

Ippocrate, la τέχνη, l'individuo e l'istituzione

Massimo Pesenti Campagnoni

Direttore DEA USL Aosta

Comunque la si pensi su accanimento terapeutico, eutanasia e testamento biologico, credo innanzitutto sia doveroso ringraziare Pierniggiorgio Welby per aver imposto, anche nell'ambiente medico italiano, il dibattito su temi della vita quotidiana finora non di rado, per pudore o convenienza, trattati sottovoce. Né intravedo il «rischio che, con l'argomento o il pretesto della necessità di risolvere le questioni dibattute in questo periodo, si rimetta in discussione quello che è già acquisito in materia di inammissibilità dell'accanimento terapeutico e di diritto al rifiuto delle cure [...] introducendo così limiti al potere individuale di governare liberamente il tempo di morire» (Stefano Rodotà, *La Repubblica* del 27/12/2006) semplicemente perché, di norma, di questi argomenti non si parla esplicitamente, e la soluzione per ciascun malato è quasi sempre lasciata al caso o meglio alla "fortuna", come cercherò di spiegare di seguito.

Ho 54 anni e quasi 30 di professione medica e, nel corso della vita, ho cambiato più volte opinione su argomenti tecnico-scientifici e così pure su convincimenti morali ed etici. Così, ad esempio, ho iniziato con la certezza che l'uso del valium per sedare l'ansia fosse contro le persone: poi ne ho usato in quantità, spesso perché un malato sedato e tranquillo tranquillizzava anche la mia esistenza. Mi hanno insegnato che ero l'unico in grado di rappresentare i bisogni del malato "in stato di necessità" e/o di incoscienza e così ho messo sondini vari, vene centrali, alimentato e idratato, rianimato e ventilato. Con il tempo talora ho deciso anche di non intervenire, convinto che non ne valesse la pena. Non di rado ho pensato a non sprecare risorse.

Quasi mai, in passato, ho chiesto apertamente al malato, anche quando avrei potuto, le sue preferenze sul da farsi, scegliendo di "spiegare riservatamente" ai parenti perché avrei praticato o no determinate cure, indipendentemente dalle conseguenze per il malato, in termini di qualità della vita, derivanti dalla mia decisione. Solo di recente, invecchiando e pensando anche a me come possibile malato, ho metabolizzato che il diritto alle cure, così come il diritto al rifiuto delle cure, attenga *in primis* al destinatario delle stesse e che il me-

dico debba essere una sorta di facilitatore per il malato nel prendere decisioni consapevoli.

Per questo ora non amo vedere qualche collega che, senza alcuna forma di consenso informato, si arroga il diritto di decidere, da solo, il destino degli altri sia nell'iniziare cure aggressive sia, al contrario e non infrequentemente, nel non iniziarle (penso ad esempio a quello che può succedere nel chiuso di una sala del Pronto Soccorso, a fronte della ennesima crisi di insufficienza respiratoria del malato sveglio) indipendentemente dalla correttezza/ragionevolezza della scelta operata.

A memoria non ricordo che, nella mia vita professionale, qualcuno fra colleghi o superiori mi abbia mai chiesto quali fossero i miei convincimenti sui limiti del trattamento e quali gli elementi per me utili a identificare l'accanimento terapeutico. Non ricordo neppure di aver avuto a riguardo istruzioni o consigli "strutturati" dall'ospedale o dal reparto in cui ho lavorato. In analogia nessuno mi ha mai chiesto di cambiare, o ha cambiato apertamente d'autorità o d'autorevolezza, una scelta che avevo operato, sostenendo una diversa valutazione etica: per lo più infatti ho operato in solitudine, basandomi soprattutto sulle emozioni del momento, e come me, credo, hanno operato i miei colleghi, talora con un approccio molto diverso dal mio, sia nell'intervenire sia nel non intervenire, sulla base di altrettanto personali, a volte neppure palesati, convincimenti morali, ideologici o religiosi, ovvero di convenienza.

Se non ci fossero di mezzo la vita e le sofferenze del malato, dovrei essere contento per aver goduto sempre della massima libertà decisionale nel "governare il tempo di morire": tanta libertà come quasi mai capita in altre occasioni professionali data l'abbondanza di linee guida, percorsi clinici, suggerimenti, procedure e protocolli.

Ma come può in tale contesto il malato garantirsi il diritto all'autodeterminazione nelle questioni di vita e salute invocata dagli articoli 13 e 32 della Costituzione? Se guardo la carta dei servizi della mia azienda USL, come quella di molte altre ASL/ASO, vedo che i principi dichiarati ispiratori del servizio erogato, oltre all'universalità dell'accesso alle cure, sono: l'equità,

l'appropriatezza, l'umanizzazione dell'assistenza, la trasparenza delle scelte ecc. Così si assiste, ultimamente e fortunatamente, a una grande enfasi nell'esplicitare "il ciclo produttivo" e nel pubblicizzare il processo di accreditamento e di certificazione intrapreso, che consente spesso al cittadino, anche semplicemente via internet, di reperire elementi utili per scegliere (o evitare) consapevolmente quella struttura ospedaliera o quell'associazione di medici di base perché sono rese pubbliche le patologie trattate, le linee guida elaborate, le metodiche chirurgiche utilizzate, le attrezzature possedute, gli accorgimenti per controllare le infezioni ospedaliere, gli indicatori di qualità monitorizzati, e via dicendo.

Ma, contrariamente a quanto sopra, se si cercano indicazioni su quali sono le politiche aziendali, dipartimentali o associative seguite per garantire il diritto all'autodeterminazione, soprattutto nell'assistenza durante la fase terminale della vita o quali sono gli elementi oggettivi di valutazione che il personale seguirà nell'intraprendere o non intraprendere terapie, anche in urgenza, si troverà molto poco, per non dire nulla. Né si troveranno suggerimenti da parte del Comitato etico aziendale a supporto del malato e del medico, Comitato che, giustamente, per ogni sperimentazione presentata, analizza con attenzione gli elementi del consenso informato proposto al malato.

Vanno quindi da sé le seguenti domande: come si può definire "umano" un sistema sanitario che modula la risposta assistenziale piuttosto che sui valori non negoziabili del malato, sui valori non negoziabili del medico che assisterà il malato stesso (o addirittura, come nel caso della urgenza, del medico che lo curerà nelle prime ore)?

Come può definirsi "equo" un sistema influenzabile

dalla capacità (caparbieta, ostinazione, determinazione, pensando a Welby e a suoi familiari) del singolo assistito di pretendere ciò che è dovuto per il rispetto dei principi costituzionalmente sanciti, un sistema che lascia quindi soccombere i più deboli e indifesi? Come può definirsi "appropriata" l'assistenza erogata in un sistema che consente potenzialmente a chiunque di comportarsi nei riguardi dello stesso ammalato in termini radicalmente diversi (ad esempio chi intuba e ventila e chi si astiene) e di fatto pone il malato nelle condizioni di dipendere dal caso, dalla fortuna di imbattersi in un medico piuttosto che in un altro medico?

Come può definirsi "trasparente" una decisione non discussa con il malato anche quando sarebbe possibile o che non tenga conto dei suoi convincimenti?

Pur consapevole che non si potrà definire, *ope legis*, cosa si intenda per accanimento terapeutico, soprattutto in situazioni difficili quali quelle che si incontrano in Pronto Soccorso, credo fermamente che tutti noi, medici e potenziali malati, per il fatto di operare in una struttura organizzata, dovremmo collaborare a definire delle politiche aziendali esplicite a proposito dei criteri che il medico dovrebbe seguire, degli elementi che dovrebbe acquisire e valutare nell'intraprendere o nel non intraprendere una terapia invasiva e di dubbia utilità per la qualità della vita del malato. Dovrebbero inoltre essere definite le modalità di registrazione dei criteri adottati e dell'iter scelto, al fine di favorire l'autodeterminazione del malato stesso e la miglior scelta del medico. Finalmente, queste politiche dovrebbero essere il più possibile condivise tenendo conto dei valori prioritari dei cittadini della nostra comunità, valori derivati dalla religione o dalla ragione.

Mi è stato chiesto un breve commento alle riflessioni del dottor Pesenti scaturite da una significativa esperienza presentata con efficacia e brio. Il punto centrale che mi pare emerge è la ulteriore testimonianza dei cambiamenti introdotti dalla "rivoluzione biomedica". Si deve prendere atto che in pochi anni le tecniche rianimatorie hanno compiuto progressi enormi, quasi impensabili fino a poco tempo fa. Dovremmo essere felici e contenti per essere riusciti a conseguire quello che tanto speravamo, e invece sembra che siano cresciuti i problemi e che lavorare in emergenza sia diventato più difficile e pericoloso. Perché?

Le ragioni sono tante e qui ne ricordo due. La prima è di carattere tecnico e deriva dal fatto che la rivoluzione biomedica è in corso e non è ancora conclusa: si è fatto molto ma moltissimo resta da fare, cosicché siamo sempre in preda delle probabilità e dobbiamo scegliere in condizioni di incertezza. Che fare quando si deve decidere non sapendo bene che cosa accadrà? L'altra grande ragione è di carattere sociale e culturale, e dipende dal fatto che le persone vogliono sapere che cosa viene fatto su di loro e scegliere il da farsi. Un tempo era il medico che decideva e faceva senza informare, perché si dava per scontato che i valori fossero comuni ed era condiviso che l'intervento medico fosse sempre benefico. Adesso non è più così: ci sono valori diversi e anche opposti, e i pazienti vogliono sapere e decidere. Può darsi che non tutti siano così, ma basta che ce ne siano alcuni per cambiare il quadro della situazione. Inoltre, socialmente non è più scontata la bontà dell'intervento medico. Ecco perché è diventato più difficile lavorare in situazioni di emergenza e comunque in ambito sanitario.

Per facilitare la soluzione delle difficoltà si deve prima di tutto avere il coraggio di chiudere con la tradi-

zione ippocratica: in medicina tutto è cambiato e non si vede perché continuare a restare abbarbicati all'etica ippocratica, che è paternalistica e vitalista. Si deve riconoscere che situazioni nuove richiedono risposte nuove, e che è sbagliato e anche dannoso continuare a ragionare in base a schemi passati. In questo senso, si deve chiarire che il compito del medico non è difendere la "vita" *tout court*, ma la "vita buona", e che l'assistenza sanitaria non può limitarsi alla mera parte organica. Forse in passato si poteva pensare bastasse promuovere la vita, perché la presenza di questa consentiva livelli di bontà minima, ma oggi non è più così e il problema va affrontato con franchezza. Per questo sono benvenute riflessioni come quella del dottor Pesenti.

Si deve inoltre abbandonare il cosiddetto "privilegio" alla natura che ci esonera dalla responsabilità dell'azione della natura, assegnandocela solo per ciò che è causato dall'azione umana o tecnica. Ci sarebbe una distinzione essenziale tra il "fare" (azione umana) e il "lasciar accadere" (azione della natura), per cui sarebbe lecito non far nulla (non intubare) e lasciar morire, ma illecito togliere il tubo dopo averlo posizionato (perché in questo caso la morte sarebbe "causata" dall'azione umana che toglie il supporto tecnico). Questa posizione non solo è sbagliata, ma anche pericolosa e dannosa, perché nelle attuali situazioni di incertezza prognostica può portare il medico d'urgenza a non intervenire per evitare di creare poi situazioni da cui sarebbe quasi impossibile tornare indietro.

Maurizio Mori
Cattedra di Bioetica, Università degli Studi di Torino
Presidente della Consulta di Bioetica

Congresso SIMEU Vibo Valentia, giugno 2007

È proseguita l'iniziativa della SIMEU Calabria con l'organizzazione nel giugno e novembre 2006, presso l'Auditorium della Scuola Allievi di Polizia di Vibo Valentia, del I Simposio Meridionale della Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza SIMEU. L'evento si è svolto nell'ambito del Progetto che quale Provider e Presidente regionale ho voluto definire un po' enfaticamente "**VIBO Emergency Medicine**". Proseguiamo confortati dalla credibilità accreditata presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Sanità (E.C.M.) che ha inserito tale evento formativo, ormai da cinque anni, nel suo programma nazionale, con 28 crediti formativi, ma proseguiamo soprattutto stimolati dal successo di pubblico e di opinione ottenuto che ha visto la partecipazione di oltre **900 iscritti** al convegno ed ai corsi satelliti.

Parteciperanno eminenti personalità del panorama nazionale dell'emergenza, quali il Prof. F. Coraggio, esponente di rilievo dell'emergenza, M. Balzanelli, M. Buemi, N. Frisina, F. Clemente, D. Paternosto, V. Giustolisi, I. Casagrande, C. Locatelli, A. Morra oltre a professionalità locali. Con la fattiva collaborazione delle società scientifiche più rappresentative, quali *IRC, ERC, SIS 118, SICUT, ACSA* si è diversificato il programma congressuale utilizzando tecniche (Key Studies, Symposium, Scenarios, Role-playing, processi in diretta, corsi interattivi) al fine di stimolare un maggiore coinvolgimento del pubblico, rappresentato da professionalità provenienti dai sistemi d'emergenza di tutto il Meridione. Con il contributo della CRI, sono state affrontate tematiche inerenti le Ma-

xiemergenze e la Medicina delle Catastrofi, sia dal punto di vista logistico e di Coordinamento delle Forze di Protezione Civile ed il ruolo delle Organizzazioni Non Governative sul territorio sia da quello prettamente medico. Il Prof. Coraggio, presidente del convegno, i Prof. Balzanelli, Clemente e Paternosto hanno elogiato la qualità dell'impegno profuso per la crescita e l'affermazione di una nuova **Cultura dell'emergenza** in Calabria e nel Meridione, invitando a proseguire in questo percorso maturativo per la personalizzazione della figura del medico dell'emergenza e per la realizzazione dell'area dell'Emergency: è il sistema che ruota intorno al malato e non il malato che vaga nel sistema.

Il Presidente V. Giustolisi ha esaltato l'importanza della stretta collaborazione tra gli operatori sanitari della fase preospedaliera, gli specialisti ospedalieri ed i medici della comunità. I Dott. Casagrande e Locatelli hanno evidenziato che l'obiettivo dell'evento **VIBO Emergency Medicine** è ritrovarci tutti noi impegnati nell'urgenza-emergenza a parlare un linguaggio comune, ad avere gli stessi comportamenti professionali ad un livello scientifico il più elevato; occorre lavorare per l'affermarsi di standard di qualità adeguati e per la diffusione di linee guida; l'evoluzione logica e naturale dei servizi deve essere il **sistema delle emergenze sanitarie**.

La nostra attività culturale proseguirà con l'organizzazione di VIBO 2007 nel giugno prossimo.

Collegialmente

Enzo Natale