

DOTT. FRANCO BALZARETTI

DIRIGENTE RESPONSABILE SSD WEEK A DAY SURGERY ASL VC DI VERCELLI

VICE PRESIDENTE NAZIONALE AMCI (ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI ITALIANI)

VIA MONS. A. RASTELLI N. 1, 13012 BORGIO VERCELLI (VC)

telef. : 0161/32177 – cell : 3296411510 e.mail : balzaretti@tin.it o fbalzaretti@alice.it

ALL'ILL. MO PRESIDENTE

COMMISSIONE XII – IGIENE E SANITA'

SENATO DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Oggetto: invio del parere personale sul DDL N. 2801 *“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”*

Ill.mo Presidente

mi prego innanzitutto ringraziarLa per aver voluto richiedere il mio parere sul DDL N. 2801 *“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”* e ritengo quindi doveroso esprimerLe tutto il mio apprezzamento e riconoscimento per il metodo di lavoro adottato da codesta Commissione del Senato della repubblica, che prevede anche il coinvolgimento di rappresentanti della società civile, dell'associazionismo e del volontariato, per arricchire il vostro dibattito interno con contributi esterni e poter quindi meglio legiferare su una materia assai delicata e che presenta risvolti etico/morali di notevole rilevanza.

Ed è proprio in questa prospettiva, che sono lieto ed onorato di poter far pervenire a Lei e a codesta Commissione alcune mie riflessioni personali che, come auspicio, potranno contribuire ad un miglioramento della legge in discussione. E questo soprattutto nell'interesse dei pazienti e della nostra Repubblica Italiana, ancor più che dei medici, degli operatori sanitari e delle varie strutture sanitarie pubbliche o private.

Ho letto con molta attenzione il testo della proposta di legge, in tutte le varie articolazioni, e pur apprezzando il lodevole tentativo di voler tutelare l'autonomia e la libertà decisionale dei pazienti e della loro possibilità di autodeterminazione, ho riscontrato alcune evidenti contraddizioni, che potrebbero, a mio parere, determinare ulteriori incrinature nel delicato rapporto fiduciario tra medico e paziente, che costituisce da sempre l'elemento fondante per una corretta alleanza terapeutica.

Come accennavo il rapporto fiduciario tra medico e paziente rappresenta un elemento essenziale, perché ogni trattamento (o cura) si deve necessariamente fondare su una relazione personale, ovvero l'incontro tra una fiducia e una coscienza. La fiducia di un uomo segnato dalla sofferenza e dalla malattia, che si affida a un altro uomo che può farsi carico, con coscienza, delle sue necessità, che lo va a trovare per assisterlo, curarlo e guarirlo. Ed è proprio per questo il medico, nell'esercizio della sua professione, si basa fundamentalmente sul concetto di scienza e coscienza, che rappresenta fin dai tempi di Ippocrate (V secolo avanti Cristo) il principio basilare della nostra professione di medici (cattolici e non)

Ed infatti, da Ippocrate in poi la medicina è chiamata ad agire fra: un sapere scientifico-tecnologico (téchne) e un sapere metafisico (epistème). Tecnologia e antropologia coincidono quindi nel medico ippocratico, che rappresenta l'archetipo del medico. Un medico che deve essere impegnato tecnicamente e professionalmente, ma anche coinvolto umanamente.

Riguardo alla proposta di legge sul fine vita e le dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT), in questi ultimi tempi abbiamo assistito a dibattiti accesi e sentito molte opinioni, concetti etici e morali, posizioni politiche, articoli di fondo di prestigiosi giornalisti ed opinionisti

E da quanto ne emerge, sembrerebbe, quasi paradossalmente, che ci sia uno scontro aperto tra medico e paziente, riguardo alla scelta delle terapie e dei vari trattamenti da adottare. Per cui vorrei tranquillizzare tutti: i pazienti (almeno nella mia esperienza e nella stragrande maggioranza dei casi), hanno fiducia nei propri medici ed i medici non sono votati a proporre cure eccessive che si possano configurare in un accanimento terapeutico. Ma, al contrario, i medici sono i primi ad essere interessati ad una relazione e stretta collaborazione con il paziente, a concordare con lui il piano terapeutico, per creare i presupposti di una vera e propria alleanza terapeutica.

Come accennavo prima, ritengo tale proposta di legge alquanto contraddittoria, in quanto da un lato si premette che (art 1 comma 2 del documento): “È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico il cui atto fondante è il consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.”

Tuttavia, in base alla stessa legge, il medico, se il paziente è contrario, non può poi neppure garantire alimentazione ed idratazione che, è bene sottolinearlo, non sono terapie straordinarie, ed anzi non sono proprio terapie, ma solo dei supporti vitali. Nutrizione e idratazione vanno considerati come atti dovuti eticamente, oltre che deontologicamente e giuridicamente; in quanto indispensabili per garantire le condizioni fisiologiche di base per vivere, come peraltro avviene per tutti: neonati, post-operatorio, malati gravi ed anziani ... compresi !

Una seconda riflessione riguarda proprio l'agire medico che da sempre - e anche in base alla mia esperienza - è sempre improntato ad agire nell'interesse del paziente e a proporre le cure ed i trattamenti più appropriati, facendo di tutto per evitare forme di accanimento terapeutico, ma anche, da un punto di vista diametralmente opposto, forme di abbandono terapeutico o che si possano addirittura configurare come atteggiamenti eutanasi, attivi o passivi. Vorrei sottolineare che sia l'accanimento terapeutico che, da un altro lato l'abbandono terapeutico e l'eutanasia sono espressamente vietati anche dal codice di deontologia medica.¹

Ma in base al testo di legge il medico diventa, in pratica, un mero esecutore, se non addirittura un soggetto da cui difendersi. Ed infatti, se il medico non eseguirà alla lettera le disposizioni di volontà del paziente sul trattamento sanitario elaborate, magari anche un mese, un anno o dieci anni prima, sarà considerato come un soggetto che limita l'altrui libertà, qualcuno dal quale il paziente deve difendersi, più che fidarsi per farsi curare.

E tutto questo non sarà poi privo di conseguenze (magari anche spiacevoli) nei giudizi penali e/o civili, riguardo alle scelte, che sarà chiamato a compiere con le nuove norme. Ma questo è altresì negativo e devastante, rispetto al rapporto medico/paziente e all'alleanza terapeutica, che, come sottolineavo prima, rappresenta il vero obiettivo di noi medici

Per cui mi domando; ma in base alla legge che cosa dovremmo fare? Accettare forse di abbandonare i nostri pazienti, mentre vanno incontro ad una morte per denutrizione e disidratazione (oltretutto una brutta morte!), senza poter neppure somministrare un po' di soluzione fisiologica o di glucosata, perché considerate cure eccessive e sproporzionate, invece di assisterli secondo scienza e coscienza, con le cure ed i supporti vitali indispensabili, con umanità e dignitosamente. E questo solo in base ad uno scritto, redatto magari anni prima (e magari neppure veritiero) e di cui il paziente stesso non poteva immaginare le conseguenze; e soprattutto quelle conseguenze.

¹ Art.16: Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati e Art. 17: Atti finalizzati a provocare la morte

Scusate ma, con tutta onestà, non credo che si possa chiedere tutto questo ad un medico. Un medico, che è bene ricordarlo, rappresenta da sempre, per vocazione e per dovere deontologico, il custode e il servitore della vita, di ogni vita e dal concepimento fino al termine naturale della stessa.

Non sono un giurista, ma mi sembra di aver capito che la ratio di questa nuova legge, dovrebbe essere di consentire le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, nel caso in cui il paziente non sia più in grado di esprimere un consenso; e questo soprattutto allo scopo di evitare allo stesso paziente forme di accanimento terapeutico da parte del medico curante.

Posso affermare, con tutta onestà che, nella quasi totalità dei casi, il problema non esiste, in quanto la di là delle varie polemiche di questi ultimi tempi, che si basano, per lo più, sul piano teorico ed ideologico, che non dal punto di vista pratico, noi medici poi sappiamo esattamente cosa si deve fare per il bene del malato e nei nostri ospedali prendiamo le nostre decisioni ed impostiamo le varie terapie solo nell'interesse del paziente: in pieno accordo con lui e/o con i suoi familiari.

E questo da sempre e a prescindere dai nostri ideali o convinzioni religiose; ma anzi devo dire che, tra noi medici, siamo quasi sempre concordi nel prendere la decisione più giusta ed appropriata; E questo senza mai eccedere in forme di accanimento terapeutico, ma senza anche lasciare mai nulla di intentato, quando ci siano ancora speranze per il paziente; e questo soprattutto per non incorrere in forme di abbandono terapeutico, se non di eutanasia attiva o passiva.

I problemi si verificano solo in rare situazioni, quando non risulti ben chiaro il confine tra le terapie appropriate e l'accanimento terapeutico, prechè tale confine potrebbe essere meno percepibile. E in questi casi dobbiamo allora porre la massima attenzione, soprattutto in situazioni particolarmente complesse, o quando il medico non ha la necessaria esperienza per prendere la decisione più corretta; ragion per cui ci parliamo, ci confrontiamo e ci consultiamo tra noi medici, ma anche con i familiari, il medico di famiglia e alla fine si prende poi sempre la decisione giusta sul da farsi.

Nelle situazioni di emergenza o di urgenza, altra contraddizione, il medico e i componenti dell'équipe sanitaria, è vero: *“devono, assicurare tutte le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla”*. Così recita la proposta di legge. Tuttavia nel caso, per esempio, di una maxi-emergenza e/o del sovraffollamento di un Pronto Soccorso, quale atteggiamento ci potrà essere, da parte delle varie equipe sanitarie, nei confronti di chi ha firmato un documento di DAT? Non ci potrebbe essere il rischio che vengano trattati in modo prioritario gli altri pazienti che, viceversa, non hanno firmato le DAT?

Non mi sentirei proprio di escluderlo, anche perché in caso di eventuali omissioni di trattamento nei confronti dei pazienti con le DAT, i medici e le équipe si potrebbero sentire deresponsabilizzati, in quanto, come recita la legge: *“Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale.”*

E' anche doveroso un accenno al tema della comunicazione della verità al malato. Si è vero, è ancora molto diffusa l'idea che solo a pronunciare la diagnosi significhi *“uccidere il malato”*, per cui sono sostanzialmente d'accordo con quanto prevede la legge sulla necessità di comunicare la verità al paziente: E questo anche perché c'è un reale pericolo che al silenzio si possa sostituire una verità imposta, intempestiva o contraddittoria. Ma, a mio avviso, la questione non è tanto se dire o non dire la verità, quanto piuttosto del come dirla, dal momento che il modo in cui si fornisce l'informazione ed il tipo di rapporto in cui la stessa viene introdotta potrebbe essere ancor più importante dell'informazione stessa.

Ecco perché, al di là delle leggi, la comunicazione della verità deve rispettare alcune esigenze etico-morali imprescindibili. Per cui essa dovrà essere comunicata con gradualità, sensibilità e nel pieno rispetto di criteri psico-pedagogici. E quindi il malato dovrà essere accompagnato a conoscere, giorno dopo giorno, un po' più di verità, senza, tuttavia, essere mai privato della speranza.

Quindi si deve assolutamente evitare di fornire freddi enunciati anatomo-patologici o dichiarare precise scadenze prognostiche (un anno, 1 mese, 15 giorni, pochi giorni etc.). E questo risulta ancor più difficile e complesso quando si deve comunicare la verità ad un minore. Si perché, non possiamo negare che parlare di gravità della malattia o di morte ad un minore, che intuisce di essere in gravi condizioni e magari di dover morire, costituisce, da sempre, una prova, estremamente difficile; anche per un medico dotato di grande sensibilità, intelligenza ed esperienza.

I medici sono convinti di essere degli “*abili comunicatori*”; e di saper comunicare con il paziente in maniera corretta ed esaustiva. E’ difficile dire da dove derivi questa nostra convinzione, anche perché nei vari corsi universitari e post-universitari non c’è mai stata molta l’attenzione per il tema della comunicazione. E anche un recente studio negli USA condotto da Plauth e coll. sui neo-laureati in medicina², ha evidenziato, che uno dei punti deboli della loro preparazione accademica, sia proprio la difficoltà a comunicare con il paziente.

Ecco perché a mio parere, anziché pensare a delle nuove leggi, che rischiano poi di imprigionare medici e pazienti in labirinti semantici ed interpretativi, sarebbe forse più utile approfondire la formazione antropologica, relazionale e comunicativa di medici ed operatori sanitari. Così come sarebbe anche opportuno pensare a dei percorsi di educazione sanitaria, per fornire maggiori (e più corrette) informazioni all’opinione pubblica. Anche perché manca un’adeguata informazione su alcuni temi fondamentali della vita, come il nascere, il vivere e, soprattutto, il morire; per cui spesso siamo impreparati ad affrontare questi problemi esistenziali.

Ed infine vorrei rilevare che questa legge prevede che “*Ogni struttura sanitaria pubblica o privata deve garantire, con proprie modalità organizzative, la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l’informazione necessaria ai pazienti e l’adeguata formazione del personale.*” E allora, se vogliamo essere veramente corretti e rispettosi di tutti, sarà necessario prevedere una sorta di obiezione di coscienza anche per le strutture sanitarie, per poter garantire il pieno rispetto dei Codici Etici, principi morali e finalità delle stesse.

Queste in sintesi alcune delle mie considerazioni sul DDL N. 2801 “*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*”. Per la verità, leggendo la legge, ho avuto dubbi e perplessità anche su altri passaggi, come sul ruolo e affidabilità del fiduciario e/o dell’amministratore di sostegno, sulle modalità di redazione, attualità e soprattutto sulla veridicità di questi documenti, tuttavia mi sembrava corretto focalizzare la mia analisi solo su alcune problematiche, su cui oltretutto si basa anche la mia esperienza personale e professionale.

Nell’inviare alle S.S. L.L. queste mie riflessioni, che spero possano essere utili al vostro dibattito e alle vostre conclusioni, mi è gradito far pervenire i migliori auguri di un proficuo lavoro, al servizio della nostra Repubblica Italiana, ma soprattutto dei nostri ammalati.

Con i più distinti saluti.

Vercelli, 17 giugno 2017

In fede
dott. Franco Balzaretto

² Plauth WH, Pantilat SZ, Wachter RM, Fenton CL Hospitalists’ perception of their residency training needs: results of a national survey. Am J Med 2001;11:247-54