

IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE ed il LIMITE BIOETICO DELLA VITA

Tema difficile ed essenziale.

Essenziale perché non coinvolge solo il già problematico rapporto medico-paziente, ma anche, e soprattutto, l'opzione finale della malattia, la natura dell'atto medico ed il concetto di eutanasia.

- Sono un medico ospedaliero ed affronterò questi temi generali in una ottica sia generale che selettiva.

Ad un recente convegno milanese ("Problemi emergenti in bioetica: eutanasia, sperimentazione clinica". Milano, 15.11.02) sono stati presentati i risultati di una ricerca che ha coinvolto 259 medici, che lavorano nelle 20 rianimazioni di Milano.

L'80% degli anestesisti interpellati afferma che, nelle loro realtà, la sospensione delle cure costituisce un evento raro o molto raro, quantificabile nel 9% dei casi.

La conclusione è che, a Milano, la sospensione delle cure è un evento molto meno frequente non solo rispetto agli USA (90%), ma anche rispetto a taluni Paesi europei (Francia=53%, Spagna=34,3%).

Decisa la sospensione delle cure, nell'80% dei casi viene fatto uso di analgesici o sedativi. In una piccola percentuale (3,6% dei casi) si fa invece uso di farmaci a dosi letali, per "aiutare a morire" coloro che non hanno più speranze di vita.

Nel 31% dei casi le cure continuano complete ed invariate fino all'arresto cardiaco finale...

Dall'inchiesta - divulgata in modo distorto dalla stampa - si possono trarre alcune considerazioni:

1. i medici italiani, di fronte al malato terminale, hanno ancor oggi un atteggiamento estremamente conservativo, rispetto ai medici di altri Paesi (91% dei casi);
2. l'eutanasia passiva è attuata nel 9% dei casi;
3. l'eutanasia attiva è attuata nel 3,6% dei casi.

In Italia non esistono dati oggettivi generali su questi aspetti così delicati e la ricerca in oggetto si basa su affermazioni soggettive di Medici che lavorano a Milano, quindi non possono essere considerati come testimoni dell'intera realtà sanitaria italiana.

- Ma l'inchiesta ha avuto il merito di toccare un momento cruciale nell'ambito delle scelte terapeutiche.
- Quello in cui il medico (o l'équipe medica) decide che un paziente "è perso".

In quel momento quel medico o quella équipe ha davanti a sé 3 strade maestre.

- a) L'eutanasia passiva
- b) L'eutanasia attiva
- c) L'accanimento terapeutico.

- Sospensione delle cure; accelerazione della morte; invarianza delle cure.

Tre strade, tre diverse scelte cliniche e morali, tre diversi rischi professionali.

MEDICINA: DOVE ?

La medicina ha molte sfaccettature che non dipendono solo dal malato e dalla malattia (ossia dalla tipicità del malato e della malattia), ma anche, forse soprattutto, dal luogo dove la medicina viene esercitata.

- Territorio (ambulatorio, famiglia, distretto, RSA), ospedale, hospice.
- Dal luogo di esercizio della professione dipendono alcune peculiarità professionali.
- Non v'è dubbio, infatti, che l'emergenza e l'acuzie siano aspetti professionali legati soprattutto all'attività specialistica. Soprattutto. Se non esclusivamente.

- Non v'è dubbio, inoltre, che le **scelte critiche** importanti, per la morte e per la vita del paziente, vengano fatte soprattutto in ambito ospedaliero.

È indubbio che il paziente possa morire (e muoia) anche all'esterno delle strutture di degenza per acuti: **hospice, RSA, case di riposo, domicilio**.

Ma, oggi, la morte per malattia è ancora preferenzialmente una morte ospedaliera, se essa consegue ad un evento acuto od alla riacutizzazione di un evento cronico.

Per questo, anche per questo il medico ospedaliero è a contatto quotidiano con la morte e sulla morte acquisisce una sensibilità peculiare. Od insensibilità.

Chi lavora in ospedale incontra la morte in molte strutture: nei Pronto soccorso, nelle Rianimazioni, nelle UCIC (UTIC), nelle molteplici terapie intensive (Stroke Unit; sezioni intensive di infettivologia, pneumologia, neurochirurgia), nelle unità di terapia sostitutiva (emodialisi, centri di plasmaferesi...) e nelle sale operatorie (chirurgia generale e chirurgie specialistiche).

Una struttura per acuti (l'ospedale) può essere l'anticamera della vita o della morte, in una geriatria o in una oncologia.

La morte. Ma che concetto di morte abbiamo noi medici, soprattutto noi medici "anziani"?

Ricorderò sempre il mio primo paziente morto. Era il 1968 e da neolaureato facevo la guardia in una medicina di Parma. Quell'uomo era morto, ma presentava le scosse post-mortem. Ed il giovane dottorino, per cautelarsi, richiese un inutile ECG.

Da allora sono passati 34 anni di professione, fatti in una specialità piena di emergenza con rischio vitale (iperkaliemia, ipokaliemia, ipocalcemia, edemi polmonari, asciti intrattabili, anurie, sindromi nefrosiche fulminanti, intossicazioni acute...). Piena di morte. Da uremia terminale, da neoplasie, da ipertensione grave, da malattie sistemiche... da gravi vasculopatie, da malnutrizione, da complicanze post operatorie, da intossicazioni.

Tante morti, evitabili e non. Poche vite salvate o ridate: insufficienze renali acute o trapianti che fossero.

- Il medico ospedaliero tra la **vita e la morte**. La nostra missione è dare la vita ad un moribondo, non dare la morte.
- Molte volte non ci riusciamo, ed è frustrante.

EUTANASIA

Bella morte. Può, una morte essere bella?

Uno dei più antichi precetti ippocratici è il divieto, per i suoi discepoli, di porre fine alla vita dei loro pazienti o di prestare aiuto al loro suicidio.

Un divieto che nasce dal valore "superiore" della vita umana e dal diktat etico (Camilla Ferro, l'Arena 12/11/02) della indisponibilità della propria e dell'altrui esistenza.

Entrambi questi principi sono largamente contestati da chi sostiene che una legislazione liberale non possa proibire l'eutanasia.

L'uscita di scena (mors voluntaria) acquisisce il significato di suicidio solo nel secondo secolo dopo Cristo.

In epoca ellenistica, **eutanasia** non indicava una morte provocata o favorita, ma solo una dimensione interiore del morente. Una bella morte.

La **scuola stoica** approvava il suicidio razionale, come tutela della dignità psicofisica della persona. Due posizioni contrastanti tra loro: favorevole o contraria all'eutanasia. Da un lato, chi vuole liberalizzare le scelte individuali (anche estreme), dall'altro chi rifiuta la morte pietosa. In mezzo due diverse concezioni: il rispetto (od il preteso rispetto) della persona **contro** il valore sacro della vita.

Ad un estremo, l'identificazione di casi in cui anticipare la morte garantirebbe dignità (morte dignitosa) a quell'essere umano. All'altro estremo, i limiti (od i valori) della morale tradizionale. Nessuna vita spenta, neppure indirettamente.

- Ma esiste una "morte dignitosa"?

- Su quel letto giace un corpo, macilento, ansimante, piagato, zeppo di cateteri, seminudo, indifeso. Un corpo in distruzione ed in balia dell'ambiente ospedaliero, spesso inumano. Sempre inadeguato, alla vita e soprattutto alla morte. Un corpo che non può, come sarebbe giusto, morire in modo riservato, privato e non pubblico, circondato da pochi affetti e non da corsie tumultuose.

- La morale, quella scritta in ogni essere umano, ci impone di non essere né omicidi né complici di un omicidio.

Ma una vita, di qualunque vita si tratti, non può finire in modo indegno od indecente.

Secondo Massimo Reichlin ("L'etica e la buona morte", Ed. Comunità) le decisioni mediche dovrebbero essere guidate dal rispetto per la persona come fine a sé stessa, perché "morte degna è solo quella che testimonia fino alla fine la capacità dell'uomo di attribuire un senso alla propria esistenza".

Reichlin, quindi, propone una terza via. Il rispetto per la persona contrapposto sia all'etica della legge naturale e morale (non uccidere!) che alla liberalizzazione assoluta della scelta finale (l'esistenza non è un valore in quanto tale!)

- Non ci sarebbe una regola assoluta, ma si dovrebbe giudicare caso per caso, tenendo in primaria considerazione la volontà del paziente.

E, così, le obiezioni all'eutanasia da assolute diventerebbero relative. Ossia prevederebbero alcune eccezioni, qualora l'eutanasia costituisse l'unica possibilità "per non compromettere radicalmente la stessa dignità personale".

- Ma, secondo noi, anche questo percorso non è facile. Il principio del "rispetto per la persona" può essere interpretato in modo estremamente soggettivo.
 - Qual è il **limite ospedaliero** del concetto di dignità?
- Qual è questo concetto per il rianimatore, il neurologo, il geriatra e l'oculista: tutte figure mediche, ma con diverse esperienze di moribondi, morituri, cadaveri donatori d'organo, morti?

Dignità personale, violenza sul paziente (accanimento terapeutico), lasciar morire, anticipare la morte.

- Chi decide? E che ruolo ha il paziente, in un momento così cruciale e definitivo per lui?
- Eutanasia.** Eutanasia **attiva** o **passiva**. Anticipo la morte o lascio fare agli eventi clinici...
- E chi decide? Chi sceglie?
 - Il paziente, con disposizioni testamentarie ... prese prima dell'evento?
 - Il paziente, negli ultimi momenti di lucidità?
 - I familiari, senza remore mentali?
 - Una commissione ad hoc?
 - Il rispetto dei budgets?

La vita è sacra. La vita è un bene assoluto, che prescinde da chi possiede quel corpo. La vita è un dono sacro, che non può essere condizionato da un altro essere umano.

C'è chi sostiene che la sacralità non riguardi la vita, ma l'essere umano: non riguardi il corpo, ma il suo spirito.

Ma, secondo me, l'essere umano non può essere spezzato in due. Il corpo morente non può essere ucciso da solo. Non si può avere rispetto per lo spirito (l'anima dei credenti) ed uccidere contemporaneamente il corpo di quello spirito.

- **Neppure** se quel paziente Ti chiede, scientemente, di por fine alla sua esistenza; neppure se quel paziente Ti fornisce un pieno e valido consenso ad affrettare la sua morte.
- **Perché? Perché ciascuno di noi** (cattolici o no, non importa) sa, intimamente, di non essere proprietario né del proprio corpo né del proprio destino. Il nostro "io" sa di essere un corpo, spesso amato e talvolta odiato; sa di avere una personalità, più o meno accettata e condivisa; sa piacersi e sa odiarsi.
- Ma decidere di morire, decidere di uccidersi, decidere di uccidere sono atti estremi, di fuga dalla realtà. Dalle sofferenze, proprie ed altrui, dal dolore, dal lento e progressivo annientamento.

- **Eutanasia** per lenire le sofferenze? Ma oggi, la farmacologia può annientare qualunque dolore!
- **Eutanasia** per “proteggere la memoria”? Ma si può morire con dignità, nostra ed altrui, anche per malattie inconfessabili ed indegne.
- **Eutanasia** come “conquista civile”? Ma chi ne decide la civiltà? “ Forse il nazista di turno che punta al risparmio, al turnover od all’igiene della razza?” (Montanelli, Le stanze).
- **Eutanasia**, come atto eroico finale di una vita famosa, illustre, mediocre, ignobile?

LA MORTE

Ogni storia umana si chiude con una morte, con una vita che scompare. Per ciascuno di noi, Dio (od il destino) fissa uno stop alla nostra esistenza. Non ci sono regole che possano consentirci di prevedere la fine della nostra vita. Viviamo per morire. Ma viviamo come se non dovessimo morire mai. È un appuntamento, quello con la morte, che rimuoviamo dalla nostra esistenza, fino alla fine. Ci sentiamo immortali, anche se i nostri amici muoiono. La nostra percezione di morte è attenuata, distorta, assente.

- Nel mondo moderno anche la morte si è tramutata in una fiction, soprattutto quella violenta.
- “Memento homo, quia pulvis es...”. “ Memento mori...”
La liturgia penitenziale ci richiamava alle origini. Ma, oggi, la liturgia è marginale nella nostra vita.
- Mentre la violenza domina la nostra vita ogni giorno. Immagini violente invadono le nostre menti ed i nostri spiriti.

Che cosa spinge ad ammazzare? Homo homini lupus.

Secondo Vittorino Andreoli (“Il lato oscuro”, Rizzoli, 2002) ci sono tre diversi modi di ammazzare. L’ammazzare **per professione** (guerra, mafia, sette religiose, politica, killer professionali), **l’ammazzare terapeutico, l’ammazzare disperato**.

L’AMMAZZARE TERAPEUTICO

Ci sono situazioni in cui si ammazza con la convinzione di fare del bene. Eutanasia, aborto, donazione di organi. Sono morti provocate, per giustificare le quali Qualcuno ha persino cambiato il vocabolario.

Il donatore da cadavere è un vivo morto: uno che respira ed ha attività cardiaca spontanea, ma che è morto cerebralmente. È una morte che va oltre la nostra percezione e la nostra sensazione. Uccidiamo uno che è già morto e lo facciamo per salvare (“dare la vita”) ad uno che altrimenti o muore o vive una vita indegna, sul piano della salute.

- Fraresi forti, ma reali.
Un groviglio di concetti, sensazioni, idee fideistiche che trasforma i comportamenti, anche medici. Il donatore morto (e non voleva morire!) diventa un eroe, perché fa “rivivere” una o più persone. Con i suoi organi, trapiantati. Ma quella persona non voleva donare “ora”, ma il più tardi possibile... Ma quella persona non voleva morire “ora”... Ma quel donatore avrebbe volentieri evitato di diventare un “eroe” pubblico...
- In un altro caso (l’aborto) pretendiamo che non sia omicidio l’uccisione di chi ancora non è nato... “e non si può ammazzare uno che non è ancora nato...” (Andreoli).
Infine con l’eutanasia diciamo che non ammazziamo, ma rispettiamo (interpretiamo, intuiamo, applichiamo?) la libertà del soggetto e lo aiutiamo a farlo.
Eutanasia. Il 4% dei medici ammette di praticarla. Contro Ippocrate, contro la deontologia, contro la legge.
- Perché? Per sentirsi eroi (come quelli che pretendono di donare la vita?) Per pietà? Per sfida? Per cancellare i propri insuccessi professionali?

Chiediamocelo.

MESSAGGIO

“Al centro di ogni giusto ordine civile deve esservi il rispetto per l’uomo, per la sua dignità e per i suoi inalienabili diritti. Hominum causa omne jus constitutum est” (Giovanni Paolo II, 14/11/02).

- Esiste una verità sull'uomo, che si impone, al di là delle lingue e delle culture diverse. È una verità fatta di diritti e di doveri. Ed il diritto alla vita è il diritto fondamentale, che nessuno può ledere, neppure per pietà.

“Non viviamo in un mondo irrazionale o privo di senso. Al contrario v'è una **logica morale** che illumina l'esistenza umana... ”.

LOGICA MORALE, questa è la risposta.

Stefano Biasioli

Vicenza, 23/11/02