

Cap.16 - I diritti del malato

1. Il diritto alla salute e alla cura

Godere della salute è un diritto umano fondamentale presente nella “Dichiarazione Universale dei diritti dell’uomo” approvata il 10 dicembre 1948 dall’Organizzazione delle Nazioni Unite. All’articolo 25 si afferma: “Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all’alimentazione, al vestiario, all’abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari”. Ma, purtroppo, pur avendo oltrepassato le soglie del Terzo Millennio, questo diritto è ben lontano dall’essere realizzato nei Paesi del terzo e quarto mondo, come pure lo slogan: “Salute per tutti entro il 2000” rimane un’ utopia. Presagendo questo fallimento, l’Organizzazione Mondiale della Sanità, rettificò il tiro e nella Conferenza Internazionale di Atene (giugno 1998) rilanciò la sfida ponendosi il conseguimento di ventuno obiettivi entro il 2020 riguardanti l’inizio della vita in salute, l’invecchiamento in salute, il miglioramento della salute mentale, la riduzione delle malattie contagiose..., ma anche questi traguardi, a pochi anni dalla scadenza, appaiono semplici illusioni.

Per quanto riguarda il nostro Paese, i diritti del cittadino alla salute e alla cura, sono evidenziati nella Costituzione.

Articolo 2. “La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali...”.

Articolo 3. “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali”.

Articolo 32. “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Da questi articoli possiamo trarre delle conseguenze.

Primo.

Il diritto alla salute è riconosciuto come fondamentale diritto dell’individuo; di conseguenza deve essere tutelata da tutti gli elementi che potrebbero nuocerla (cause ambientali, comportamenti imposti...). Si pensi, tra i molti aspetti, alla sicurezza nei luoghi di lavoro.

Secondo.

Lo Stato, perciò, dovrà predisporre strutture e adottare mezzi idonei con questa finalità attuando programmi di prevenzione, di cura e di riabilitazione, oltre che mediante il principio di uguaglianza garantire a di tutti i cittadini l’accesso alle cure. Per molti questo, dovrà essere gratuito, trovandoci oggi ma nel futuro la situazione certamente non migliorerà, di fronte a migliaia di persone che faticano a curarsi. Il Rapporto sulla povertà sanitaria redatto dal Banco Farmaceutico (novembre 2017) è inequivocabile. Cresce il “bisogno di farmaci” e, di conseguenza, il numero di coloro che non possono acquistarli per motivazioni economiche (+9,7%, un decimo in più, rispetto all’anno precedente). Inoltre aumenta la massa di coloro che rinunciano a visite ed esami non avendo la possibilità di pagare il ticket. In alcune regioni italiane si raggiunge il 23%¹.

¹ Cfr.: BANCO FARMACEUTICO, *Rapporto 2017 – Donare per curare: Povertà sanitaria e Donazione Farmaci.*

Terzo.

La tutela della salute è, inoltre, strumento di elevazione della dignità sociale dell'individuo e, perciò, costituisce un interesse della collettività da difendere.

Quarto.

E' garantita, comunque, la libertà al cittadino di usufruire o meno degli strumenti che lo Stato mette a sua disposizione, quindi l'accettare o il rifiutare le cure tranne che nelle situazioni vincolanti previste dalle normative².

Dopo questa doverosa presentazione che pone le basi ai "diritti dei malati", nel proseguo presenteremo una "carta" di diritti dei malati e affronteremo alcune tematiche complesse: dall'errore medico alla medicina difensiva; dalla sciopero in sanità alle disposizioni anticipate di trattamento.

2.Una "Carta dei diritti dei malati"

Tra le molte abbiamo privilegiato la "Carta dei diritti dei malati" predisposta da Cittadinanza Attiva. Riteniamo proficuo che sia conosciuta anche dagli operatori sanitari affinché divenga uno strumento di confronto nella pratica clinica quotidiana e nella verifica dei loro doveri nei confronti del paziente.

1.Diritto al tempo.

Ogni cittadino ha diritto a vedere rispettato il suo tempo al pari di quello della burocrazia e degli operatori sanitari.

2.Diritto all'informazione e alla documentazione sanitaria.

Ogni cittadino ha diritto a ricevere tutte le informazioni e la documentazione sanitaria di cui necessita nonché ad entrare in possesso degli atti necessari a certificare in modo completo la sua condizione di salute.

3.Diritto alla sicurezza.

Chiunque si trovi in una situazione di rischio per la sua salute ha diritto ad ottenere tutte le prestazioni necessarie alla sua condizione e ha altresì diritto a non subire ulteriori danni causati dal cattivo funzionamento delle strutture e dei servizi.

4.Diritto alla protezione.

Il servizio sanitario ha il dovere di proteggere particolarmente ogni essere umano che, a causa del suo stato di salute, si trova in una condizione momentanea o permanente di debolezza, non facendogli mancare per nessun motivo e in alcun momento l'assistenza che gli necessita.

5.Diritto alla certezza.

Ogni cittadino ha diritto ad avere dal Servizio sanitario la certezza del trattamento nel tempo e nello spazio, a prescindere dal soggetto erogatore, e a non essere vittima degli effetti di conflitti professionali e organizzativi, di cambiamenti repentini delle norme, della discrezionalità nell'interpretazione delle leggi e delle circolari, di differenze di trattamento a seconda della collocazione geografica.

6.Diritto alla fiducia.

Ogni cittadino ha diritto a vedersi trattato come un soggetto degno di fiducia e non come un possibile evasore o un presunto bugiardo.

7.Diritto alla qualità.

Ogni cittadino ha diritto di trovare nei servizi sanitari operatori e strutture orientati verso un unico obiettivo: farlo guarire e migliorare comunque il suo stato di salute.

8.Diritto alla differenza.

Ogni cittadino ha diritto a vedere riconosciuta la sua specificità derivante dall'età, dal sesso, dalla nazionalità, dalla condizione di salute, dalla cultura e dalla

² L'argomento è già stato trattato nel capitolo 10, paragrafo 2.

religione, e a ricevere di conseguenza trattamenti differenziati a seconda delle differenti esigenze.

9. Diritto alla normalità.

Ogni cittadino ha diritto a curarsi senza alterare, oltre il necessario, le sue abitudini di vita.

10. Diritto alla famiglia.

Ogni famiglia che assistere un suo componente ha diritto di ricevere dal Servizio sanitario il sostegno materiale necessario.

11. Diritto alla decisione.

Il cittadino ha diritto, sulla base delle informazioni in suo possesso e fatte salve le prerogative dei medici, a serbare una propria sfera di decisionalità e di responsabilità nei confronti della propria salute e della propria vita.

12. Diritto al volontariato, all'assistenza da parte dei soggetti no-profit e alla partecipazione.

Ogni cittadino ha diritto ad un'assistenza che favorisca la presenza del volontariato e delle attività non profit e sia garantita la partecipazione degli utenti.

13. Diritto al futuro.

Ogni cittadino, anche se condannato dalla sua malattia, ha diritto a trascorrere l'ultimo periodo della vita conservando la sua dignità, alla diminuzione della sofferenza e ad un'assistenza olistica.

14. Diritto alla riparazione del torti.

Ogni cittadino ha diritto, di fronte ad una violazione subita, alla riparazione del torto subito in tempi brevi e in misura congrua³.

3. Errori medici e medicina difensiva

L'attività medico-chirurgica è per sua natura rischiosa perciò soggetta all'errore così definito dall'Institute Of Medicine (IOM): "la mancanza di completare un'azione come pianificata o l'uso di una strategia inadatta a raggiungere un obiettivo", e di conseguenza il danno "è causato dalle cure mediche piuttosto che dalla malattia di base o dalle condizioni del paziente"⁴.

L'errore in medicina, che distinguiamo *di carattere conoscitivo, applicativo ed operativo*, può essere vario, verificarsi per molteplici cause con conseguenze differenti, perciò anche le responsabilità sono eterogenee. Illuminante è la sentenza 589/99 della Corte di Cassazione che afferma come la responsabilità del medico si fonda nel contatto sociale che si instaura in seguito all'affidamento del paziente alle cure del sanitario. Ovviamente, il medico, non può garantire come risultato finale la guarigione poiché questa è condizionata anche da elementi estranei alla sua opera, ha però "il dovere di svolgere l'attività professionale necessaria ed utile in relazione al caso concreto, ed ha il dovere di svolgerla con la necessaria adeguata diligenza"⁵. E la giurisprudenza giudica la prestazione del medico simile a quella di un debitore qualificato; di conseguenza, i suoi obblighi, sono da valutare in base all'articolo 1176 (comma secondo) del Codice Civile⁶.

³ www.cittadinanzattiva.it

⁴ *To err is human*. Institute of Medicine, 2000

⁵ CORTE DI CASSAZIONE, *Sentenza n.12253/1997*.

⁶ "Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata".

L'ERRORE CONOSCITIVO

E' un errore commesso indipendentemente dalla preparazione e dalla professionalità del sanitario poiché i progressi medico-scientifici e i farmaci innovativi non sono immuni da rischi essendoci sempre l'incertezza che riguarda il "non ancora conosciuto". Da ciò, scaturisce l'esortazione all'umiltà intellettuale del medico, dominando, a volte, dall'ebbrezza d'onnipotenza. Per allontanare l'errore conoscitivo di cui il medico non ha colpa, anche il paziente deve possedere l'attitudine di distinguere tra "medicina dei diritti" e "medicina dei desideri", sfatando il mito dell'infallibilità della clinica e dell'illusoria onnipotenza della medicina, come pure quello della salute sempre e sicura in ogni fase della vita. Alcuni percepiscono le patologie croniche ed invalidanti, i percorsi di vita scalfiti dalla fragilità e le morti in giovane età, un diritto negato di una felicità promessa. Per questo, spesso, si procede nell'investigazione del presunto errore medico.

L'ERRORE APPLICATIVO

E' un errore che si verifica quando una conoscenza di per sé adeguata e sufficiente, ma non del tutto consolidata, produce un danno. Anche questo è riferibile prevalentemente alla comunità scientifica più che al singolo professionista. L'unico parametro per evitarlo è porre attenzione ai risultati delle sperimentazioni cliniche e sui dispositivi medici, liberi dai condizionamenti esterni che potrebbero indurre a sovrastimare o sottostimare i dati e gli esiti. Il promotore di una sperimentazione clinica ha l'obbligo di procedere, sempre, alla pubblicazione dei risultati sia positivi che negativi e i medici prima di utilizzare dei farmaci soprattutto innovativi, hanno l'obbligo di leggere criticamente i risultati delle ricerche ponendo attenzione al rapporto tra benefici attesi ed effetti indesiderati e ad altri elementi (durata della ricerca, numero dei partecipanti e rappresentatività, appropriatezza del follow-up, eventuale incremento delle conoscenze scientifiche...).

L'ERRORE OPERATIVO

E' lo sbaglio del medico che può essere "intenzionale" o "doloso" quando un'azione è commessa con coscienza e volontà, oppure "preterintenzionale" quando, non voluto, si verifica per "negligenza" (disattenzione, trascuratezza, mancanza di sollecitudine), per "imprudenza" non assumendo misure precauzionali o per "imperizia" quando non ci si attiene ai protocolli operativi standard. L'errore operativo legittima il paziente a richiedere il risarcimento del danno, ciò comporta per il medico anche il rischio di una sanzione penale per le lesioni personali colpose⁷ oppure, in caso di decesso del paziente a causa dell'errore, il reato è di omicidio colposo⁸. Da ultimo, non possiamo negare, che alcuni errori sono causati dalla complessità della situazione o da fattori contingenti, frutto dell'exasperante risparmio: turni prolungati e stressanti del medico, apparecchiature difettose per carenza di manutenzione o non standardizzate, pazienti dimessi in situazioni cliniche critiche...

⁷Cfr.: art. 590 Codice Penale.

⁸Cfr.: art. 589 Codice Penale.

MEDICINA DIFENSIVA

Nell'ultimo decennio, i conflitti tra pazienti e medici si sono incrementati del 148%, con un costo annuale per la sanità di oltre 850 milioni di euro (262 per il prolungamento delle degenze; 175 per premi assicurativi; 413 per risarcimenti). Per ovviare a questa drammatica situazione la maggioranza dei medici hanno assunto pur senza affermarlo la metodologia della medicina difensiva che "consiste nella pratica con la quale il medico si difende contro eventuali azioni di responsabilità, in maniera sia "positiva" (facendo ricorso a servizi aggiuntivi diagnostici o terapeutici non necessari) sia "negativa" (con l'astensione dall'intervento di cura su determinati pazienti)"⁹ anche se il Parlamento ha legiferato contro la medicina difensiva con la legge n.24 dell'8 marzo 2017: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"¹⁰. Una legge, come ha affermato uno dei suoi relatori, F. Gelli, "che si rivolge in primis ai cittadini e alla sicurezza delle cure, che diventa parte integrante del diritto alla salute"¹¹ ma permetterà anche al professionista "di essere più sereno, più tranquillo, perché più tutelato rispetto ad azioni legali e risarcitorie"¹². Non è nostra intenzione difendere gli operatori sanitari, però a fronte della vertiginosa escalation delle denunce ai medici e di conseguenza delle richieste di indennizzo, come pure alla flotta di studi legali che si offrono ai clienti per intentare cause, anche temerarie, sorge il dubbio che a volte, si sfrutti la "presunzione" del danno per motivi meramente speculativi obbligando il medico ad assumere come prassi una "medicina difensiva" onerosissima per il singolo¹³ e, come abbiamo affermato in precedenza, per Servizio Sanitario Nazionale. Accanto a questa nostra considerazione, vogliamo porre all'attenzione dei medici due atteggiamenti, che a nostro parere, contribuiscono ad incrementare le denunce e che potrebbero ridursi con una loro maggiore attenzione al paziente. L'ampliamento delle conoscenze, l'iper-specializzazione, la frammentazione dei settori d'intervento, stanno annullando la figura del "medico di fiducia"; di conseguenza, il malato, spesso è disorientato nel totale anonimato e privo di riferimenti. Inoltre, la carenza del rapporto fiduciario e dialogico medico-paziente, preclude il pervenire a decisioni condivise. Ancora una volta dobbiamo concludere che la comunicazione medico-malato non solo è un dovere deontologico ma un elemento primario e sostanziale.

⁹ www.ilsole24ore.com/parolechiave/medicina-difensiva.html

¹⁰ Cfr. : GAZZETTA UFFICIALE, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017.

¹¹ Intervista a NURSE24+.IT, 7 marzo 2017.

¹² Cfr.: nota precedente.

¹³ Questo articolo pubblicato da Tempi.it del 19 ottobre 2014 spiega lo stato d'animo di un medico prima delle legge 24/2017. "Imperizia, negligenza e l'impossibilità di dimostrare di aver chiesto al paziente il consenso informato sono gli elementi che, stando alle norme italiane, portano alla condanna di un medico. In tutti i casi di 'insuccesso', una prestazione sanitaria rischia di approdare in tribunale. L'ombra dei processi incombe su tutti gli operatori sanitari, sul medico di base come sul chirurgo.

Non si tratta soltanto delle cause civili, che in Italia si aggirano attorno alle 30 mila all'anno. 'A spaventare i medici sono anche le denunce'. (...) 'I casi di denunce a carico dei medici sono aumentati', spiega Belloni. 'Nell'80 per cento dei casi si arriva all'assoluzione, ma bisogna affrontare un percorso estenuante che dura quattro, cinque anni'. Perché il fenomeno è in crescita? 'I pazienti vengono spinti dall'opinione pubblica e dagli avvocati. E il risultato è che sono diminuite le domande di iscrizione a specialità come chirurgia e ostetricia. Ma il problema non è solo quello di ricevere una denuncia. Per queste specializzazioni bisogna pagare polizze da 15 mila, 16 mila euro all'anno. Cifre folli'. Per il presidente dell'Ordine dei medici di Pavia, 'ci sono troppi pareri e sentenze. Senza la definizione univoca di *atto medico* e un intervento legislativo che preveda la depenalizzazione completa di questo, in Italia non si potrà mai avviare un processo di civiltà nell'ambito medico".

4. Lo sciopero in sanità

Una doverosa premessa. Siamo perfettamente consapevoli che lo sciopero è un "diritto del lavoratore" sancito dall'articolo 40 della nostra Carta Costituzionale che però puntualizza: "si esercita nell'ambito delle leggi". Ma l'essere contemplato dalla Costituzione, non rende, a volte, questa forma di protesta automaticamente "eticamente corretta", un diritto assoluto e neppure un principio indiscutibile che non possa essere modificato, soprattutto quando provoca consistenti e dolorosi disagi a cittadini non colpevoli delle varie situazioni problematiche.

Lo sciopero, non relazionato con i diritti altrui come rammenta un antico aforisma, "ricordati che i tuoi diritti finiscono dove iniziano i miei", è una "irresponsabile" rivendicazione di diritti individuali o di categoria poiché penalizza il più debole, cioè il cittadino. Ciò accade quando si astengono dal lavoro i dipendenti del trasporto paralizzando le città, limitando il movimento delle persone o sottoponendolo a maggiori rischi ad esempio per l'intenso traffico. E' statisticamente dimostrato l'incremento degli incidenti stradali nei giorni di sciopero. Ciò avviene nello sciopero degli operatori sanitari con la sospensione totale o parziale delle attività diagnostiche e terapeutiche (si pensi agli interventi chirurgici), garantendo unicamente le prestazioni d'urgenza e le terapie ordinarie. Con l'astensione dal lavoro si prolunga la sofferenza del singolo e, nel caso che un'esame diagnostico venga posticipato di molto tempo a causa delle interminabili liste d'attesa, la salute dell'individuo può peggiorare anche di molto. Da quanto affermato deduciamo che ogni sciopero ha diversificate conseguenze a secondo del settore dove è praticato. Nelle attività industriali è una pressione nei confronti dei datori di lavoro pubblici o privati, quindi l'impatto sul cittadino è ridotto. Nel settore dei servizi è sempre una pressione sui datori di lavoro ma utilizzando i cittadini sani o malati come "ostaggi".

Lo sciopero, il più delle volte, è una manifestazione esasperata per ottenere "ciò che è dovuto": aumenti retributivi o condizioni ambientali che salvaguardino la salute fisica dei lavoratori e la loro integrità psicologica. Per questo una forte responsabilità morale, accanto a quella degli scioperanti, l'assumono anche i "responsabili" delle varie Aziende non corrispondendo al lavoratore "la giusta remunerazione" che è uno strumento per concretizzare la giustizia nei rapporti lavorativi. Un salario adeguato è la legittima aspettativa di ogni lavoratore, quindi sono iniqui i comportamenti di chi non remunera equamente in un accettabile periodo.

Alcuni suggerimenti di C. Iandolo per lo sciopero in sanità.

- Non giungere allo sciopero fino a quando sono in corso i negoziati.
- Lo sciopero deve essere tempestivamente annunciato e non improvviso.
- Lo sciopero deve essere breve, non ad oltranza e non a scacchiera.
- Lo sciopero deve essere attuato contemporaneamente dalle varie sigle sindacali.
- Nel corso dello sciopero i disagi dei malati devono essere ridotti al minimo e soddisfatti i loro bisogni primari¹⁴.

5. Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento

Le "Dichiarazioni Anticipate di Trattamento", dicitura utilizzata dal "Comitato Nazionale per la Bioetica" come titolo al Parere del 18 dicembre 2003, è "un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel corso di una malattia o a causa di traumi

¹⁴ Cfr.: *L'etica al letto del malato*, op. cit., pg. 198.

improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato”¹⁵.

Collaborare con gli operatori sanitari anche nelle fasi terminali di una malattia, esprimendo forme di consenso libero e informato, sono requisiti che personalizzano il processo terapeutico e offrono superiori legittimità agli interventi terapeutici. Di conseguenza, le “Dichiarazioni Anticipate di Trattamento” come documento che indica “generalmente” la volontà del paziente è positivo, ma, per varie motivazioni non può essere “vincolante”.

Osservazioni

Premessa.

Il Parlamento italiano da vari mesi sta tentando di legiferare sull’argomento. Non è nostra intenzione esaminare il Disegno di legge approvato dalla Camera dei Deputati lo scorso aprile ed ora in discussione al Senato che potrebbe modificarlo parzialmente o totalmente. Noi ci limitiamo ad offrire delle osservazioni che non possono non essere prese in considerazione discutendo l’argomento.

1.La medicina progredisce velocemente; di conseguenza, alcune patologie oggi inguaribili o croniche, domani potrebbero essere adeguatamente accudite o curate. Ma, le “Dichiarazioni Anticipate di Trattamento”, non sono in condizione di tenere presente queste probabilità.

2.L’esperienza di alcuni malati mostra la “diversità di prospettiva” nel sottoscrivere le “Dichiarazioni Anticipate di Trattamento” in un determinato periodo della vita, solitamente in situazione di buona salute e l’atteggiamento di fronte ad una patologia grave o invalidante, quando la scelta potrebbe non più corrispondere al pensiero precedente. Ciò mostra “l’impossibilità” di “pronosticare da sani” la volontà psico-emotiva della persona quando dovrà lottare contro una malattia mortale. Il caso che riportiamo presenta “la contraddizione” tra quanto firmato nelle “Dichiarazioni Anticipate di Trattamento” e quanto richiesto dal morente. “Il signor Smith era un cardiopatico; giunto in ospedale per dolori al petto gli fu diagnosticato un infarto. Su richiesta del medico di turno, il paziente mostrò una copia del proprio testamento biologico, è un codice DNR (Do Not Resuscitate), un soggetto da non rianimare. Alle quattro del mattino il signor Smith si lamentò del dolore sempre più forte, suda e suonò il campanello. Un cardiologo che si trovava a passare, accorgendosi dal monitor che il paziente era in arresto cardiaco, si precipitò nella stanza per tentare di defibrillarlo, ma fu fermato dall’infermiera poichè si trattava di un codice DNR. Alla fine il paziente fu dichiarato morto”¹⁶.

3.Le “Dichiarazioni Anticipate di Trattamento” non possono “vincolare” il medico, impedendogli di agire “secondo scienza e coscienza” o di compiere ciò che reputa opportuno nell’interesse del suo malato, o imporgli di adottare trattamenti differenziati fra pazienti. Alcuni vorrebbero che il modello di rapporto medico-paziente alla base di questo Documento fosse quello “contrattualistico”, ma come già affermato, la competenza tra i due sarà sempre “asimmetrica”. Per questa ragione nessun desiderio del paziente potrà vincolare il medico, ma ogni Dichiarazione dovrà essere unicamente “orientativa”.

4.Alcuni rivendicano la sottoscrizione delle “Dichiarazioni Anticipate di Trattamento” temendo “l’accanimento terapeutico”, cioè il tentativo di bloccare artificialmente un esito finale naturale, prolungando il processo biologico e

¹⁵ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Dichiarazioni Anticipate di Trattamento*, Premessa, Roma 2003.

¹⁶ R. PUCETTI, *Se il testamento biologico apre alla cattiva pratica medica*, in Newsletter di Scienza & Vita, 2009, n. 18.

l'agonia, negando una morte dignitosa. La "Dottrina Cattolica", il "Codice di Deontologia Medica" (cfr.: articolo n. 14), la "Convenzione di Oviedo" (Convenzione per la protezione dei diritti umani e della dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina: convenzione sui diritti umani e biomedicina – Consiglio d'Europa, 4 aprile 1997), rifiutano l'accanimento terapeutico cioè apparecchiature o farmaci che prolunghino ostinatamente una vita che, in realtà, si è conclusa.

E qui, è opportuno, un chiarimento: la differenza tra "terapia", "trattamenti straordinari" e "cura".

-La "terapia" è il complesso di interventi medici e farmacologici che producono la guarigione, il miglioramento o la stabilizzazione del malato.

-Il "trattamento straordinario" è l'applicazione di terapie sproporzionate di fronte a situazioni terminali incurabili.

-La "cura" è l'insieme di provvedimenti atti a custodire le condizioni psicofisiche del paziente nella situazione migliore fino alla morte. Potremmo definire la "cura" il "farsi carico globalmente del paziente", riportato all' articolo 37 del "Codice di Deontologia Medica". "In caso di malattie a prognosi sicuramente infauste o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale o alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato trattamenti appropriati a tutelare, per quanto possibile, la qualità di vita". Nella "cura" rientrano "la nutrizione e l'idratazione medicalmente assistite".

Mentre le "terapie" e i "trattamenti straordinari" vanno sospesi, la "cura" no, poiché il paziente morirebbe, non a causa della malattia che lo affligge, ma per la sottrazione dei mezzi di "ordinaria sussistenza". Da notare, inoltre, che l'interruzione, particolarmente dell'idratazione, provocherebbe al paziente sofferenze atroci che potrebbero continuare per giorni, non essendo la morte immediata. Sono "cura" anche l'igiene e la detersione delle piaghe.

Dunque, "no" all' "accanimento terapeutico" e "no" all' "abbandono terapeutico"!

5.L'introduzione di "formule ambigue" di "Dichiarazioni Anticipate di Trattamento" attenuerebbero in parte la propensione alla solidarietà, proponendo percorsi meno gravosi per i bilanci economici e di minore impegno personale.

Concludendo.

Le "Dichiarazioni Anticipate di Trattamento" sono "eticamente accettabile" quando assicurano la persona che non sarà oggetto di accanimento terapeutico o di cure sproporzionate. Mostrano "ambiguità" quando il soggetto può totalmente e privo di vincoli programmare il suo futuro. Sono "inaccettabile", quando scopertamente o occultamente, fossero sfruttate come strumenti pre-eutanasistici.

