa Anna Maria Ferrari, past president di Simeu, la società italiana di medicina d'urgenza - gli immigrati erano più diffidenti, adesso stanno prendendo coraggio e si rivolgono al pronto soccorso, anche se non si può generalizzare».

I cinesi sono i meno presenti. Preferiscono la loro medicina tradizionale e ricorrono all'aiuto dei medici solo in casi gravissimi. «Lo stesso vale per indiani e pakistani - spiega Ferrari - mentre i nordafricani si fidano delle strutture sanitarie».

Le tradizioni non si piegano neanche davanti a un problema di salute grave. «Molti immigrati - spiega il professor Foad Aodi, presidente dell'Amst (associazione medici stranieri in Italia) - non si affidano alla medicina canonica perché preferiscono le cure fai da te, così come avviene nel paese d'origine». L'immigrato si trova spesso davanti allo scoglio della lingua. «Le difficoltà di comunicazione - sottolinea Aodi - portano al rischio di sottovalutare eventuali patologie che potrebbero aggravare ulteriormente la condizione di salute del paziente». Negli ambulatori dell'associazione operano medici di tutte le nazionalità e i pazienti stranieri possono trovare un dottore con cui parlare nella propria lingua.

«Il primo problema - conferma infatti Giulia Zinno, consigliere Agico (associazione ginecologi consultori) - è sicuramente la lingua. Gli stranieri faticano a spiegare i sintomi che avvertono e spesso questa difficoltà è imbarazzata. Per questo è molto importante la figura del mediatore culturale all'interno delle strutture sanitarie». Al di là della comunicazione verbale, è fondamentale l'accoglienza nelle strutture. «Abbiamo notato - dice Zinno - che una buona accoglienza aiuta anche il marito della paziente a tranquillizzarsi». Soprattutto per le donne musulmane, infatti, la visita ginecologica rappresenta un problema se non viene effettuata da un medico donna. «Le straniere provenienti dai paesi dell'Est, invece - continua Zinno -, hanno sempre il timore di



I cinesi solo in casi gravissimi si rivolgono alle Asl

TERAPIA E DIALOGO

La difficoltà nel comunicare può indurre a sottovalutare o a confondere patologie. In alcuni ambulatori è presente il mediatore

essere discriminate nel trattamento. Sono sospettose e non sempre si fidano dei medici».

L'accoglienza è fondamentale anche per Omar Abdulcadir, direttore del centro italiano sulla mutilazione dei genitali femminili istituito presso l'Ospedale Careggi di Firenze. «C'è bisogno di più dialogo - spiega -. Una volta è arrivata in sala parto una donna con una minaccia di aborto. Velata da capo a piedi, si rifiutava di essere visitata da un medico di sesso maschile. «Mi ha visto solo mio marito», diceva. Le ho parlato a lungo, e alla fine ho convinto sia lei sia il marito, ma è stato faticoso». In un altro caso, invece, ha prevalso la tradizione. «Una signora somala - racconta il dottore - doveva fare il cesareo, ma il marito si è opposto. Ho provato a spiegarli che il neonato rischiava la vita e anche la moglie. Niente. La risposta è stata «Se muore il bambino, Inshallah. Se muoiono tutti e due, Inshallah. Ma di cesareo non se ne parla».

C'è, poi, il problema legato a una struttura familiare in cui l'uomo ha il controllo sulla donna. «Le donne islamiche - dice Maurizio Benato, vicepresidente Fnomceo (la federazione degli Ordini dei medici) - non hanno l'autonomia per andare in ospedale da sole, e anche le scelte personali vengono sempre influenzate da marito o fratelli».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Reazione alle liti. Indagine della Cattolica

Esami in difesa

Il tema della «medicina difensiva», accompagnato da una lunga scia di cifre e dati sempre più allarmanti, è approdato nel vivo del dibattito sugli scenari della responsabilità sanitaria. Una delle indagini più recenti (curata da ricercatori della Cattolica di Milano) riflette esiti che non passano inosservati, con un 80% circa di camici bianchi che ammette l'adozione, sia pur sporadica, di pratiche «difensive». Il costo sarebbe vertiginoso. Stando a uno dei primi studi italiani, la medicina «in difesa» imporrebbe al bilancio sanitario nazionale un pedaggio stimato tra i 12 e i 120 miliardi di euro; per non parlare delle ulteriori ricadute negative rappresentate dal montante antagonismo medico-paziente che potrebbe mettere a rischio equilibri millenari. Mentre sulla reale contabilità del fenomeno ancora si discute, sembrano invece residue pochi dubbi sulle ragioni scatenanti. Indiziata principale è quella che oltreoceano hanno definito la «lawyerphobia». L'abnorme lievitazione del contenzioso - si parla di un incremento di circa il 70% in 10 anni - avrebbe cioè indotto una classe medica a chiudersi, appunto, «in difesa», adottando (ovvero evitando) determinate misure e decisioni diagnostiche o terapeutiche, ispirandosi più all'obiettivo di allontanare il rischio dei giudizi, che a quello di promuovere la salute del paziente.

Il tema della medicina tocca corde sensibili e spesso alimenta sensazionalismi e inutili allarmi. Pur senza sottovalutare il problema, dovrà pertanto farsi largo uno spazio di ragionevole misura, evitando di bollare come pratica difensiva ciò che è spesso un uso legittimo della discrezionalità professionale, del buon senso e della prudenza. Benché riportata alle sue reali dimensioni, la questione tuttavia esiste e impone adeguati correttivi, sia sul piano socio-culturale, spezzando il cerchio della diffidenza reciproca e ripristinando un corretto rapporto tra il cittadino e la medicina, sia sul piano tecnico-normativo.

In questa prospettiva è imprescindibile un intervento alla fonte del problema, mediante efficaci misure deflative del contenzioso. Proprio in questa logica, è prossimo al via un decreto legislativo con un pacchetto di procedure conciliative stragiudiziali obbligatorie che dovrebbero sottrarre lavoro ai tribunali, smaltendo fuori dalle aule di giustizia una parte delle liti. Resta tuttavia da verificare l'utilità ed efficacia di questi meccanismi (uno strumento giurisdizionale affine, con scopo deflattivo e di mediazione congeniale alle esigenze delle controversie di malpractice medica, esiste già: la consulenza tecnica preventiva a fini di composizione) che potrebbero in alcuni casi risolvere in un «collo di bottiglia», soprattutto nell'ambito della medicina, ove sono coinvolti diritti fondamentali della persona e talora rilevanti valori economici difficilmente componibili al di fuori di un giudizio.

A. Fe.

© RIPRODUZIONE RISERVATA